

OŠETŘOVATELSKÉ PERSPEKTIVY

VII. | 2024

1



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

**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ



OŠETŘOVATELSKÉ PERSPEKTIVY

2024



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

NURSING PERSPECTIVES

2024

Silesian University in Opava
Faculty of Public Policies in Opava

Ošetřovatelské perspektivy

2024, roč. 7, č. 1

Vedení redakce

Yveta VRUBLOVÁ (Opava) – šéfredaktorka
Jana HALUZÍKOVÁ (Opava) – zástupkyně šéfredaktorky
Daniela NEDVĚDOVÁ (Opava) – výkonná redaktorka
Zdeňka ŘÍMOVSKÁ (Opava) – výkonná redaktorka
Gabriela SVĚTNICKÁ (Opava) – výkonná redaktorka
Lucie CHMELÁŘOVÁ (Opava) – technická redaktorka

Redakční rada

Andrea BOTÍKOVÁ (Trnava), 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 (Ostrava), Andrea LAJDOVÁ (Trnava), 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), Alena URÍČKOVÁ (Trnava), Gabriela VÖRÖSOVÁ (Nitra), Yveta VRUBLOVÁ (Opava)

Online verze časopisu je k dispozici na následujícím webu

osp.slu.cz

Časopis je indexován v těchto mezinárodních databázích

EBSCO Publishing, Inc., <http://www.ebsco.com>
European Reference Index for the Humanities and the Social Sciences (ERIH PLUS),
<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringsskanaler/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, Česká republika

Tisk

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

© Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě, 2024

Evidenční číslo Ministerstva kultury České republiky

E 23014

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

OBSAH

EDITORIAL

9

TEORETICKÉ, OBECNÉ A ETICKO-FILOZOFICKÉ STUDIE, PŘEHLEDOVÉ PRÁCE

NÁSTROJ BAPT PRO HODNOCENÍ PŘEDČASNÉHO UKONČENÍ KOJENÍ
A JEHO TRANSKULTURNÍ MODIFIKACE

Lenka VRLOVÁ, Iveta OSPALÍKOVÁ, Ľudmila MATULNÍKOVÁ 13

PREDIKCE RIZIKA BRZKÉHO UKONČENÍ KOJENÍ NÁSTROJEM BAS
V ROZDÍLNÝCH TRANSKULTURNÍCH PODMÍNKÁCH

Iveta OSPALÍKOVÁ, Ľudmila MATULNÍKOVÁ, Lenka VRLOVÁ 27

HODNOCENÍ VZNIKU DEKUBITŮ SE ZAMĚŘENÍM NA HODNOTÍCÍ ŠKÁLY

Aneta HUJOVÁ, Miroslav KOPECKÝ 39

EMPIRICKÁ ŠETŘENÍ A PŮVODNÍ VÝZKUMY

KVALITA ŽIVOTA ŽEN S ENDOMETRIÓZOU

**Kateřina JANOUŠKOVÁ, Martin PROCHÁZKA,
Kateřina IVANOVÁ, Adéla LEMROVÁ, Radovan PILKA** 57

KONTINUITA V PRIMÁRNÍ A KOMUNITNÍ PÉČI V PORODNÍ ASISTENCI

Radmila DORAZILOVÁ 67

KONTROLA MIKROBIOLOGICKEJ KONTAMINÁCIE PRACOVNÝCH NÁSTROJOV
A POVRCHOV V PREVÁDZKACH PEDIKÚR

Michaela ISTENÍKOVÁ, Kvetoslava KOPPOVÁ, Tatiana RAPČÍKOVÁ 85

NEVHODNÉ ZÁSAHY DO PEVNÝCH LÉKOVÝCH FOREM – KAZUISTIKY

Martin DOSEDĚL, Hana HAJDUCHOVÁ, Kateřina MALÁ-LÁDOVÁ 95

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

PROSTITUCE V PRŮŘEZU HISTORIE DO 15. STOLETÍ – ČÁST 1

Kamil JANIŠ, Zdeňka ŘÍMOVSKÁ 107

RECENZE A KRÁTKÁ SDĚLENÍ

RECENZE KNIHY SOUCIT V MEDICÍNĚ

Markéta ŠKOLOUDOVÁ

123

KNIŽNÍ NOVINKY

MANAGEMENT KVALITY A RIZIK PERIOPERAČNÍ PÉČE

127

EDUKAČNÍ A KOMUNIKAČNÍ PROCES U PACIENTŮ S PORUCHAMI SLUCHU

127

OŠETŘOVATELSTVÍ V INTERNĚ I

128

AMPULÁRIUM: V AMBULANCÍCH ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY

128

POKYNY PRO AUTORY

129

Vážené čtenářky a čtenáři časopisu Ošetrovateľské perspektivy.

V roce 1948 definovala Světová zdravotnická organizace (WHO) zdraví takto: „Zdraví je stav úplně tělesné, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady.“

Kromě somatických onemocnění bohužel však právě počet poruch duševního zdraví v Evropské unii a také v populaci obyvatel České republiky v posledních desetiletích neustále stoupá. Problematika duševního zdraví se stává stále aktuálnější a je v současné době vážným problémem veřejného zdraví obyvatel světa, EU i ČR. Výhled do 21. století ukazuje, že právě duševní poruchy jako deprese, budou lidstvo sužovat v roce 2030 nejvíce, a až za nimi pak budou následovat kardiovaskulární a onkologická onemocnění (WHO, 2022).



Podle údajů analytické zprávy ÚZIS prevalence všech duševních chorob v ČR narůstá. Oproti roku 2010 došlo k nárůstu počtu pacientů o 21,5% (ÚZIS, 2021). Epidemie covid-19 ještě zvýraznila trend v nárůstu problémů v oblasti duševního zdraví po celém světě, a data z výzkumu v české populaci dokládají v souvislosti s pandemií dvou až trojnásobný růst prevalence úzkostných a depresivních obtíží. Tento nárůst obtíží bude pravděpodobně s ekonomickou krizí a s válkou na Ukrajině dále posilovat.

Reforma psychiatrické péče je systémovou změnou poskytování psychiatrické péče, kde hlavním cílem je zvýšení kvality a efektivity, a zejména zvýšení kvality života a omezení stigmatizace lidí s duševním onemocněním. Tato proměna péče o duševní zdraví se opírá o koncepční dokument Strategie psychiatrické péče, který byl schválený ministrem zdravotnictví 7. října 2013. Národní akční plán pro duševní zdraví do roku 2030 je implementační dokument hned tří strategických dokumentů a stanovuje konkrétní postupy pro naplňování těch částí Strategie reformy psychiatrické péče 2013–2023, u kterých existují zjevné implementační deficity. Je jedním z implementačních dokumentů vládou České republiky schváleného Strategického rámce Česká republika 2030 a v neposlední řadě rozpracovává konkrétní oblast paralelně vznikajícího Strategického rámce rozvoje péče o duševní zdraví v České republice do roku 2030 „Zdraví 2030“.

Důvodem reformy psychiatrické péče je to, že od počátku 90. let 20. století psychiatrická péče nedoznala žádné zásadní systémové změny jako zdravotní obor. Obecným cílem reformy je zlepšit kvalitu lidí s duševním onemocněním, proto je hlavním motivem reformy důraz na uplatňování, prosazování a naplňování jejich práv obsažených především v úmluvě OSN „O právech lidí se zdravotním postižením“. Hlavními nástroji, jak naplnit tyto cíle, jsou restrukturalizace služeb, vytvoření funkční sítě zařízení poskytující péči, změna přístupů a myšlení pracovníků poskytujících péči.

Strategie reformy psychiatrické péče a její první etapa byla podpořena Evropskými strukturálními a investičními fondy (ESIF). Reforma psychiatrické péče je dlouhodobý proces, který bude po zkušenostech z jiných zemí probíhat 15 až 20 let.

V rámci reformy, tedy změny v systému péče, byly vytvořeny nové typy služeb – centrum duševního zdraví a multidisciplinární tým (aktuálně podle dat Ministerstva zdravotnictví je v ČR 31 center duševního zdraví pro dospělé, 3 centra duševního zdraví pro děti a adolescenty, 3 adiktologické multidisciplinární týmy pro dospělé, 2 forenzní multidisciplinární tým) a ambulance s rozšířenou psychiatrickou péčí (aktuálně je v ČR 5 psychiatrických ambulancí s rozšířenou péčí a 3 ambulance s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty). Postupně také dochází k rozšíření služeb v komunitní péči o pacienty s duševním onemocněním. Paralelně s tímto procesem dochází k postupné redukci dlouhodobé lůžkové péče. Snahou je vytvořené provázané a koordinované síť služeb, která bude zajišťovat kontinuitu péče. Spolupráce je podpořena zavedením multidisciplinárního přístupu. Tento systém péče musí být schopen poskytovat pomoc v léčení duševního onemocnění, ale musí poskytovat pomoc a podporu ve všech potřebných oblastech pacientova/klientova života.

Pro úspěšnou realizaci Strategie reformy psychiatrické péče a pro vznik dalších center duševního zdraví a posílení ambulantních a komunitních služeb bude třeba zvýšit počty lékařů, psychologů, zdravotních sester a sociálních pracovníků. Projekty reformy vytvářejí podmínky pro zapojení škol připravujících personál do připravovaných změn v péči o duševně nemocné. Jedním z cílů reformy je i zvýšení atraktivity oboru psychiatrie a péče o duševně nemocné. Ošetřovatelské povolání vyžaduje sestry, které jsou vzdělané a schopné profesionální péče jak v psychiatrických nemocnicích, tak v multidisciplinárních týmech, které jsou novým typem služeb pro pacienty s duševním onemocněním. A právě na kvalitě zdravotnických pracovníků závisí také z velké části úspěšná realizace Strategie reformy psychiatrické péče.

Časopisu Ošetřovatelské perspektivy přeji do dalších let mnoho skvělých odborných článků, které napomáhají právě tolik potřebnému vzdělávání.

PhDr. Markéta Školoudová
ředitelka Metropolitního zdravotnického servisu a Centra duševního zdraví pro děti
a adolescenty v Praze

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

NÁSTROJ BAPT PRO HODNOCENÍ PŘEDČASNÉHO UKONČENÍ KOJENÍ A JEHO TRANSKULTURNÍ MODIFIKACE

BAPT (BREASTFEEDING ATTRITION PREDICTION TOOL) AND ITS TRANSCULTURAL MODIFICATIONS

Lenka Vrlová¹, Iveta Ospalíková¹, Ludmila Matulníková¹

Abstrakt

Východiska: Kojení je optimálním způsobem výživy dítěte a má prokazatelné zdravotní benefity v krátkodobém i dlouhodobém horizontu pro dítě i matku. Celosvětový trend výlučného kojení do 6 měsíců věku dítěte je nižší než 40%. Hodnotící nástroje pro posouzení kojení umožňují identifikaci žen ohrožených předčasným ukončením kojení.

Cíl: Cílem publikace bylo vytvořit přehled o publikovaných studiích, které popisují transkulturní adaptaci a validaci nástroje BAPT.

Metody: Vyhledávání relevantních studií bylo realizováno ve vědeckých databázích (PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, ProQuest, Wiley Online Library a ReseachGate). Rešerše byla provedena na základě stanovených klíčových slov, s využitím booleovských operátorů, od dubna 2022 do srpna 2023, s časovým omezením od roku 1989. Analytické review bylo vytvořeno dle PRISMA protokolu.

Výsledky: Celkem bylo vyhledáno 109 studií, pro konečné zpracování bylo využito 7 studií. Zařazovacími kritérii byly: empirické studie uvedené v recenzovaném časopise, kvantitativní výzkum s jasně uvedenou metodologií a dostupností plného textu v anglickém jazyce.

Závěr: Bylo identifikováno 7 studií, jejichž primárním cílem bylo popsat proces transkulturní adaptace a validace nástroje BAPT v různých zemích. BAPT prokázal dobrou prediktivní schopnost identifikovat ženy ohrožené předčasným ukončením kojení. Provedený přehled může pomoci při výběru vhodného nástroje pro posouzení kojení v klinickém prostředí nebo pro výzkum.

Klíčová slova

kojení, Breastfeeding Attrition Prediction Tool (BAPT), psychometrické vlastnosti, systematický přehled

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

Abstract

Background: Breastfeeding is an optimum method of nourishing a baby and demonstrably has health benefits in the short and long term for both the baby and the mother. The global trend of exclusive breastfeeding until 6 months of the baby's age is lower than 40%. Evaluation tools for the assessment of breastfeeding make it possible to identify women at risk of early cessation of breastfeeding.

Objective: The publication was aimed at creating an overview of published studies that describe transcultural adaptation and validation of the BAPT tool.

Methods: A search of relevant studies was made in scientific databases (PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, ProQuest, Wiley Online Library, and ResearchGate). The search was conducted on the basis of specified key words, using Boolean operators, from April 2022 to August 2023, with a time limit from 1989. The analytical review was created based on the PRISMA protocol.

Results: A total of 109 studies were found, and 7 studies were used for final processing. The inclusion criteria were as follows: empiric studies included in the reviewed journal, quantitative research with clearly specified methodology, and availability of full text in English.

Conclusions: Seven studies were identified, the primary goal of which was to describe the process of transcultural adaptation and validation of the BAPT tool in various countries. The BAPT has demonstrated a good predictive ability to identify women at risk of early cessation of breastfeeding. The overview produced can be of help in the selection of a suitable tool for the assessment of breastfeeding in a clinical environment, or for research.

Keywords

breastfeeding, Breastfeeding Attrition Prediction Tool (BAPT), psychometric properties, systematic review

ÚVOD

Kojení je ideálním způsobem výživy kojenců a malých dětí. Mateřské mléko obsahuje mnoho zdraví prospěšných látek, moduluje imunitní systém dítěte a zásadně ovlivňuje zdraví člověka v budoucím životě. Včasným zahájením kojení, nejlépe do 1 hodiny po narození, se startuje imunitní systém novorozence a snižuje riziko novorozenecké úmrtnosti (Bánovčin a Zibolen, 2016; Mazúchová, Maskálová a Divoková, 2022; WHO,

2015). Výsledky studií poukazují na přímý vztah mezi časnou výživou a rizikem rozvoje civilizačních onemocnění (Chowdhury et al., 2015; Tláškal, 2014; Zlatohlávková, 2016). Kojení je rovněž podstatné pro budování citové vazby mezi matkou a dítětem (Havens a Wines, 2019; Imchen et al., 2023; Mrowetz a Peremská, 2013). Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje výlučné kojení do šesti měsíců věku dítěte a pokračovat v kojení i se zaváděním pevné stravy ideálně alespoň do 2 let. Celosvětový trend výlučného kojení je nižší než 40 % (WHO, 2014). V ČR se údaje o výlučném kojení do 6 měsíců věku dítěte sledují od roku 2020 a počet výlučně kojících dětí v tomto roce byl 16,3 %. Ze statistických údajů je patrné, že trvale stoupá počet dokrmovaných dětí, stoupá počet nekojených dětí a v počtu výlučně kojících dětí ČR nedosahuje ani globální úrovně (Laktační liga, 2023).

WHO definuje základní principy strategie zdraví v programu „Zdraví 2030“ a do roku 2025 je cílem zvýšit míru exkluzivního kojení po dobu prvních 6 měsíců alespoň na úroveň 50 % (WHO, 2014). Zvýšení míry kojení je národní prioritou mnoha zemí a realizují programy na podporu zdraví matek a dětí, podporu kojení a výživy nejmenších dětí dle doporučení WHO.

Pro zvýšení počtu kojících matek a ideálně dlouhodobě výlučně kojících matek je potřeba v klinické praxi identifikovat ženy s rizikem předčasného ukončení kojení. Poskytovatelé zdravotní péče potřebují nástroje pro identifikaci možných problémů při kojení pro navržení vhodných klinických nebo vzdělávacích intervencí. Hodnotící a měřící nástroje poskytují vodítko a systematizují činnosti realizované v klinické praxi. Pro posouzení kojení existuje velké množství hodnotících a měřících nástrojů, bohužel převážná většina je v anglickém jazyce. Jazyková bariéra, složitý proces několikastupňového překladu a národní validace nástrojů, mohou být hlavními důvody omezeného využití nástrojů v klinické praxi (Bóriková a Žiaková, 2007). V českém jazyce jsou aktuálně dostupné dva validované nástroje pro hodnocení kojení, LATCH Score (hodnocení účinnosti kojení a rozpoznání problémů vyžadujících podporu a další sledování) a BSES-SF (škála vlastní efektivity kojení). Pro eliminaci rizika předčasného ukončení kojení je dále zdůrazňována důležitost znalostí žen o kojení, dovedností a podpora kojících žen ze strany poskytovatelů zdravotní péče (Kehinde, O'Donnell a Grealish, 2023).

Cíl práce

Cílem publikace bylo vytvořit přehled o publikovaných relevantních studiích, které popisují transkulturní adaptaci a validaci nástroje BAPT (Breastfeeding Attrition Prediction Tool) pro hodnocení rizika předčasného ukončení kojení.

POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE

Metodika

Na základě rešeršní strategie provedené v elektronických databázích byly vyhledány, analyzovány a kriticky posouzeny relevantní publikované studie popisující transkulturní adaptaci a validaci nástroje BAPT.

Design

Narativní literární přehled.

Strategie vyhledávání

Vyhledávání studií bylo iniciálně realizováno ve dvou vědeckých databázích PubMed a Scopus, následně byly zahrnuty databáze Web of Science, CINAHL, ProQuest, Wiley Online Library a ReseachGate. Zvolené vědecké databáze byly vybrány pro vyhledávání relevantních výstupů v oblasti zdravotnictví a dle možnosti institucionální dostupnosti. Rešerše byla prováděna na základě stanovených klíčových slov (kojení, Breastfeeding Attrition Prediction Tool (BAPT), psychometrické vlastnosti, systematický přehled) pomocí PICO nástroje. Ve všech databázích byla použita stejná klíčová slova s využitím booleovských operátorů OR a AND. Rešerše probíhala od dubna 2022 do srpna 2023, s časovým omezením od roku 1989. Analytické review bylo vytvořeno dle PRISMA protokolu. Před zahájením vyhledávání byla stanovena klinická otázka: „Které země provedly transkulturní adaptaci a validaci hodnotícího nástroje BAPT?“ Výsledkem vyhledávání bylo celkem 109 studií, pro konečné zpracování bylo využito 7 studií. Identifikované publikace obsahovaly informace o procesu transkulturní validace a adaptace nástroje BAPT v různých zemích.

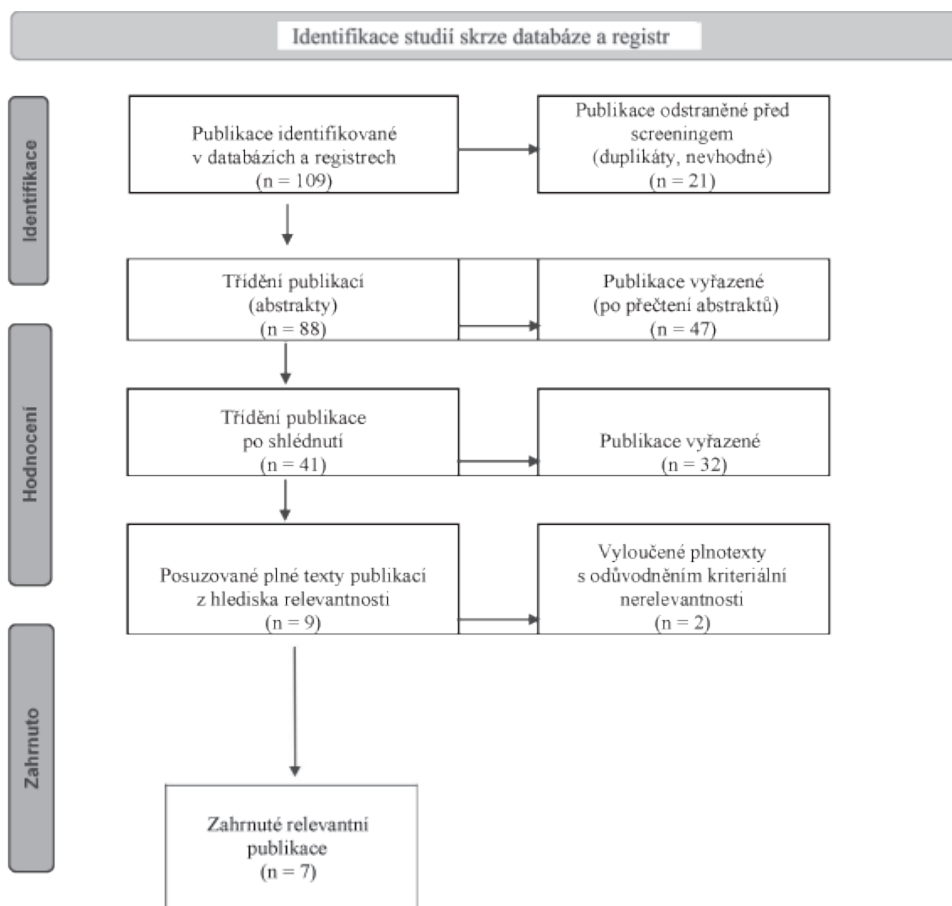
Kritéria pro zařazení studií

Pro zařazení i vyřazení jednotlivých studií byla předem definována kritéria. Zařazovacími kritérii byly: empirické studie uvedené v recenzovaném časopise, kvantitativní výzkum s jasně uvedenou metodologií a dostupností plného textu v anglickém jazyce se zaměřením na nástroj BAPT. Mezi vyřazující kritéria patřila: nedostupnost článku v anglickém jazyce, nedostupnost full textu článku, absence zdrojů použité literatury, absence informací o transkulturní adaptaci a validaci nástroje. Do přehledu nebyly zařazeny studie, které realizovaly výzkum formou replikace již adaptovaného nástroje BAPT. Výjimku tvoří pouze modifikace původního nástroje samotnou autorkou. Dále nebyly použity nerelevantní studie, kvalitativní studie, případové studie, protokoly a zprávy, nebo výzkumy se zaměřením na jiný hodnotící nástroj.

Výběr studií na základě vývojového diagramu PRISMA

Vyhledané studie byly systematicky tříděny a analyzovány nezávisle dvěma odborníky dle doporučeného PRISMA protokolu. V první fázi výzkumu probíhalo vyhledávání relevantních studií ve vědeckých databázích (PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, ProQuest, Wiley Online Library a ReseachGate). Dále probíhalo odstraňování duplikátů na základě analýzy názvů ($n = 21$) a vyřazení jednotlivých studií na základě analýzy abstraktů ($n = 47$). Ve druhé fázi probíhalo čtení plnotextů s následným posouzením relevance studií dle stanovených kritérií. V závěrečné fázi proběhla analýza a kritické posouzení jednotlivých výzkumů dle hodnotícího nástroje JBI a konsenzus pro zařazení relevantních výzkumů všech odborníků. Pro nekompatibilitu s cílem přehledové studie bylo vyloučeno dalších 34 studií. Celkem bylo identifikováno 7 relevantních výzkumných studií s dostupností plného textu v anglickém jazyce a jasně uvedenou metodologií procesu transkulturní adaptace a validace nástroje BAPT zaměřeného na riziko předčasného ukončení kojení.

Obr. 1 PRISMA 2020 schéma vyhledávací strategie



Zdroj: Page et al., 2021

Extrakce dat

Z celkem 109 vyhledaných studií bylo identifikováno 7 relevantních studií, které obsahovaly klíčové informace o psychometrických vlastnostech nástroje BAPT při transkulturní validaci a adaptaci nástroje v různých zemích. V rámci jednotlivých studií byla analyzována data: název studie, autor, rok, země, použitý nástroj, počet položek, počet respondentů, proces transkulturní adaptace a validace nástroje, výsledky, limitace a použité zdroje. V rámci syntézy dat probíhal narativní popis jednotlivých realizovaných výzkumů s jejich vyobrazením v tabulce. Následně byly pomocí sumační obsahové analýzy posouzeny souvislosti výzkumů vzhledem ke stanovanému cíli studie.

VÝSLEDKY

Celkem bylo identifikováno 7 publikovaných studií autorů z USA (3), Turecka (1), Iránu (1), Číny (1) a Ománu (1). Jedná se o empirické studie uvedené v recenzovaném časopise, realizovaný kvantitativní výzkum s jasně uvedenou metodologií a dostupností plného textu v anglickém jazyce. Zpracovaný přehled vybraných studií (název nástroje, autor, účel/počet respondentů, počet položek, škála/identifikované domény, spolehlivost/výsledky) je uveden v tab. 1.

Tab. 1 Přehled publikovaných studií popisující transkulturní modifikaci nástroje BAPT

Nástroj	Autor/ Rok/ Místo	Účel/ Počet respondentů	Počet položek	Škála/ Identifikované domény	Spolehlivost/ Výsledky
Breastfeeding Attrition Prediction Tool (BAPT)	Janke, 1992, USA (Aljaška)	Identifikovat ženy s rizikem předčasného ukončení kojení na základě po- stojů ke kojení, 248 žen do 6 týdnů a 16 týdnů po po- rodu	94 položek	6 bodová Liker- tova škála, 4 domény = po- stoj ke kojení; pozitivní nasta- vení ke kojení (PBS) a nega- tivní nastavení ke kojení (NBS), sociální a profesio- nální podpora (SPS), vnímaná kontrola kojení (PBC), demo- grafické údaje.	Cronbachova alfa = 0,80 (NBS 0,75, PBS 0,70, BFC 0,75, PS 0,86 a FFS 0,78).
Breastfeeding Attrition Prediction Tool (BAPT)	Janke, 1994, USA (Aljaška)	Modifikovaná verze BAPT. Identifikovat ženy s rizikem předčasného ukončení kojení na základě po- stojů ke kojení, 201 žen do 8 týdnů po po- rodu	52 položek	6 bodová Liker- tova škála, 4 domény (PBS, NBS, SPS, PBC), demo- grafické údaje.	Cronbachova alfa = 0,80 (NBS 0,83, PBS 0,79, BFC 0,81, SPS 0,85).

Modified Breastfeeding Attrition Prediction Tool (BAPT)	Gill et al., 2007, USA (Texas)	Modifikovaná verze BAPT (Španělská verze). Identifikovat antepartálně záměr u 143 žen kojit (ve 3.trim. těhotenství)	35 položek	3 bodová škála (32 položek z 35 položek bylo hodnoceno na 3 bodové škále pro BAPT), 4 domény (PBS, NBS, SPS, PBC + 3 položky k záměru kojit), současně otázky ke stravovacím návykům a porodu	Cronbachova alfa celkově 0,83 (PBS 0,78, NBS 0,80, SPS 0,82, PBC 0,86)
Breastfeeding Attrition Prediction Tool (BAPT)	Muslu et al., 2011, Turecko (Izmir)	Modifikovaná verze BAPT (Turecká verze). Identifikovat ženy s rizikem předčasněho ukončení kojení, ve dvou fázích, 348 žen, v posledním trim. těhotenství až do 8 týdnů po porodu	49 položek	5 bodová Likertova škála, 4 domény (PBS, NBS, SPS, PBC), demografické údaje.	Cronbachova alfa = 0,88 (NBS 0,82, PBS 0,80, BFC 0,87, SPS 0,92).
Modified Breastfeeding Attrition Prediction Tool (BAPT)	Mortazavi, et al., 2015, Irán (Šahrúd)	Modifikovaná verze BAPT (Iránská verze). Identifikovat u 356 těhotných žen riziko předčasněho ukončení kojení (3. trim. těhotenství do 6 měsíců po porodu)	49 položek	6 bodová Likertova škála, 4 domény = postoj ke kojení; pozitivní nastavení ke kojení (PBS) a negativní nastavení ke kojení (NBS), sociální a profesio-nální podpora (SPS), vnímaná kontrola kojení (PBC), demografické údaje.	Cronbachova alfa = 0,775 (NBS 0,857, PBS 0,657, BFC 0,865, SPS 0,767).

Modified Breastfeeding Attrition Prediction Tool (BAPT)	Wan et al., 2015, Čína (Šanghaj)	Modifikovaná verze BAPT (Čínská verze). 272 žen, 4 a 6 měsíců po porodu	47 položek	5 bodová Likertova škála, 4 domény, hodnocení postoje ke kojení, subjektivní normy a kontroly kojení (PBS, NBS, SPS, PBC), (5 položek bylo smazáno), demografické údaje. Současně distribuována KBS škála znalostí o kojení.	Cronbachova alfa nástroje 0,80 (koeficienty domén byly 0,81–0,92)
Revised Breastfeeding Attrition Prediction Tool (Revised-BAPT)	Al-Barwani et al., 2023, Omán (Maskatu)	Modifikovaná verze BAPT (Arabská verze). 427 žen během poporodní hospitalizace a v 8. týdnu po porodu	34 položek	4 bodová Likertova škála, 4 domény (PBS, NBS, SPS, PBC). Po pilotním testování zredukována hodnotící škála a přidány 2 položky pro doménu SPS škály (blízcí přátelé a zdravotní sestra). Současně distribuována škála záměr krmení a znalosti matek o kojení.	Cronbachova alfa nástroje 0,83 (NBS 0,81, PBS 0,74, BFC 0,89, hodnota pro SPS nebyla jasně definována)

DISKUZE

V sedmi identifikovaných publikacích je popsán proces transkulturní modifikace nástroje BAPT napříč různými kulturami. Sebehodnotící nástroj BAPT je nástrojem k identifikaci rizika předčasného ukončení kojení. Byl vytvořen v Americe roku 1992 autorkou Jill R. Janke. Nástroj byl konstruován na základě Teorie plánovaného chování (Theory of Planned Behavior, TPB), přičemž tento model je schopný predikovat výskyt specificky definovaného žádoucího nebo nežádoucího chování (Beck a Ajzen, 1991). Dle Janke je TPB ideální pro předpovídání úspěšnosti kojení, protože existuje úzká souvislost mezi postojem, odhodláním a podporou. Nástroj obsahuje 94 položek a je rozdělen na 4 domény (subškály), které měří pozitivní (PBS) a negativní (NBS) postoje matky ke kojení,

subjektivní normy (FFS = rodina, přátelé, PS = profesionální podporu) a vnímanou kontrolu chování (BFC). Součástí dotazníku jsou položky zaměřené na demografické údaje. Pro hodnocení jednotlivých položek je využita šestibodová škála Likertova typu: 1 (silně nesouhlasím) – 6 (silně souhlasím). Čím vyšší je výsledné skóre, tím větší je schopnost ženy dosáhnout úspěšného kojení. Janke (1992) realizovala výzkum na Aljašce u 248 žen, které plánovaly kojit minimálně 6 týdnů po porodu. BAPT byl aplikován během hospitalizace u žen v časném poporodním období a následně byly uskutečněny 2 telefonické rozhovory s kojícími ženami v 6. a 16. týdnu po porodu. Revidovaný BAPT (Janke, 1994) obsahuje 52 položek rozdělených na 4 škály s 6 bodovou hodnotící škálou Likertovu typu. Do testování bylo zapojeno 201 žen, které vyplnily dotazník v časném poporodním období a následně byly telefonicky kontaktovány v 8 týdnech po porodu. Psychometrické vlastnosti nástroje BAPT byly dále zkoumány v pěti jazykových variacích; v Turecku (turecká verze), v Mexiku (španělská verze), v Íránu (perská verze), v Číně (čínská verze) a v Ománu (arabská verze). Původní studie (Janke, 1994; Janke, 1992) poskytují dostatek důkazů o konstrukční validitě a vnitřní konzistenci, kterou ověřilo mnoho autorů při replikaci nástroje (Dick et al., 2002; Joshi et al., 2014; Lewallen, 2006; Ryser, 2004; Wambach et al., 2011). Celkem u 73 % respondentů byl nástroj schopen předpovědět stav kojení do 8 týdnů po porodu (Janke, 1994). Většina autorů modifikuje nástroj zejména redukcí počtu položek a realizuje výzkum za různých podmínek (jiný čas testování, velikost vzorku, Likertova škála) (Gill et al., 2007; Mortazavi et al., 2015; Muslu, Basbakkal a Janke, 2011; Wan et al., 2015; Al-Barwani et al., 2023). Počet položek jednotlivých nástrojů se pohyboval v rozmezí od 34 do 94 položek. Mnoho autorů uvádí rozdílné informace o původních studiích (o počtu respondentek, počtu položek dotazníku, časové údaje o publikaci nástrojů, hodnotící škála) autorky Janke (Casal et al., 2017; Dick et al., 2002; Sartorio et al., 2017). Nejnížší počet položek modifikované verze nástroje je obsaženo v arabské verzi (Al-Barwani et al., 2023), naopak nejvyšší počet položek obsahuje pouze původní nástroj samotné autorky (Janke, 1992), modifikované verze v turecké a iránské verzi zahrnují shodně 49 položek (Mortazavi et al., 2015; Muslu, Basbakkal a Janke, 2011). Španělská, turecká a iránská verze modifikovaného nástroje se zaměřovala na identifikaci záměru kojení u žen již antepartálně. Postnatálně většina respondentek vyplňovalo dotazníky s pomocí plánovaných telefonických rozhovorů, iránský dotazník BAPT respondentky vyplňovaly každý měsíc osobně s porodní asistentkou v centru primární zdravotní péče, současně při zdravotní kontrole dítěte. Čínský dotazník BAPT byl zpětně distribuován pomocí předem ofrankované obálky. U všech modifikovaných nástrojů je uváděným údajem pro hodnocení psychometrických vlastností vnitřní konzistence nástroje koeficient Cronbachova alfa (0,775–0,88). Nejspolehlivější modifikací nástroje dle Cronbachova alfa (0,88) byla turecká verze, nejnížší hodnotu uvádí iránská verze (0,77). Tři verze nástroje byly respondentkami hodnoceny na 6 bodové Likertově škále (Janke, 1994; Janke, 1992; Mortazavi et al., 2015), dvě modifikované verze byly hodnoceny na 5 bodové Likertově škále (Muslu, Basbakkal a Janke, 2011; Wan et al., 2015), jedna modifikovaná verze nástroje byla hodnocena na 4 bodové Likertově škále (Al-Barwani et al., 2023) a jedna na 3 bodové Likertově škále (Gill et al., 2007). Španělská verze nástroje

byla rozdělena na 5 domén (doména navíc obsahovala položky k záměru žen kojít), ostatní autoři ponechali původní rozdělení nástroje na 4 domény. Vyjma španělské verze všichni autoři modifikovaných nástrojů pro posouzení rizika předčasného ukončení kojení ponechali součástí nástroje položky zaměřující se na demografické údaje respondentek, se španělskou verzí BAPT byly současně zjišťovány informace ohledně stravovacích návyků těhotné ženy a plánovaného porodu, s čínskou verzí BAPT byl distribuován dotazník KBS zkoumající škálu znalostí o kojení, s arabskou verzí BAPT byly distribuovány dotazníky škála zaměřující se na znalosti matek o kojení a záměr kojení.

ZÁVĚR

Provedená studie poukazuje na nástroj BAPT pro posouzení předčasného ukončení kojení, vytvořeného na základě konstruktů TPB, jehož transkulturní modifikace byla realizována kromě USA ještě v dalších 4 zemích. Na základě vyhodnocení psychometrických vlastností nástroje BAPT a jeho modifikací většina autorů uvádí dobrou prediktivní schopnost identifikovat riziko předčasného ukončení kojení. BAPT může být platným a spolehlivým nástrojem, který lze použít v klinické praxi k identifikaci rizikových žen po porodu i ve výzkumu (Ghaffari et al., 2019).

Dedikace

Publikace je dedikována projektu IGA_FZV_2023_010: Jazyková validace a adaptace hodnotícího nástroje BAPT pro klinické prostředí (Studentská grantová soutěž Fakulty zdravotnických věd UP v Olomouci).

Střet zájmů a etické aspekty

Autoři publikace si nejsou vědomi žádného střetu zájmů a při zpracování výsledků byly dodrženy veškeré etické aspekty.

Limity

Autoři publikace připouští jazykovou limitaci při provedení rešerše se zaměřením na publikované relevantní články pouze v anglickém jazyce.

Literatura

AL-BARWANI, S. et al. Cross-cultural adaptation and linguistic validation of the translated arabic revised Breastfeeding Attrition Prediction Tool. *Journal of Nursing Measurement* [online]. 2023, vol. 31, no. 1, p. 5–18. [cit. 8. 6. 2023]. ISSN 1945-7049. DOI: 10.1891/JNM-D-21-00036.

BÁNOVČIN, P. a ZIBOLEN, M. *Základné informácie o materskom mlieku a dojčení pre pracovníkov v zdravotníctve* [online]. Bratislava: A-medi management, 2016. [cit. 8. 6. 2023]. ISBN 978-80-89797-17-2. Dostupné z: https://www.1000dni.cz/wp-content/uploads/2016/11/Z%C3%A1kladn%C3%A9_info_MM_-kniha-cel%C3%A1-7.pdf.

BECK, L. and AJZEN, I. Predicting dishonest actions using the theory of planned behavior. *Journal of Research in Personality* [online]. 1991, vol. 25, no. 3, p. 285–301. [cit. 8. 6. 2023]. ISSN 1095-7251. DOI: 10.1016/0092-6566(91)90021-H.

BÓRIKOVÁ, I. a ŽIAKOVÁ, K. Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovatelstve. In: BUŽGOVÁ, R. a JAROŠOVÁ, D. (eds.). *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2007, s. 13–17. ISBN 978-80-7368-230-9. Dostupné z: <https://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/ebn-2007.pdf>.

CASAL, C. S. et al. A Critical Review of Instruments Measuring Breastfeeding Attitudes, Knowledge, and Social Support. *Journal of Human Lactation* [online]. 2017, vol. 33, no. 1, p. 21–47. [cit. 8. 6. 2023]. ISSN 1552-5732. DOI: 10.1177/0890334416677029.

DICK, M. J. et al. Predicting Early Breastfeeding Attrition. *Journal of Human Lactation* [online]. 2002, vol. 18, no. 1, p. 21–28. [cit. 8. 6. 2023]. ISSN 1552-5732. DOI: 10.1177/089033440201800104.

GHAFFARI, M. et al. Prenatal Interventional Program about Mothers' Behavior Related to Exclusive Breast Feeding: Findings of Planned Behavior Theory-Based Research. *Journal of Lifestyle Medicine* [online]. 2019, vol. 9, no. 2, p. 143–149. [cit. 8. 6. 2023]. ISSN 2288-1557. DOI: 10.15280/jlm.2019.9.2.143.

GILL, S. L. et al. Predicting Breast-feeding Attrition: Adapting the Breast-feeding Attrition Prediction Tool. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* [online]. 2007, vol. 21, no. 3, p. 216–224. [cit. 8. 6. 2023]. ISSN 0893-2190. DOI: 10.1097/01.JPN.0000285811.21151.37.

HAVENS, J. M. E. and WINES, M. Screening for Mothers at Risk to Wean Early and Referral to a Lactation Support Person for Prolonging Breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education* [online]. 2019, vol. 28, no. 1, p. 51–60. [cit. 8. 6. 2023]. ISSN 1548-8519. DOI: 10.1891/1058-1243.28.1.51.

CHOWDHURY, R. et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica* [online]. 2015, vol. 104, no. S467, p. 96–113. [cit. 8. 6. 2023]. ISSN 1651-2227. DOI: 10.1111/apa.13102.

IMCHEN, M. et al. Factors Affecting the Composition of the Human Microbiome. In: KOTHARI, V., KUMAR, P. and RAY, S. (eds.). *Probiotics, Prebiotics, Synbiotics, and Postbiotics* [online]. Singapore: Springer, 2023, p. 49–63. [cit. 8. 6. 2023]. ISBN 978-981-99-1463-0. DOI: 10.1007/978-981-99-1463-0_3.

JANKE, J. R. Development of the Breast-Feeding Attrition Prediction Tool. *Nursing research* [online]. 1994, vol. 43, no. 2, p. 100–104. [cit. 8. 6. 2023]. ISSN 1538-9847. DOI: 10.1097/00006199-199403000-00008.

JANKE, J. R. Prediction of breast-feeding attrition: Instrument development. *Applied Nursing Research* [online]. 1992, vol. 5, no. 1, p. 48–53. [cit. 8. 6. 2023]. ISSN 1532-8201. DOI: 10.1016/S0897-1897(05)80086-2.

JOSHI, A. et al. Exploration of factors influencing initiation and continuation of breastfeeding among Hispanic women living in rural settings: a multi-methods study. *Rural and Remote Health* [online]. 2014, vol. 14, no. 3. [cit. 8. 6. 2023]. ISSN 1445-6354. DOI: 10.22605/RRH2955.

KEHINDE, J., O'DONNELL, C. and GREALISH, A. The effectiveness of prenatal breastfeeding education on breastfeeding uptake postpartum: A systematic review. *Midwifery* [online]. 2023, vol. 118. [cit. 8. 6. 2023]. ISSN 1532-3099. DOI: 10.1016/j.midw.2022.103579.

LAKTAČNÍ LIGA [online]. Kojeni.cz, 2023. [cit. 8. 6. 2023]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/liga/>.

LEWALLEN, L. P. A Review of Instruments Used to Predict Early Breastfeeding Attrition. *Journal of Perinatal Education* [online]. 2006, vol. 15, no. 1, p. 26–41. [cit. 8. 6. 2023]. ISSN 1548-8519. DOI: 10.1624/105812406X92967.

MAZÚCHOVÁ, L., MASKÁLOVÁ, E. a DIVOKOVÁ, D. *Úspěšné kojení: sebeúčinnost matek*. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3390-1.

MORTAZAVI, F. et al. Cross Cultural Adaptation, Validity, and Reliability of the Farsi Breastfeeding Attrition Prediction Tools in Iranian Pregnant Women. *Iranian Red Crescent Medical Journal* [online]. 2015, vol. 17, no. 3. [cit. 8. 6. 2023]. ISSN 2074-1812. DOI: 10.5812/ircmj.26354.

MROWETZ, M. a PEREMSKÁ, M. Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra, či realita budoucnosti? *Pediatric pro praxi* [online]. 2013, roč. 14, č. 3, s. 201–204. [cit. 8. 6. 2023]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/03/17.pdf>.

MUSLU, G. K., BASBAKKAL, Z. and JANKE, J. The Turkish Version of the Breastfeeding Attrition Prediction Tool. *Journal of human lactation* [online]. 2011, vol. 27, no. 4, p. 350–357. [cit. 8. 6. 2023]. ISSN 1552-5732. DOI: 10.1177/0890334411410692.

PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [online]. 2021. [cit. 8. 6. 2023]. ISSN 1756-1833. DOI: 10.1136/bmj.n71.

RYSER, F. G. Breastfeeding Attitudes, Intention, and Initiation in Low-Income Women: the Effect of the Best Start Program. *Journal of Human Lactation* [online]. 2004, vol. 20, no. 3, p. 300–305. [cit. 8. 6. 2023]. ISSN 1552-5732. DOI: 10.1177/0890334404266985.

SARTORIO, B. T. et al. Breastfeeding assessment instruments and their use in clinical practice. *Revista gaúcha de enfermagem* [online]. 2017, vol. 38, no. 1. [cit. 8. 6. 2023]. ISSN 1983-1447. DOI: 10.1590/1983-1447.2017.01.64675.

TLÁSKAL, P. Informace k nutričnímu programování tvoří základ nutriční prevence. *Česko-slovenská pediatrie* [online]. 2014, roč. 69, č. 6, s. 370–375. [cit. 8. 6. 2023]. ISSN 1805-4501. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-pediatrie/2014-6/informace-k-nutricnimu-programovani-tvori-zaklad-nutricni-prevence-50839>.

WAMBACH, K. A. et al. A Randomized Controlled Trial of Breastfeeding Support and Education for Adolescent Mothers. *Western Journal of Nursing Research* [online]. 2011, vol. 33, no. 4, p. 486–505. [cit. 8. 6. 2023]. ISSN 1552-8456. DOI: 10.1177/0193945910380408.

WAN, H. et al. Factors Predicting Exclusive Breastfeeding among The First Time Chinese Mothers. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* [online]. 2015, vol. 19, no. 1, p. 32–44. [cit. 8. 6. 2023]. ISSN 2586-8373. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/19512/26328>.

WHO. *Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding Policy Brief* [online]. WHO, 2014. [cit. 8. 6. 2023]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149022/WHO_NMH_NHD_14.7_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

WHO. *Targets of Sustainable Development Goal 3* [online]. WHO, 2015. [cit. 8. 6. 2023]. Available from: <https://www.who.int/europe/about-us/our-work/sustainable-development-goals/targets-of-sustainable-development-goal-3>.

ZLATOHLÁVKOVÁ, B. Early nutrition and lifelong health. *Pediatric pro praxi* [online]. 2016, vol. 17, no. 5, p. 286–290. [cit. 8. 6. 2023]. ISSN 1803-5264. DOI: 10.36290/ped.2016.065.

Kontakt

Mgr. Lenka Vrlová, DiS.
Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci
Ústav ošetrovatelství
Hněvotínská 976/3, 775 15 Olomouc, Česká republika
lenka.vrlova@seznam.cz

PREDIKCE RIZIKA BRZKÉHO UKONČENÍ KOJENÍ NÁSTROJEM BAS V ROZDÍLNÝCH TRANSKULTURNÍCH PODMÍNKÁCH

PREDICTION OF THE EARLY BREASTFEEDING CESSATION RISK WITH BAS TOOL IN DIFFERENT TRANSCULTURAL CONDITIONS

Iveta Ospalíková¹, Ludmila Matulníková¹, Lenka Vrlová¹

Abstrakt

Úvod: Breastfeeding assessment score – BAS je klinický predikční model, tvořený osmi proměnnými, který má usnadnit poskytovatelům zdravotní péče identifikovat rizikové páry matka–dítě, které jsou ohrožené předčasným ukončením kojení. Včasná identifikace rizikových párů podpoří intervence, které pomohou prodloužit kojení.

Cíl: Provést analýzu literárních zdrojů zaměřenou na aplikaci a adaptaci nástroje BAS v rozdílných transkulturních podmínkách.

Design: Přehledová studie.

Metody a soubor: Studie byly vyhledávány v literární rešerši v elektronických vědeckých databázích PubMed, EBSCO a Google Scholar podle předem určených kritérií a definovaných klíčových slov v anglickém, českém a francouzském jazyce: kojení, hodnocení, nástroj, validita. Využita byla vyhledávací fráze „Breastfeeding assessment score“ a zkratka zvoleného nástroje BAS, za období 2002–2021. Celkově bylo vyhledáno šest studií. Systematické třídění a výběr studií byl uskutečněn na základě vývojového diagramu PRISMA.

Výsledky: Byly porovnávány studie z Itálie, Francie, Thajska a USA. Celkem čtyři ze šesti studií uvádějí pozitivní výsledky s využitím BAS. Zbylé dvě studie uvádějí jako statisticky významné jen některé proměnné, a to věk kojících matek, předchozí zkušenost s kojením, potíže s přisátím dítěte a frekvenci kojení. BAS je predikční model vhodný na identifikaci párů matka–dítě ohrožených předčasným ukončením kojení 7–10 dní po porodu.

Závěr: BAS je snadno použitelná škála pro hodnocení kojení. Je třeba ověřit, zda tento nástroj bude vhodný k predikci žen ohrožených předčasným ukončením kojení v podmínkách české klinické praxe.

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

Klíčová slova

skóre hodnotící kojení, BAS, hodnocení, nástroj, kojení, validita

Abstract

Background: The BAS score is a clinical prediction model, made up of 8 variables, which is intended to facilitate health care providers to identify at-risk mother-child pairs who are at risk of premature termination of breastfeeding. Timely identification of at-risk pairs will support interventions that help prolong breastfeeding.

Aim: Perform an analysis of literary sources focused on the application and adaptation of the BAS tool in different transcultural conditions.

Design: Review study.

Methods and Population: Studies were retrieved using a literature search in the electronic scientific databases PubMed, EBSCO and Google Scholar based on predetermined criteria and defined keywords in English, Czech and French: breastfeeding, assessment, tool, validity. The search phrase "Breastfeeding assessment score" and the abbreviation of the selected tool BAS were used, for the period of 2002–2021. A total of 6 studies were retrieved. The studies were sorted based on the PRISMA diagram.

Results: Studies from Italy, France, Thailand and the USA were compared. A total of 4 of the six studies present positive results using the BAS. The remaining two studies give only some variables as statistically significant, i.e., the age of breastfeeding mothers, previous experience with breastfeeding, latching difficulties, and the frequency of breastfeeding. BAS is a predictive model suitable for identifying mother-child pairs at risk of premature cessation of breastfeeding 7–10 days after birth.

Conclusion: The BAS is an easy-to-use breastfeeding assessment scale. It needs to be verified whether this tool will be suitable for predicting women at risk of premature termination of breastfeeding in the conditions of Czech clinical practice.

Keywords

breastfeeding assessment score, BAS, assessment, tool, breastfeeding, validity

VÝCHODISKA

Světová zdravotnická organizace (WHO, 2021) doporučuje výlučně kojit do šesti měsíců věku dítěte a dále pokračovat do jeho dvou let. Henzlerová (2018) však uvádí, že v České republice počet kojených dětí do půl roku nedosahuje ani 50 %. Přitom při ukončení hospitalizace a propuštění do domácího ošetřování kojí výlučně 73,4 % žen a celkově dokonce 93 % (Kojení v ČR 2021, 2021). Včasná identifikace rizikových žen ohrožených předčasným ukončením kojení může usnadnit naplánování a uskutečnění intervencí, které povedou k prodloužení celkové doby kojení. K tomuto účelu slouží řada standardních nástrojů. Hodnoticí škály slouží jako ukazatel kvality poskytované zdravotní péče a laktčního poradenství. Usnadňují vedení ošetrovatelské dokumentace, zkvalitňují komunikaci mezi zdravotníky, vedou k vyšší spokojenosti matek s poskytovanou péčí a s vlastním kojením (Brugaletta et al., 2021; Sartorio et al., 2017).

Breastfeeding assessment score, dále jen BAS, bylo vyvinuto Hallem et al. (2002). Tento klinický predikční model má usnadnit poskytovatelům zdravotní péče identifikaci párů matka–dítě ohrožených raným ukončením kojení. Vývoj BAS započal hodnocením 154 položek. Položky autoři zredukovali a ponechali jen osm proměnných, které se prokázaly jako statisticky významné (věk matky, předchozí zkušenost s kojením, počet podaných lahví s umělou výživou před registrací do studie, potíže s přisátím, frekvence kojení). Možné skóre je tedy – 6 až 10 bodů. Skóre pod 8 bodů představuje riziko předčasného ukončení kojení mezi 7. až 10. dnem ve 21 % (Hall et al., 2002; Torabinia, Rosenblatt a Mosadegh, 2021; Lewallen, 2006). BAS patří mezi dobře přijímané nástroje především pro jeho snadnou a rychlou využitelnost. Aplikovat ho mohou samy kojící ženy na oddělení šestinedělí a pověření zdravotničtí pracovníci. Použití v klinické praxi je přirovnáváno k využití a hodnocení skóre Apgarové (Sartorio et al., 2017; Phadungkiatwattana a Prewma, 2012).

V českém jazyce je dostupný omezený počet adekvátně přeložených a validovaných nástrojů, které by zdravotníkům v klinické praxi usnadnily hodnocení kojení. O studii zabývající se lingvistickou validací a ověřením psychometrických vlastností nástroje BAS v České republice nebyly nalezeny žádné relevantní záznamy.

POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE

Cíl

Provést analýzu literárních zdrojů zaměřenou na aplikaci a adaptaci nástroje BAS v rozdílných transkulturních podmínkách.

Metodika

Na podkladě vyhledávání v elektronických odborných databázích byla vytvořena rešeršní strategie. Následná analýza a posouzení dohledaných studií vedlo k vytvoření předloženého literárního přehledu.

Výběrová kritéria

Do literárního přehledu byly zařazeny kvantitativní a kvalitativní primární studie zabývající se využitím BAS v klinické praxi a jeho transkulturní adaptací. Veškeré vyhledané texty musely být dostupné v plné verzi, publikované v recenzovaném periodiku. Do rešerše byly zahrnuty studie, které využívaly i modifikované skóre s redukováným počtem položek. Mezi další kritéria definovaná při vyhledávací strategii bylo požadované stáří článku, které bylo limitováno na rozpětí let 2002 až 2021. Počáteční rok byl stanoven dle publikace původní studie. Zvolený jazyk byla angličtina a čeština. Na základě výchozího studia a předběžného posouzení již provedených metaanalýz a literárních přehledů bylo vyhledávání upraveno a byla přidána francouzština. Mezi vylučovací kritéria jsme zařadili odlišné zaměření tématu, kvalifikační práce a sekundární studie.

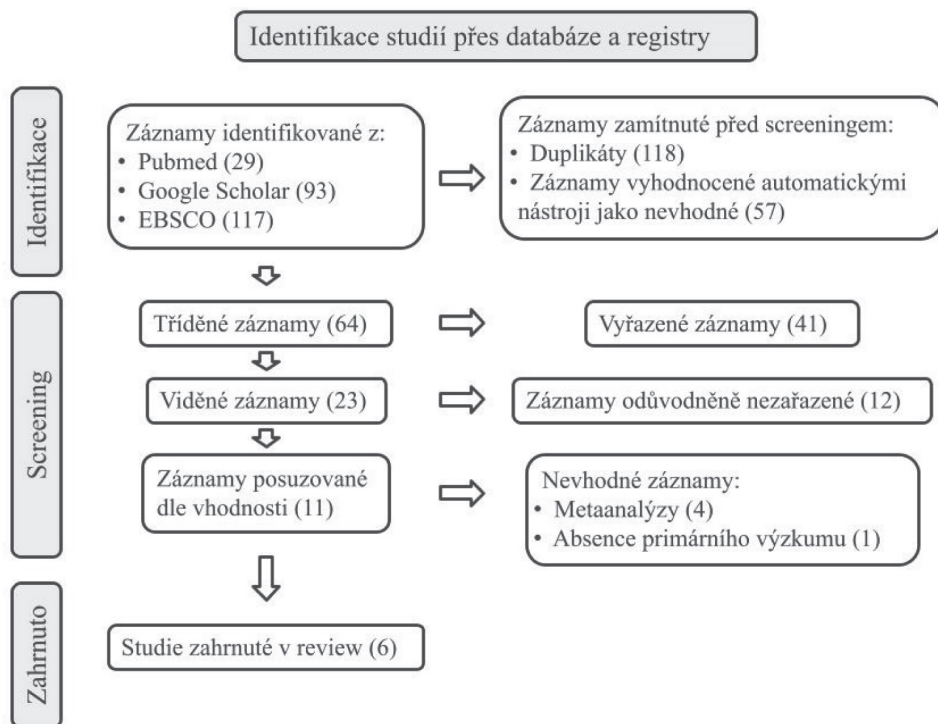
Vyhledávání

Vyhledávací strategie začala definováním klíčových slov: kojení, hodnocení, nástroj, validita. Byla využita vyhledávací fráze, název nástroje „Breastfeeding Assessment Score“ a zkratka zvoleného nástroje BAS. Prohledávány byly elektronické odborné databáze Medline, EBSCO (Academic Search Complete, Art&Architecture Source, Cambridge Journals Online – FULL Collection, IOPscience, JSTOR Arts & Sciences I.–IV., Business, Medline Complete, Oxford Journals Online – Full Collection, ProQuest Central, SAGE HSS Package, ScienceDirect Freedom Collection, SpringerLink Compact, Taylor & Francis Social Science & Humanities Library, Wiley) a Google Scholar. Ve všech databázích bylo uskutečněno vyhledávání za využití klíčových slov a booleovských operátorů „or“ a „and“. Literární rešerše probíhala od prosince 2021 do června 2022.

Výběr studií

Obsahová analýza byla provedena u všech publikací obsahující klíčová slova a využitou frází. Systematické třídění a výběr studií byly uskutečněny na základě vývojového diagramu PRISMA (viz obr. 1). Celkem bylo nalezeno 239 výsledků, z nich bylo vyřazeno 118 duplikátů a 57 záznamů nebylo dostupných v plném znění. Vyřazeny byly texty (n = 41), které nebyly zaměřeny na určené téma. Následně probíhala analýza abstraktů (n = 23) a celkem 12 záznamů nesplňovalo výběrová kritéria. Posouzení plných textů a jejich hodnocení proběhlo u 11 záznamů, zařazeno bylo 6 relevantních studií.

Obr. 1 PRISMA schéma



Zdroj: vývojový diagram upraven dle PRISMA 2020 pro nové systematické přehledy, které zahrnovaly prohledávání databází, registrů a dalších zdrojů; 2022

LITERÁRNÍ PŘEHLED

Využitím BAS v klinické praxi v rozdílných transkulturních podmínkách se zabývalo šest primárních studií z USA, Itálie, Francie a Thajska (viz tab. 1). Hall et al. (2002), Mercer et al. (2009), Laborde et al. (2007) a Phadungkiatwattana a Prewma (2012) ověřovali funkčnost kompletního skóre BAS. Gianni et al. (2006) a Zobbi et al. (2011) využívali již modifikované BAS skóre.

Tab. 1 Studie posuzující prediktivní schopnost BAS

Autor/rok/země	Autor/ Rok/ Místo	Účel/ Počet respondentů	Počet položek
Hall et al. (2002), USA	Vyvinout skóre, které pomůže identifikovat novorozence ohrožené předčasným ukončením kojení před propuštěním ze zdravotnického zařízení.	Kvantitativní prospektivní studie – 1 075 žen po porodu v devíti nemocnicích. Po propuštění do domácího ošetřování telefonicky ověřeno, zda ženy kojí, a současně byly dotázány na dalších 47 položek. Zařazovací kritéria: kojící ženy, porod v týdnu 35–42, nejméně 20 hodin po porodu, matka a dítě bez zdravotních komplikací, plánováno jejich společné propuštění do domácího ošetřování.	Kojení bylo ukončeno u 113 (10,5%) respondentek. Statisticky významných bylo osm položek, které tvoří BAS. Skóre <8 představuje riziko předčasného ukončení kojení ve 21 % prvních 7–10 dní po porodu. Výsledky ukazují, že úspěch kojení je spojen s událostmi v prvních 14 dnech života dítěte.
Gianni et al. (2006), Itálie	Zhodnotit využití modifikované BAS při predikci ukončení výlučného kojení.	Kvantitativní prospektivní studie – 175 žen, využit byl normalizovaný BAS, který obsahoval pouze čtyři položky. Ženy byly kontaktovány 30 dní po porodu – bylo zjišťováno, zda kojí a kdy daly doplňkovou stravu. Zařazovací kritéria: kojící ženy, porod v týdnu 37–42, porod jednoho zdravého dítěte s hmotností nad 2500 g, rooming-in 24 hodin denně.	Nižší BAS spojeno s předčasným ukončením výlučného kojení. Výsledky studie ukazují, že měsíc po porodu kojí 93,1 % žen, z toho výlučně 86,3 %. BAS je užitečný při predikci matek ohrožených ukončením výlučného kojení.
Mercer et al. (2009), USA	Provéřit, zda je BAS využitelné i u různorodé populace.	Kvantitativní prospektivní studie – 1 175 žen, ze tří různých zdravotnických zařízení. 7.–10. den po porodu telefonní hovor k ověření, zda ženy pokračují s kojením. Zařazovací kritéria: jednočetné těhotenství, porod zdravého plodu v termínu.	Data v této studii do značné míry potvrzují původní studii. Celkem pět položek zůstalo významných. BAS je jednoduchý, platný a dobře využitelný nástroj.

Laborde et al. (2007), Francie	Přezkoumat přesnost BAS u francouzské populace.	Kvantitativní retrospektivní studie – data z původní studie, které se účastnilo 488 žen. Ženy byly kontaktovány 4 a 26 týdnů po porodu. Zařazovací kritéria: porod jednoho plodu po 37. týdnu těhotenství, s hmotností nad 2 500 g, kojení při propuštění do domácího ošetřování. Vyloučeny byly matky, které neuměly francouzsky, neměly trvalé bydliště ve Francii a nebyly zletilé.	Ukončení kojení do 14 dní po porodu bylo zjištěno u 3 % zúčastněných žen. Hranice skóre <8 získalo 43 %, míra odstavení v této skupině byla 5%. BAS má široký záběr. Ve Francii byl o jeho použití nízký zájem z důvodu nízkého počtu žen, které předčasně ukončují kojení.
Zobbi et al. (2011), Itálie	Posoudit účinnost modifikovaného BAS na skupině italských žen.	Kvalitativní prospektivní studie – využití modifikovaného BAS o pěti položkách u 380 žen ve dvou nemocnicích. Po čtyřech týdnech byl proveden telefonicky strukturovaný rozhovor s ověřením, zda ženy kojí. Zařazovací kritéria: italské ženy po porodu s jednočetným těhotenstvím, po 36. týdnu.	Modifikovaný BAS byl prokázán jako užitečný v predikci brzkého ukončení kojení (48–72 hodin po porodu) u italských žen. Výsledkem této studie byla další modifikace položky – věku matek. Pouze 2 % zúčastněných matek bylo <21 let.
Phadungkiatwattana et al. (2012), Thajsko	Vyhodnotit účinnost BAS a identifikovat matky, které předčasně ukončí výlučné kojení.	Kvalitativní prospektivní studie – rozhovor s 958 ženami z jedné nemocnice na porodním oddělení, telefonický hovor 10 dní po porodu k ověření kojení. Zařazovací kritéria: ženy thajské národnosti, porod v týdnu 35–42, matky bez závažných onemocnění, bez těhotenských komplikací, porod zdravého dítěte, společné propuštění do domácího ošetřování.	Výsledky studie uvádějí, že BAS významně koreloval s mírou ukončení kojení v podmínkách thajské populace. Statisticky významná byla pouze polovina proměnných. BAS nepredikuje spolehlivě ohrožené páry matka–dítě předčasným ukončení kojení.
Zdroj: vlastní, 2022			

Do přehledové studie jsme zařadili celkem šest studií zabývajících se využitím BAS v klinické praxi. Raskovalova et al. (2015) zahrnuli do systematického přehledu v rámci externího ověření BAS čtyři studie Hall et al. (2002), Laborde et al. (2007), Mercer et al. (2009) a Zobbi et al. (2011). V metaanalýze publikované Brugalettou et al. (2021) oproti předchozímu článku zařazovali autoři studie pouze v anglickém jazyce, proto nebyl zařazen Laborde et al. (2007), ale vzata do přehledu byla italská studie Gianni et al. (2006). Ani jedna z výše uvedených metaanalýz neobsahovala studii z Thajska od Phadungkiatwattana a Prewma (2012).

Hall et al. (2002) publikovali původní studii, která představuje BAS, jeho vývoj a statistické ověření v klinické praxi. Výsledky původní studie ukazují využitelnost skóre při predikci předčasného ukončení kojení v prvních 7–10 dnech po porodu u žen majících skóre <8. Celková doba kojení je dle autorů ovlivněna událostmi prvních 14 dní po porodu. Klíčové v tomto kritickém období je poskytnout rizikovým ženám odbornou konzultaci. Autoři ve své studii uvádějí, že studie byla prováděna na předměstské střední třídě, a doporučují zhodnotit využitelnost tohoto skóre na městské části obyvatelstva, ve více etnicky různorodé populaci.

Ve studiích prováděných v Itálii výsledky ukazují, že je dobře využitelné modifikované BAS. Zobbi et al. (2011) nezahrnuli dichotomické položky. Využito bylo pouze pět z původních osmi položek (věk matky, předchozí zkušenost s kojením, interval mezi kojením, potíže s přísátím a počet lahví před registrací). Výsledky studie poukazují, že pokud je skóre použito 48–72 hodin po porodu, spolehlivě predikuje ženy ohrožené neadekvátní délkou kojení. Autoři také přizpůsobili položku věk matky vzorku italské populace. Z původních 21 let byla dolní věková hranice zvýšena na 30 let, tyto ženy získaly 0 bodů. 1 bod získaly ženy ve věku 31–34 let (původně 21–24). Ženy ve věku 35 let a starší získaly 2 body. V originální verzi získaly dva body ženy starší 24 let. Současně autoři pro využití v italské klinické praxi doporučují zvýšení spodní hranice skóre na <9 oproti původním <8 bodům, které uvádí Hall et al. (2002). Gianni et al. (2006) modifikované skóre bez dichotomických položek využili k predikci výlučného kojení. Vzhledem k hodnocení výlučného kojení byla vyřazena i položka o přidané umělé výživě. Výsledky studie ukazují, že měsíc po porodu kojí 93,1 % žen, z toho výlučně 86,3 % žen.

Laborde et al. (2007) uvádí, že BAS predikoval ženy, které měly po propuštění do domácího ošetřování častěji problémy s kojením. Míra odstavení dle výsledků výzkumu byla 3 % ve 14 dnech kojeneckého věku. Hranici skóre <8 mělo 43 % párů matka–dítě, kojení předčasně ukončilo pouze 5 % oproti 21 % v původní studii Hall et al. (2002). Autoři uvádějí, že rutinní používání BAS před propuštěním z nemocnice do domácího ošetřování má pouze omezený přínos. Ve francouzské populaci nižší procento párů matka–dítě předčasně ukončuje kojení, proto tento nástroj není v podmínkách klinické praxe plně využitelný. Přesto autoři uváděné studie doporučují další výzkum s využitím tohoto skóre. Mercer et al. (2009) jedna z původních autorů nástroje se rozhodla prověřit využití BAS u populace jiné národnosti, oproti populaci zařazené v původní studii. Uvádí, že dvě ze tří dichotomických položek ztratily na významu, a to zákrok na prsu a porod vakuumextrakcí. V zastoupené populaci se tyto rizikové faktory vyskytovaly ve snížené frekvenci oproti

studii Hall et al. (2002). Mercer et al. (2009) dále popisují další položku, která u hispánské populace ztrácí na významu, a to počet lahví umělé výživy před registrací. Hispánské děti dostávají průměrně sedm lahví oproti třem v jiné populaci. U žen, které měly nižší skóre, došlo průměrně k zástavě kojení pět dní po porodu. Data získaná touto studií do značné míry potvrzují zjištění původní studie Hall et al. (2002).

Poslední zařazená studie byla provedena na thajské populaci Phadungkiatwattana a Prewma (2012). Studie poukazuje na významnost pouze čtyř proměnných proti osmi původním. Mezi statisticky významné proměnné patří předchozí zkušenost s kojením, potíže s přisátím, interval kojení a věk matky, kde mladší matky měly větší pravděpodobnost s pokračováním kojení naproti bodovému ohodnocení v BAS dle Hall et al. (2002). BAS významně koreluje s mírou ukončení kojení. Neefektivní predikci za pomoci BAS vysvětlují rozdílnou populaci zahrnutou ve studii, a to městskou asijskou populaci oproti předměstské bílé populaci. U thajské populace nelze predikovat časné ukončení kojení tímto nástrojem v klinické praxi, nástroj je třeba modifikovat.

VÝSTUPY

Celkem čtyři z šesti zařazených studií uvádějí pozitivní výsledky využití BAS při predikci kojících žen ohrožených předčasným ukončením kojení. Polovina z těchto studií využívala již modifikované BAS skóre. Zbýlé dvě studie popisují část proměnných jako statisticky významné (předchozí zkušenost s kojením, věk matky, potíže s přisátím a interval kojení), ale v závěru udávají, že skóre není z různých důvodů v jejich sociokulturních podmínkách vhodné využívat.

Skóre BAS je snadno využitelné při hodnocení předčasného ukončení kojení a může pomáhat zefektivnit poskytování laktčního poradenství párům matka–dítě ohrožených předčasným ukončením kojení. Na základě zjištěných výsledků se dále budeme věnovat ověření využitelnosti BAS v české klinické praxi.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Autoři deklarují, že studie nemá žádný konflikt zájmu při zpracování výsledků a byly dodrženy veškeré etické aspekty. Souhlas k využívání BAS skóre byl získán od jednoho z autorů. Studie byla schválena etickou komisí Fakulty zdravotních věd Univerzity Palackého v Olomouci a financována v rámci projektu IGA FZV_2023_009.

Limity literární rešerše

Limitem předloženého literárního přehledu je omezený počet relevantních studií a využití publikací starší než 10 let.

Literatura

BRUGALETTA, C. et al. Breastfeeding Assessment Tools for At-risk and Malnourished Infants Aged under 6 Months Old: a Systematic Review. *F1000Research* [online]. 2021, vol. 9. [cit. 29. 6. 2022]. ISSN 2046-1402. DOI: 10.12688/f1000research.24516.2.

GIANNI, M. L. et al. Usefulness of an Assessment Score to Predict Early Stopping of Exclusive Breast-feeding. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* [online]. 2006, vol. 42, no. 3, p. 329–330. [cit. 29. 6. 2022]. ISSN 1536-4801. DOI: 10.1097/01.mpg.0000214166.68069.98.

HALL, R. T. et al. A Breast-feeding Assessment Score to Evaluate the Risk For Cessation of Breast-feeding by 7 to 10 Days of Age. *The Journal of Pediatrics* [online]. 2002, vol. 141, no. 5, p. 659–664. [cit. 3. 6. 2022]. ISSN 1097-6833. DOI: 10.1067/mpd.2002.129081.

HENZLEROVÁ, E. Včasným kojením lze zachránit 800 tis. dětí za rok. *Statistika & my* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2018. [cit. 3. 6. 2022]. Dostupné z: <https://www.statistikaamy.cz/2018/09/18/vcasnym-kojenim-lze-zachranit-800-tis-deti-za-rok/>.

Kojení v ČR 2021 [online]. Kojeni.cz, 2021. [cit. 5. 6. 2022]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/novinky/kojeni-v-cr-2021/>.

LABORDE, L. et al. Interest of the Breastfeeding Assessment Score for the Prediction of Early Weaning in France. *Archives de Pédiatrie* [online]. 2007, vol. 14, no. 8, p. 978–984. [cit. 5. 6. 2022]. ISSN 1769-664X. DOI: 10.1016/j.arcped.2007.03.031.

LEWALLEN, L. P. A Review of Instruments Used to Predict Early Breastfeeding Attrition. *Journal of Perinatal Education* [online]. 2006, vol. 15, no. 1, p. 26–41. [cit. 5. 6. 2022]. ISSN 1548-8519. DOI: 10.1624/105812406X92967.

MERCER, A. M. et al. Evaluation of a Breastfeeding Assessment Score in a Diverse Population. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association* [online]. 2009, vol. 26, no. 1, p. 42–48. [cit. 8. 6. 2022]. ISSN 1552-5732. DOI: 10.1177/0890334409344077.

PHADUNGKIATWATTANA, P. and PREWMA, P. Breastfeeding Assessment Score, Can it be used effectively in Thai population? *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology* [online]. 2012, vol. 20, no. 2, p. 56–62. [cit. 9. 6. 2022]. ISSN 2673-0871. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjog/article/view/2015>.

RASKOVALOVA, T. et al. Breastfeeding Assessment Score: Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatrics* [online]. 2015, vol. 135, no. 5. [cit. 29. 6. 2022]. ISSN 1098-4275. DOI: 10.1542/peds.2014-3072.

SARTORIO, B. T. et al. Breastfeeding Assessment Instruments and Their Use in Clinical Practice. *Revista gaúcha de enfermagem* [online]. 2017, vol. 38, no. 1. [cit. 10. 7. 2022]. ISSN 1983-1447. DOI: 10.1590/1983-1447.2017.01.64675.

TORABINIA, M., ROSENBLATT, S. D. and MOSADEGH, B. A Review of Quantitative Instruments for Understanding Breastfeeding Dynamics. *Global Challenges* [online]. 2021, vol. 5, no. 10. [cit. 20. 7. 2022]. ISSN 2056-6646. DOI: 10.1002/gch2.202100019.

WHO. *Infant and Young Child feeding* [online]. WHO, 2021. [cit. 15. 10. 2022]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.

ZOBBI, V. F. et al. Breastfeeding: Validation of a Reduced Breastfeeding Assessment Score in a Group of Italian Women. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2011, vol. 20, no. 17–18, p. 2509–2518. [cit. 18. 7. 2022]. ISSN 1365-2702. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03767.x.

Kontakt

Mgr. Iveta Ospalíková
Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci
Ústav ošetrovatelství
Hněvotínská 976/3, 775 15 Olomouc, Česká republika
iveta.ospalikova@ujep.cz

HODNOCENÍ VZNIKU DEKUBITŮ SE ZAMĚŘENÍM NA HODNOTÍCÍ ŠKÁLY

ASSESSMENT OF THE PREVALENCE OF PRESSURE ULCERS WITH A FOCUS ON RATING SCALES

Aneta Hujová¹, Miroslav Kopecký²

Abstrakt

Východiska: Ke snížení prevalence dekubitů je důležité kvalitně a individuálně zhodnotit stupeň rizika vzniku proleženin u pacientů. Pro správné zhodnocení rizika je potřebné vycházet ze všech ovlivnitelných i neovlivnitelných rizikových faktorů a použít vhodnou škálu pro stanovení rizika vzniku proleženin.

Cíl: Na základě obsahu vyhledaných studií vytvořit přehled škál hodnotící riziko vzniku dekubitů u pacientů hospitalizovaných na standardních lůžkových odděleních.

Metody: Vyhledávání odborných primárních studií bylo provedeno v licencovaných elektronických databázích PubMed, Scopus, Web of Science, EBSCO Discovery Service. Na základě jejich analýzy byla zpracována přehledová studie, která se zaměřuje na hodnocení rizika vzniku dekubitů dle jednotlivých škál.

Výsledky: Bylo vyhledáno 18 studií publikovaných v anglickém jazyce. V českém ani slovenském jazyce nebyla nalezena žádná studie. Vyhledané studie využívaly hodnotící škály pro zjištění rizika vzniku dekubitů u pacientů. Ve většině studií bylo zaznamenáno využívání především Bradenovy stupnice.

Závěr: Z výsledků vyplývá, že pro vyhodnocení rizika dekubitů u pacientů hospitalizovaných na lůžkových odděleních je nejčastěji používána Bradenova stupnice.

Klíčová slova

dekubity, dospělí, hodnocení rizika dekubitů, rizikové faktory

¹ Centrum vědy a výzkumu, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci

² Ústav preklinických oborů, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci

Abstract

Background: To reduce the prevalence of pressure ulcers, it is important to assess the risk of pressure ulcers in patients on an individual basis. Proper risk assessment requires consideration of all modifiable and non-modifiable risk factors and the use of an appropriate scale to determine the risk of pressure ulcers development.

Aim: Based on the content of the retrieved studies, to create a review of scales for assessing the risk of pressure ulcers in patients hospitalized in standard ward departments.

Methods: The search for specialized primary studies was conducted in licensed electronic databases such as PubMed, Scopus, Web of Science, and EBSCO Discovery Service. Based on their analysis, a review study was prepared, focusing on the assessment of the risk of pressure ulcers development according to individual scales.

Results: Eighteen studies published in the English language were found. No studies were found in the Czech or Slovak languages. The retrieved studies used assessment scales to determine the risk of pressure ulcers development in patients. In most studies, the Braden Scale was predominantly utilized.

Conclusion: The results indicate that the Braden Scale is most commonly used for evaluating the risk of pressure ulcers in patients hospitalized in ward departments.

Keywords

pressure ulcers, adults, assesment of risk of pressure uclers, risk factors

ÚVOD

Dekubity též proleženiny, tlakové léze jsou lokalizovaným poškozením kůže či podkoží nejčastěji nad kostními výčnělky (tzv. predilekční místa) způsobeným poruchou mikrocirkulace a z ní vyplývající hypoxie. Velikost i hloubka dekubitů je dané intenzitou tlaku, délkou působení tlaku a přítomností dalších rizikových faktorů. Dekubity jsou celosvětově závažnou komplikací, která ohrožuje pacienta na životě, snižuje kvalitu života, prodlužuje délku hospitalizace a tím až dvojnásobně zvyšuje náklady zdravotnických zařízení (Biskupová, Šáteková a Zeleníková, 2019). Rizikové faktory podílející se na vznik proleženin (např. nutriční stav, vlhkost kůže, věk, smyslové vnímání, imobilita) by měly být posouzeny ihned po přijetí pacienta na oddělení, díky tomuto dojde k nastavení správných preventivních postupů i terapeutických opatření, vždy dle individuálních potřeb pacienta (NPUAP, EPUAP a PPPIA, 2014). K posouzení stupně rizika vzniku dekubitů by se měly používat nejen vhodné nástroje odpovídající dané skupině

pacientů, ale též i vlastní intuice. Nastavením preventivních postupů, na základě rizika proleženin a dle individuálních potřeb pacienta, dosáhneme snížení prevalence výskytu dekubitů, popřípadě zamezíme zhoršování jednotlivých stupňů. Z hlediska prevence je důležité snížení vlivu rizikových faktorů na pacienta, především redistribuce tlaku na predilekční místa, adekvátní výživa, používání antidekubitních pomůcek či čištění již vzniklých dekubitů (Mervis a Phillips, 2019).

CÍL PRÁCE

Hlavním cílem bylo na základě analýzy a hodnocení obsahu odborných studií vytvořit přehled týkající se evaluace rizikových faktorů vzniku proleženin, zjistit nejzávažnější rizikové faktory podílející se na vznik proleženin a vybrat nejefektivnější hodnotící škálu pro určení rizika vzniku proleženin zaměřenou na standardní lůžková oddělení v nemocnicích.

METODIKA

Analýza relevantních studií byla vypracována na základě vyhledávání zdrojů v odborných licencovaných elektronických databázích (PubMed, Scopus, Web of Science, EBSCO Discovery Service). Designem studia byla zvolena přehledová studie. Podmínkou k zařazení odborných textů do přehledové studie bylo v první řadě jejich publikování v českém, slovenském a anglickém jazyce od roku 2020 do roku 2023, plné texty týkající se problematiky vzniku dekubitů a jejich hodnocení. Primárně byly vyhledány primární výzkumné studie, kvalifikační práci a práce s odlišným zaměřením byly vyřazeny.

VYHLEDÁVÁNÍ A VÝBĚR STUDIÍ

Pro vyhledávání v odborných licencovaných elektronických databázích PubMed, Scopus, Web of Science, EBSCO Discovery Service byla použita klíčová slova: pressure ulcer, risk factors, assessment scale, adult. V českém jazyce byla zvolena klíčová slova: dekubitus, proleženiny, rizikové faktory, hodnotící škály, dospělí. Při zadávání klíčových slov byly použity booleovské operátory – AND, OR. Vyhledávací strategie byla stanovená autorkou práce, jednalo se o vlastní vyhledávací strategii.

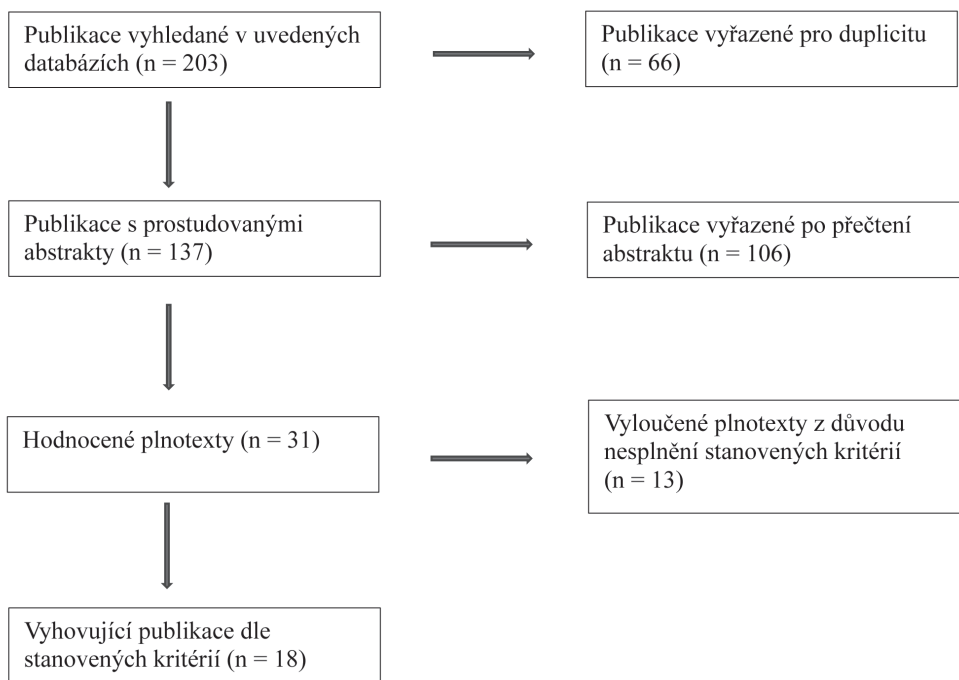
VÝBĚR STUDIÍ

Východiskem pro vyhledávání odborných textů byla vytvořena rešeršní otázka „Hodnocení rizika vzniku dekubitů u dospělých jedinců“ pro efektivnější vyhledávání správných dostupných vědeckých důkazů.

Po zadání výše zmíněných klíčových slov a po nastavení zařazujících kritérií bylo nalezeno 203 studií z uvedených databází. Celkem 66 studií bylo duplicitních a byly vyřazeny, následně byly u 137 studií přečteny abstrakty. Po prostudování abstraktů bylo vyřazeno 105 publikací, které nedopovídaly stanoveným kritériím. Poté byly hodnoceny plné

texty u 32 studií, kdy stanovená kritéria nesplňovalo celkem 12 plných textů. K napsání přehledové studie bylo použito 18 článků, které splňovaly předem stanovená kritéria. Vyhledávací strategie je graficky znázorněna na obr. 1.

Obr. 1 Vyhledávací strategie



VÝSLEDKY

Bylo vyhledáno celkem 18 studií publikovaných v Portugalsku (2), Izraeli (1), Íránu (3), Číně (2), Nigérii (1), Kataru, (1), USA (1), Saúdské Arábii (1), Itálii (1), Brazílii (1), ve Španělsku (2), Finsku (1) a Švédsku (1). Všechny studie byly publikovány v anglickém jazyce, v českém ani slovenském jazyce nebyla vyhledána žádná studie. Jednotlivé publikace byly zaměřeny na hodnocení rizika dekubitů u hospitalizovaných pacientů starších 18 let, kteří byli hospitalizováni na lůžkových oddělení s výjimkou jednotek intenzivní péče a operačních sálů.

Modifikovaná Nortonova škála (dále MNS), která je běžně užívaná i v České republice, vznikla v roce 1987 Christel Bienstein a skládá se ze sedmi proměnných, které je třeba posuzovat a skórovat. MNS vychází z Nortonovy škály, která byla vytvořena Doreen

Nortonovou v roce 1962 ze studie jednotlivých rizikových faktorů podílejících se na vzniku dekubitů. MNS se zaměřuje na duševní stav, fyzickou aktivitu, pohyblivost, příjem potravy a tekutin, inkontinenci a celkový fyzický stav. Celkové skóre činí 28 bodů, kdy pacienti s 18–15 body jsou ve středním riziku a ≤ 14 body ve vysokém riziku vzniku proleženin (Mikula a Müllerová, 2008).

Modifikovaná Nortonova škála byla použita ve studii Källman et al. (2022), jejichž cílem bylo popsat prevalenci dekubitů a preventivní intervence v nemocniční péči ve Švédku. V této studii byla použita tato škála, jelikož je běžně ve Švédsku používána. Celkem bylo do studie zahrnuto více jak 130 000 pacientů v průměrném věku 70,2 let. MNS skóre ≤ 20 mělo 20 % bez ohledu na pohlaví. Z jejich dat vyplývá, že od roku 2011 došlo ke snížení vzniku dekubitů během hospitalizace ze 17 % na 11,4 % pomocí zavedených preventivních opatření (antidekubitní matrace, plány změny polohy, posuvná prostěradla...).

Další studií využívající Nortonovu škálu pro hodnocení rizika vzniku dekubitů byla studie v Izraeli (Natanzon et al., 2020), která se zabývala účinností MNS u pacientů s akutním srdečním selháním. Tato studie zahrnovala více než 10 000 pacientů se srdečním selháním, kteří byli rozděleni do tří skupin dle Nortonova skóre (vysoce riziková pacientů ≤ 14 bodů, středně riziková 15–18 bodů a pacienti s nízkým rizikem > 18 bodů). Tato studie dokazuje spolehlivost MNS při kontinuálním měření, kdy s každým poklesem o jeden bod na škále dochází ke zvýšenému riziku úmrtnosti o 15 % po 30 dnech a 11 % po jednom roce. Modifikovanou Nortonovu škálu využili též Díaz-Caro a García Gómez-Heras (2020) ve své studii, kde se zaměřovali na pacienty s minimální rizikem vzniku dekubitů dle MNS a vznikem dekubitů ve zdravotnickém zařízení u těchto pacientů. Celkem bylo do studie vybráno 1 260 pacientů s minimální rizikem dekubitů, jejichž průměrný věk byl 76 let (směrodatná odchylka 14,3 let), z toho bylo 52,5 % žen a 47,5 % mužů. Dekubit během hospitalizace vznikl u 112 pacientů (8,89 %), průměrný věk pacientů s dekubitem byl 76,8 let (max. 98 a min. 49 let), 46,4 % byly ženy. Tito pacienti byli hospitalizováni především z důvodu respiračního onemocnění (25,9 %). Celkem šest rizikových faktorů se podílelo na rozvoji dekubitů – pokročilý věk, změna aktivity a pohyblivosti, nadměrný tlak, změna citlivost kůže a změna výživy. U 112 pacientů se rozvinulo 129 proleženin, převážně se jednalo o jednu proleženinu na jednoho pacienta (86,6 %).

Nortonovu škálu využili též výzkumníci v Itálii (Elli et al., 2022), kteří rozdělili vzorek pacientů ($n = 2\,604$) do tří skupin: ≤ 9 – velmi vysoké riziko dekubitů; 9–13 vysoké riziko; ≥ 14 – nízké riziko. Z celkového počtu pacientů mělo 73 (2,8 %) diagnózu tlakových poranění. Po vyhodnocení bylo zjištěno, že ve velmi vysokém riziku rozvoji dekubitů dle Nortonovy stupnice bylo 571 pacientů v průměrném věku 87,2 let a jednalo se převážně o ženy (83 %). Podobně tak bylo ve skupině s vysokým rizikem ($n = 453$), kteří byli v průměrném věku 87,0 let a též se jednalo ze 73,1 % o ženy. Poslední skupiny s nízkým rizikem tvořilo 228 pacientů v průměrném věku 83,4 let, z toho bylo 70,2 % žen. Z výsledků byla zjištěna významná souvislost mezi pohlavím, věkem, demencí a vznikem dekubitů.

Bradenova stupnice byla vytvořena v roce 1987 Barbarou Braden a Nancy Bergstrom, škála se využívá k měření výše rizika vzniku proleženin u jednotlivých pacientů a zároveň slouží k odhadu nejsilnějších rizikových faktorů pro rozvoj dekubitů. Škála se skládá ze šesti

subškál, které zahrnují senzorické vnímání, vlhkost, aktivitu, pohyblivost, výživu, smykové tření. Bodové rozhraní v této stupnici se pohybuje od 6–23 bodů, kdy ≤ 18 bodů znamená nízké riziko vzniku dekubitů, ≤ 14 střední riziko a ≤ 12 vysoké riziko (Mikula a Müllerová, 2008). Bradenovu škálu využili Serpa et al. (2020) ve své studii zaměřující se na vysoké riziko malnutrice jako rizikový faktor pro vznik dekubitů. Celkem bylo do studie zapojeno 1 937 pacientů, z toho 32,7 % (633 pacientů) mělo ≤ 18 bodů při hodnocení rizika vzniku dekubitů. Nakonec se v této rizikové skupině pacientů rozvinul dekubitus u 114 lidí. Z výsledků vyplývá, že každý rok zvýšení věku i každý den k délce hospitalizace zvyšoval u pacientů riziko dekubitů o 1,04–1,05 bodů. Těžká podvýživa dokonce zvyšovala riziko proleženin o 4,4 bodů.

Studie Vera-Salmerón et al. (2022), která se zabývala hodnocením rizika dekubitů u imobilních pacientů pomocí Bradenovy škály zahrnovala 16 215 pacientů, z nichž 30 % mělo dle Bradenovy stupnice vysoké riziko rozvoje dekubitů. Po vyhodnocení dat bylo zjištěno, že všechny subškály jsou schopné předpovědět pravděpodobnost ohrožení pacienta rozvojem dekubitu, ovšem subškála mobility a aktivity jsou relevantními rizikovými faktory zahrnující zvyšující riziko vzniku proleženin. Z tohoto výsledku vyplývá důležitost zvolit správné postupy v prevenci vzniku dekubitů, především pokud má pacient nízké skóre v subškále mobilita a aktivita. Naopak ve studii Cheng et al. (2021), která byla zaměřena na starší pacienty mužského pohlaví a která též využila Bradenovu stupnici pro zhodnocení rizika rozvoje dekubitů byly označeny za rizikové faktory subškály smyslové vnímání a výživa. Cheng et al. (2021) uvádějí, že by se zdravotní sestry měly zaměřit právě na zmíněné subškály pro snížení prevalence proleženin a dále se zaměřit na problémy se střížnými a třecími silami a též na aktivitu pacienta. Bradenova škála byla také použita v deskriptivní průřezové studii jejímž cílem bylo zjistit prevalenci dekubitů. Soubor probandů tvořili pacienti starší 60 let, kteří byli hospitalizováni déle jak 24 hodin. Výsledky této studie dokazují, že se prevalence dekubitů zvyšuje s věkem. Signifikantní vztah byl nalezen též mezi sníženou úrovní vědomí, inkontinencí moči i stolice a zhoršeného smyslového vnímání. Mezi pohlavím a prevalencí dekubitů nebyl nalezen významný vztah. Celkově bylo ze všech pacientů 31,2 % ve vysokém riziku vzniku proleženin, jednalo se převážně o imobilní osoby či s velmi omezenou pohyblivostí (Razi-Chafi, Esmaeilpour-Bandboni a Salmalian, 2023).

Bradenovu škálu využili též Gaspar et al. (2020) ve své retrospektivní kohortové deskriptivní studii do které bylo vybráno téměř 4 000 pacientů převážně starších 65 let. Cílem tohoto výzkumu bylo popsat a analyzovat problém proleženin na základě dat z nemocničních informačních zdravotních záznamů. Gaspar et al. (2020) označil již za vysoce rizikové pacienty, jejichž skóre činilo ≤ 16 bodů, z tohoto důvodu bylo celkem 24,6 % pacientů při přijetí k hospitalizaci ve vysokém riziku rozvoje dekubitů. Při propuštění pacientů došlo k opětovnému hodnocení pomocí Bradenovy stupnice, kdy bylo zjištěno, že se snížil počet pacientů s vysokým rizikem, a to o celé 3,4 %. Následující retrospektivní longitudinální studie Nadukkandiyil et al. (2020), která byla provedena v Kataru, použila též pro hodnocení rizika proleženin Bradenovu stupnici u 90 pacientů v průměrném věku 79 let, jednalo se převážně o muže. U 45 pacientů došlo k rozvoji dekubitů, tyto pacienti

měli vysoké riziko vzniku proleženin dle Bradenovy stupnice i vysoké riziko malnutrice oproti pacientům, u kterých nedošlo k rozvoji dekubitu.

Další studií, která naopak pracovala s popisně-korelační kvantitativní studií provedli Cigre a Carvalho (2022) v Portugalsku a účastnili se jí pacienti, kteří splnili věk > 18 let a souhlas se zapojením do výzkumného šetření. Celkem bylo vybráno 771 pacientů, u kterých byla použita Bradenova stupnice pro hodnocení rizika dekubitů. Mezní bod je 16 bodů a pacienti jsou rozděleni do dvou úrovní rizika (vysoké riziko, když konečná hodnota ≤ 16 bodů; nízké riziko, když konečná hodnota ≥ 17 bodů). Z celkového počtu bylo více jak 68 % žen starší 84 let. Ze všech pacientů mělo vysoké riziko dekubitů 52,1 % ($n = 402$), nejnižší skóre se zaznamenalo v dimenzi aktivita (23 % imobilních, 24,4 % částečně imobilní); třecí a střížné síly (22,4 % mělo velký problém, 49,3 % potencionální). Naopak nejvyšší skóre, tedy nejméně riziková dimenze byla vlhkost, kdy 48,2 % měli zřídka kdy vlhkou pokožku a výživa, kdy 73,9 % vhodná výživa (Cigre a Carvalho, 2022). Aghazadeh et al. (2021) uskutečnili další studii, která využila Bradenovu stupnici na vzorku 200 pacientů (58,5 % žen; 41,5 % mužů) v průměrném věku 51,93 let. Dekubity se rozvinuly u 39 pacientů (19,5 %), nebyl však zjištěn statisticky významný vztah mezi dekubity a pohlavím, ovšem potvrdili statisticky významný vztah mezi dekubity a věkem. Většina pacientů (97,4 %), u kterých došlo k rozvoji dekubitu byli ve věkové kategorii 61 a výše let. Z celkového vzorku pacientů ($n = 200$) měla velká část nízké riziko vzniku dekubitů dle Bradenovy stupnice, ovšem ze skupiny pacientů, u kterých byl zaznamenán dekubitus ($n = 39$) bylo 26 pacientů (67 %) vy vysokém riziku. Nejvíce rizikovou dimenzí Bradenovy stupnice v této studii byla dimenze vlhkost (51 %) a nutriční stav (15 %).

Bradenovu stupnici využili též v Íránu, kde Rashvand et al. (2020) hodnotili rizikové faktory související se vznikem dekubitů, jejichž příčinou jsou zdravotnické prostředky. Průměrný věk účastníků ($n = 404$) byl 65,8 let (56,4 % mužů). Celkem u 83 (20,54 %) se rozvinul dekubit, nejčastěji z důvodu kyslíkových brýlí či z důvodu inhalační masky. Průměrné skóre bylo u těchto pacientů 13,5 bodů, u pacientů bez vzniklého dekubitu 14,9 bodů. Zjištěnými statisticky významnými rizikovými faktory byl vyšší věk, mužské pohlaví, vzniklé dekubity, jejichž příčinou nebyl zdravotnický prostředek a též průměrná délka pobytu v nemocnici. V rámci Bradenovy stupnice měli pacienti se vzniklým dekubitem z důvodu zdravotnického prostředku nejnižší skóre v dimenzi aktivita (průměrné skóre 1,2 bodu) a třecí a střížné síly (průměrné skóre 1,8 bodu).

Průřezová studie Salawu et al. (2023) zahrnující 211 pacientů měla za cíl posoudit riziko vzniku proleženin pomocí Bradenovy stupnice u pacientů, kteří neměli zjištěný dekubitus při přijetí. Průměrný věk byl 41,8 let a jednalo se spíše o ženy (54 %). V této studii byli pacienti rozděleni do 5 skupin: ≥ 19 – žádné riziko; 15–18 nízké riziko; 13–14 střední riziko; 10–12 vysoké riziko; ≤ 9 – závažné riziko. Z celkového počtu respondentů bylo 58,3 % bez rizika vzniku dekubitů, průměrné skóre Bradenovy škály činilo 19,01, ovšem velice závažné riziko bylo zaznamenáváno u 0,9 % pacientů. Mírné riziko bylo vypočteno u 31,3 %, zatímco střední riziko u 7,1 % a vysoké u 2,4 %. Nejrizikovější dimenze byla aktivita (průměrné skóre 2,43) a třecí a střížné síly (průměrné skóre 2,57), nejnižší riziko se týkalo subškály vlhkost s průměrným skórem 3,82. Rizikových faktorů podílejících

se na vzniku dekubitů bylo v této studii velké množství, jednalo se o věk, zaměstnání před hospitalizací, přijímací oddělení, ovšem pohlaví a přístup k sociální podpoře neměli vliv na vznik proleženin. Tato studie dokazuje, že čím starší pacient, tím vyšší je riziko rozvoje dekubitů, stejně tak důchodci měli vyšší riziko dekubitů oproti pracujícím pacientům či pacientům bez práce, ti neměli žádné.

Z databázi byla vyhledána pouze jedna studie z USA, kterou uvádí Miller et al. (2020) a která též využívala ve svém výzkumu Bradenovu stupnici u vzorku 57 227 pacientů. Po vyhodnocení Bradenoveného skóre se zjistilo, že každý bodový nárůst snižuje až 17 % riziko vzniku dekubitů během hospitalizace, především proměnné výživa (příjem nic per os, podvýživa), tření a pohyblivost snižovaly celkové skóre u většiny pacientů.

Li et al. (2022) použili Bradenovu škálu u pacientů s akutním koronárním syndromem ($n = 2847$), kteří byli rozděleni do tří skupin dle rizika vzniku dekubitů (≤ 12 , $13-14$, ≥ 15) ihned při přijetí. Průměrný věk pacientů byl 66,26 let a převážná část byli muži (75,5 %). Do nejrizikovější skupiny dle Bradenovy stupnice bylo zařazeno 361 pacientů, do skupiny se skóre 13–14 584 pacientů a skóre ≥ 15 bylo vypočteno u 1 902 pacientů. Ve skupině s nejvyšším rizikem byli převážně starší pacienti (průměrný věk 73,97 let) s hypertenzí (58,8 %) či diabetem mellitem (38 %). Průměrná hodnota Body Mass Indexu činila u těchto pacientů 22,98 kg/m². Po vyhodnocení výsledků bylo zjištěno, že pacienti s nižším skóre měli vyšší výskyt akutního poškození ledvin, tudíž lze říci, že Bradenova škála může sloužit k identifikaci rizika akutního poškození ledvin.

Jediná vyhledaná studie Heikkilä, Kotila a Junttila (2022), která se zabývala komparací Bradenovy stupnice s Nástrojem pro hodnocení rizika poškození tlakem (dále PPI) byla studie provedena v Helsinské univerzitní nemocnici s cílem validovat nástroj PPI v akutní péči. Do studie bylo zahrnuto 637 pacientů, z toho 32 pacientů bylo dle Bradenovy stupnice v riziku rozvoje dekubitů (skóre ≤ 18), 4 pacienti ve vysokém riziku (≤ 12). Oproti tomu nástroj PPI zařadil 10 pacientů do skupiny vysoce riziková. Incidence dekubitů při použití Bradenovy stupnice byla 1,5 % a 1,9 % při použití nástroje PPI. Po vyhodnocení nástrojů bylo zjištěno, že všeobecné sestry doporučují v rámci primární péče Bradenovu stupnici, naopak sestry v akutní péči spíše nástroj PPI. Mezi těmito dvěma nástroji byla zjištěna mírná korelace.

Waterlowa škála, která byla uvedena v roce 1985 Judy Waterlow obsahuje deset oblastí: stavba těla/výška/váha, typ kůže na predilekčních místech, pohlaví/věk, neurologická porucha, kontinence, medikace, chuť k jídlu, operace/trauma, pohyblivost, jiná zvláštní rizika (Mikula a Müllerová, 2008). Výzkum využívající tuto škálu byl proveden v Saúdské Arábii, Mortada et al. (2020) se zaměřovali na pacienty, u kterých došlo k rozvoji dekubitů během hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Waterlowa stupnice pracuje s deseti dimenzemi, které zahrnují BMI, typ kůže na predilekčních místech, pohlaví a věk, jiná zvláštní rizika (př. podvýživa, anémie, kouření), kontinenci, medikaci, operace či jiné trauma, neurologické poruchy, chuť k jídlu a pohyblivost. Čím vyšší skóre bodů, tím je vyšší riziko rozvoje dekubitů. Celkem bylo do studie zařazeno 272 pacientů (53,3 % mužů), většina z nich byla starší 65 let (44,9 %). Pacienti měli vyšší skóre i v dimenzi pohyblivost, kdy většina pacientů (52,6 %) byla upoutána na lůžko a v dimenzi kontinence,

kdy byli pacienti (33,1 %) katetrizováni, ale trpěli inkontinencí stolice. Průměrné skóre u výzkumného vzorku bylo 27,19, kdy se skóre u této škály pohybuje od 2–47 bodů. Výsledky ukázaly, že nejvyšší vliv na těžší stupeň proleženin má podstoupení velkého chirurgického výkonu.

Jednotlivé publikace byly zaměřeny na hodnocení rizika vzniku dekubitů, kdy některé studie přesně specifikovaly výzkumný vzorek pacientů (viz tab. 1). Z vyhledaných studií vyplývá, že nejrozšířenější škálou pro hodnocení rizika rozvoje dekubitů u dospělých pacientů hospitalizovaných na lůžkových odděleních je Bradenova stupnice.

Tab. 1 Přehled studií zabývajících se hodnocením rizika vzniku dekubitů

Autoři, rok	Škála	Země	Soubor (n)	Vzorek pacientů (věk, onemocnění)
Källman, U. et al. (2022)	Modifikovaná Nortonova škála	Švédsko	>130 000	Bez specifikace
Natanzon, S. S. et al. (2020)	Modifikovaná Nortonova škála	Izrael	4 388	Pacienti s akutním kardiálním selháním
Serpa, L. F. et al. (2020)	Bradenova stupnice	Brazílie	1 937	Pacienti s vysokým rizikem podvýživy
Cheng, F. M. et al. (2021)	Bradenova stupnice	Čína	245	Starší pacienti 65 let, mužského pohlaví
Razi-Chafi, Z. et al. (2023)	Bradenova stupnice	Írán	250	Pacienti starší 60 let
Heikkilä, A. et al. (2022)	Nástroj pro hodnocení rizika poškození tlakem Bradenova stupnice	Finsko	637	Bez specifikace
Gaspar, S. et al. (2020)	Bradenova stupnice	Portugalsko	2 575	Bez specifikace
Nadukkandiyil, N. et al. (2020)	Bradenova stupnice	Katar	90	Pacienti starší 60 let
Cigre, A. I. de C. et al. (2022)	Bradenova stupnice	Portugalsko	771	Bez specifikace
Li, Z. et al. (2022)	Bradenova stupnice	Čína	2 847	Pacienti s akutním koronárním syndromem
Salawu A. I. et al. (2023)	Bradenova stupnice	Nigérie	211	Pacienti bez dekubitu
Díaz-Caro, I. et al. (2020)	Modifikovaná Nortonova škála	Španělsko	1 260	Pacienti s minimálním rizikem dle Nortovy škály
Aghazadeh, A. et al. (2021)	Bradenova stupnice	Írán	200	Pacienti hospitalizováni min. 5 dní
Elli, C. et al. (2022)	Nortonova škála	Itálie	2 604	Bez specifikace
Vera-Salmerón, E. et al. (2022)	Bradenova stupnice	Španělsko	16 215	Imobilizovaní pacienti
Rashvand, F. et al. (2020)	Bradenova stupnice	Írán	404	Pacienti, u kterých vznikly dekubity z důvodu použití zdravotnických prostředků
Miller, M. W et al. (2020)	Bradenova stupnice	USA	57 227	Hospitalizace > 3 dny, tři opakující se hodnocení rizika dekubitů
Mortada, H. et al. (2020)	Watewlowova škála	Saúdská Arábie	272	Pacienti se vzniklým dekubitem během hospitalizace

DISKUZE

Modifikovaná Nortonova stupnice byla použita ve třech studiích (Källman et al., 2022; Natanzon et al., 2020; Díaz-Caro a García Gómez-Heras, 2020), které se zaměřovaly na různé soubory pacientů (např. s akutním kardiálním selháním).

Källman et al. (2022) ve studii považovali za rizikové pro rozvoj dekubitu pacienty, jejichž skóre činilo ≤ 20 , což se liší jak od autorů Natanzon et al. (2020), tak Díaz-Caro a García Gómez-Heras (2020), kteří pracovali s rozdělením pacientů do jednotlivých skupin (vysoce rizikovní pacienti, středně rizikovní a pacienti s nízkým rizikem). I přes rozdílné skórování rizikových pacientů se všechny studie shodují na zvýšení rizika rozvoje dekubitů s rostoucím věkem.

Díaz-Caro a García Gómez-Heras (2020) navíc uvádí další velice rizikové dimenze – změna aktivity, pohyblivost, nadměrný tlak, změna citlivost kůže a změna výživy, naopak do statisticky významných nezařazuje pohlaví pacientů. Tyto výsledky se liší od studie Elli et al. (2022), kteří naopak ve své studii potvrzují významnou souvislost mezi pohlavím, věkem, demencí a vznikem dekubitů. Tyto rozdílné výsledky můžeme přisuzovat k tomu, že zmíněná italská studie využila ve svém výzkumu Nortonovu škálu, ne však její modifikovanou verzi.

Bradenova stupnice byla využita u většiny vyhledaných studií (68,4 %), tedy u většin vyhledaných studií (tab. 1), pravděpodobně z důvodu, že je považována za jednu z nejpřesnějších škál při hodnocení výše rizika rozvoje dekubitů. Tato stupnice využívá šest subškál a pracuje se skórem od 6–23 bodů, kdy ≤ 18 bodů znamená nízké riziko vzniku dekubitů, ≤ 14 střední riziko a ≤ 12 vysoké riziko. Pacienti byli dle tohoto bodového rozhraní rozdělováni dle výše rizika ve studii Heikkilä, Kotila a Junttila (2022) či Serpa et al. (2020), ovšem Gaspar et al. (2020) a stejně tak Cigre a Carvalho (2022) rozdělovali pacienty pouze na pacienty s nízkým rizikem rozvoje dekubitů (≥ 17 bodů) či naopak s vysokým rizikem dekubitů (≤ 16 bodů). Rozdílnost v bodovém rozhraní v jednotlivých studiích může vést ke zkreslení výsledků, jelikož např. ve studii Gaspar et al. (2020) bylo téměř 25 % pacientů již vy vysokém riziku vzniku dekubitů.

V rámci jednotlivých subškál Bradenovy stupnice se většina autorů studií shodovala na nejméně bodově ohodnocené dimenze, které jsou nejrizikovějšími pro vznik dekubitů, jednalo se o aktivitu a střížné a třecí síly. Toto potvrzuje Cigre a Carvalho (2022) v jejichž studii bylo celkem 23 % imobilních a 22,4 % mělo velký problém se třecími a střížnými silami i Rashvand et al. (2020), kdy bylo nejnižší skóre zaznamenáno též v dimenzi aktivita (průměrné skóre 1,2) a v dimenzi třecí a střížné síly (průměrné skóre 1,8). Velice podobné skóre zaznamenal i Salawu et al. (2023) ve své studii, kdy v subškále aktivita bylo zaznamenáno průměrné skóre 2,43 a v subškále třecí a střížné síly průměrné skóre 2,57 bodů. Subškálu aktivity považuje za nejrizikovější i studie Vera-Salmerón et al. (2022), která se zaměřovala na imobilní pacienty navíc zahrnuje do relevantních rizikových dimenzí i dimenzi mobility.

Naopak ve studii Cheng et al. (2021), která byla zaměřena na starší pacienty mužského pohlaví, jsou jako rizikové subškály označeny subškály smyslové vnímání a výživa, ovšem

autoři této studie potvrzují, že by se zdravotní sestry měly zaměřit nejen na zmíněné subškály pro snížení prevalence proleženin, ale i na problémy se střížnými a třecími silami a též na aktivitu pacienta. Ovšem rozdílným výsledkům Vera-Salmerón et al. (2022) a Cheng et al. (2021) přisuzujeme výběru jiného vzorku probandů, jelikož studie Vera-Salmerón et al. (2022) se orientovala pouze na imobilní pacienty. S Cheng et al. (2021) souhlasí i Aghazadeh et al. (2021), kteří ze svých výsledcích uvedli, že dimenze vlhkost (zjištěno u 51 %) a nutriční stav (celkem u 15 % pacientů) jsou velice rizikové, což vylučuje Cigre a Carvalho (2022), který naopak zahrnul do nejméně rizikových dimenzí vlhkost, jelikož 48,2 % pacientů měli zřídka kdy vlhkou pokožku a výživu, kdy 73,9 % měli výbornou výživu i Salawu zařadil vlhkost do dimenzí s nejnižším rizikem, jelikož průměrné vypočítané skóre činilo 3,82. Rozdílné výsledky lze přisoudit velice rozdílnému průměrnému věku v obou studiích, jelikož ve studii Cigre a Carvalho (2022) byli pacienti v průměrném věku 80 let, kdežto ve studii Aghazadeh et al. (2021) byl průměrný věk pacientů 51,93 let. Miller et al. (2020) ve svých výsledcích uvádějí, že především proměnné výživa a tření a pohyblivost snižují celkové skóre u většiny pacientů.

Statisticky nejvýznamnější rizikových faktor při vzniku dekubitů byl věk, respektive starší věk pacientů (> 65 let), na čemž se shoduje většina autorů např. Nadukkandiyil et al. (2020); Aghazadeh et al. (2021); Rashvand et al. (2020), který navíc do statisticky významných rizikových faktorů řadí i mužské pohlaví. Rashvand et al. (2020) řadí so významných rizikových faktorů i již vzniklé dekubity či průměrnou délku pobytu v nemocnici, což vyvrací Aghazadeh et al. (2021) a Razi-Chafi et al. (2023), který přisuzuje význam při rozvoji dekubitů snížené úrovni vědomí; inkontinenci jak moči, tak stolice a smyslovému vnímání při vzniku dekubitů. I Salawu et al. (2023) zjistil významný vztah nejen mezi věkem a vznikem dekubitů, ale i též mezi zaměstnáním před hospitalizací, přijímacím oddělením a rozvojem dekubitů, ovšem na rozdíl od Rashvand et al. (2020) nezařadil do staticky významného vztahu pohlaví a přístup k sociální podpoře v souvislosti se vznikem dekubitů. Další statisticky významný rizikový faktor uvádí Serpa et al. (2020), kteří se i ve své studii zaměřili právě na pacienty s malnutricí. Z výsledků vyplývá, že každý rok zvýšení věku i každý den k délce hospitalizace zvyšoval u pacientů riziko dekubitů o 1,04–1,05 bodů, což částečně potvrzuje zmíněné studie. Dále doplňuje, že těžká podvýživa dokonce zvyšovala riziko proleženin o 4,4 bodů. Serpa et al. (2020) doplňuje i Nadukkandiyil et al. (2020), kteří zjistili, že dekubity vznikaly u pacientů s nízkým skórem dle Bradenovy stupnice a zároveň u pacientů s vysokým rizikem malnutrice. Li et al. (2022) pracuje nejen s rizikovým faktorem starší věk pacientů, ale i s možným rizikovým faktorem hypertenze, kterou trpělo 58,8 % pacientů a diabetem mellitem, který byl diagnostikován u 38 %, bohužel žádné jiné vyhledané studie nepracovali s těmito rizikovými faktory, tudíž nelze prozatím určit jaký význam mají na rozvoji dekubitů.

Mortada et al. (2020) pracovali jako jediná vyhledaná studie s Waterlowu škálou, ovšem výsledky jsou velice podobné jako u předchozích studiích, jelikož autoři označili za nejrizikovější dimenze pohyblivost (52,6 % imobilních pacientů) a kontinence (33,1 % pacientů trpělo inkontinencí stolice), což se částečně shoduje např. s Razi-Chafi, Esmaeilpour-Bandboni a Salmalian (2023) či s Cigre a Carvalho (2022).

ZÁVĚR

Přehledová publikace uvádí výsledky z 18 vyhledaných studií, které se zaměřují na hodnocení rizika dekubitů pomocí hodnotících škál. Ze získaných výsledků vyplývá, že nejčastěji používanou hodnotící škálou je Bradenova stupnice, která bylo uvedena ve 13 studiích. Z tohoto důvodu by bylo vhodné rozšířit tuto stupnici v mezi zdravotnická zařízení v České republice, jelikož zde je využívána nejvíce Modifikovaná Nortova škála a ověřit využitelnost a vhodnost Bradenovy stupnice v českém zdravotnictví. Pro ověření používání a vhodnosti jednotlivých škál hodnotících riziko rozvoje dekubitů u pacientů hospitalizovaných na lůžkových odděleních je potřebné rozšířit výzkum i v rámci jiných databází.

Většina autorů se shodla na statisticky významném vztahu mezi starším věkem a rozvojem dekubitů, proto je důležité zaměřit se na rizikovou skupinu pacientů starší 65 let a vždy provést u těchto pacientů hodnocení rizika dekubitů pomocí vhodných hodnotících škál, i přesto, že další rizikové faktory nebyly prozatím shledány.

Poděkování

Uvedená studie byla zpracována v rámci řešení projektu IGA_FZV_2023_004: Sledování prevalence výskytu dekubitů u 65letých a starších mužů a žen ve vztahu ke kategoriím BMI hospitalizovaných na interním oddělení a v domácí péči.

Literatura

AGHAZADEH, A. et al. Frequency and risk factors of pressure injuries in clinical settings of affiliated to Tabriz University of Medical Sciences. *Nursing open* [online]. 2021, vol. 8, no. 2, p. 808–814. [cit. 15. 9. 2023]. ISSN 2054-1058. DOI: 10.1002/nop2.685.

BISKUPOVÁ, M., ŠÁTEKOVÁ, L. a ZELENÍKOVÁ, R. Posouzení rizika vzniku dekubitů u seniorů v dlouhodobé péči. *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online]. 2019, roč. 9, č. 1, s. 23–30. [cit. 9. 8. 2023]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: https://www.osetrovatelstvo.eu/_files/2019/23-posouzeni-rizika-vzniku-dekubitu-u-senioru-v-dlouhodobpe-ci.pdf.

CIGRE, A. I. de C. and CARVALHO, A. A. Factors related to the prevalence of pressure injuries in community context. *Revista Baiana de Enfermagem* [online]. 2022, vol. 36, p. 1–11. [cit. 21. 9. 2023]. ISSN 2178-8650. DOI: 10.18471/rbe.v36.43443.

DÍAZ-CARO, I. and GARCÍA GÓMEZ-HERAS, S. Incidence of hospital-acquired pressure ulcers in patients with “minimal risk” according to the “Norton-MI” scale. *PLoS One* [online]. 2020, vol. 15, no. 1. [cit. 15. 9. 2023]. ISSN 1932-6203. DOI: 10.1371/journal.pone.0227052.

ELLI, C. et al. Factors Associated with a High-Risk Profile for Developing Pressure Injuries in Long-Term Residents of Nursing Homes. *Medical principles and practice* [online]. 2022, vol. 31, no. 5, p. 433–438. [cit. 15. 9. 2023]. ISSN 1423-0151. DOI: 10.1159/000527063.

GASPAR, S. et al. Pressure ulcers: The challenge of monitoring in hospital context. *Applied nursing research* [online]. 2020, vol. 53. [cit. 15. 8. 2023]. ISSN 1532-8201. DOI: 10.1016/j.apnr.2020.151266.

HEIKKILÄ, A., KOTILA, J. and JUNTILA, K. Validation of the Helsinki University Hospital prevent pressure Injury Risk Assessment Tool: a prospective observational study. *BMC nursing* [online]. 2022, vol. 21, no. 1, p. 18. [cit. 21. 8. 2023]. ISSN 1472-6955. DOI: 10.1186/s12912-021-00799-6.

CHENG, F. M. et al. The application of braden scale and rough set theory for pressure injury risk in elderly male population. *Journal of Men's Health* [online]. 2021, vol. 17, no. 4, p. 156–165. [cit. 9. 8. 2023]. ISSN 1875-6859. DOI: 10.31083/jomh.2021.022.

KÄLLMAN, U. et al. Pressure ulcer prevalence and prevention interventions – A ten-year nationwide survey in Sweden. *International wound journal* [online]. 2022, vol. 19, no. 7, p. 1736–1747. [cit. 18. 9. 2023]. ISSN 1742-481X. DOI: 10.1111/iwj.13779.

LI, Z. et al. Relationship between Braden Scale scores and acute kidney injury among patients with acute coronary syndrome: a multicentre retrospectiv cohort study. *BMJ open* [online]. 2022, vol. 12, no. 1. [cit. 9. 8. 2023]. ISSN 2044-6055. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-049102.

MERVIS, J. S. and PHILLIPS, T. J. Pressure ulcers: Prevention and management. *Journal of the American Academy of Dermatology* [online]. 2019, vol. 81, no. 4, p. 893–902. [cit. 9. 8. 2023]. ISSN 1097-6787. DOI: 10.1016/j.jaad.2018.12.068.

MIKULA, J. a MÜLLEROVÁ, N. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2043-2.

MILLER, M. W. et al. Patient-specific factors associated with pressure injuries revealed by electronic health record analyses. *Health informatics journal* [online]. 2020, vol. 26, no. 1, p. 474–485. [cit. 5. 9. 2023]. ISSN 1741-2811. DOI: 10.1177/1460458219832053.

MORTADA, H. et al. Characteristics of Hospital Acquired Pressure Ulcer and Factors Affecting Its Development: A Retrospective Study. *Curēus* [online]. 2020, vol. 12, no. 12. [cit. 5. 9. 2023]. ISSN 2168-8184. DOI: 10.7759/cureus.11992.

NADUKKANDIYIL, N. et al. Implementation of pressure ulcer prevention and management in elderly patients: a retrospective study in tertiary care hospital in Qatar. *The Aging Male* [online]. 2020, vol. 23, no. 5, p. 1066–1072. [cit. 9. 9. 2023]. ISSN 1473-0790. DOI: 10.1080/13685538.2019.1670156.

NATANZON, S. S. et al. Norton score and clinical outcomes following acute decompensated heart failure hospitalization. *Journal of cardiology* [online]. 2020, vol. 76, no. 4, p. 335–341. [cit. 18. 9. 2023]. ISSN 1876-4738. DOI: 10.1016/j.jcc.2020.05.016.

NPUAP, EPUAP and PPPIA. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide* [online]. Perth, Western Australia: Cambridge Media, 2014. [cit. 9. 8. 2023]. ISBN 978-0-9579323-6-8. Available from: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf>.

RASHVAND, F. et al. Incidence and risk factors for medical device-related pressure ulcers: The first report in this regard in Iran. *International Wound Journal* [online]. 2020, vol. 17, no. 2, p. 436–442. [cit. 5. 9. 2023]. ISSN 1742-481X. DOI: 10.1111/iwj.13290.

RAZI-CHAFI, Z., ESMAEILPOUR-BANDBONI, M. and SALMALIAN, Z. Prevalence of pressure ulcer and its related factors in elderly patients hospitalized to teaching hospitals in East Guilan. *Journal of Current Oncology and Medical Sciences* [online]. 2023, vol. 3, no. 1, p. 375–381. [cit. 9. 9. 2023]. ISSN 2783-3127. Available from: <https://doaj.org/article/7087db69258540b193c360deaab0a2ef>.

SALAWU, A. I. et al. Assessing the Correlation Between Patient-Specific Characteristics and Braden Pressure Injury Risk Score at a Suburban Tertiary Hospital in Nigeria. *Cureus* [online]. 2023, vol. 15, no. 5. [cit. 15. 9. 2023]. ISSN 2168-8184. DOI: 10.7759/cureus.39373.

SERPA, L. F. et al. Risk for undernutrition and development of pressure injury in hospitalised patients in Brazil: Multicentre prospective cohort study. *International wound journal* [online]. 2020, vol. 17, no. 4, p. 916–924. [cit. 15. 9. 2023]. ISSN 1742-4801. DOI: 10.1111/iwj.13352.

VERA-SALMERÓN, E. et al. Pressure Ulcers Risk Assessment According to Nursing Criteria. *Healthcare (Basel)* [online]. 2022, vol. 10, no. 8. [cit. 5. 9. 2023]. ISSN 2227-9032. DOI: 10.3390/healthcare10081438.

Kontakt

Mgr. Aneta Hujová
Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci
Centrum vědy a výzkumu
Hněvotínská 976/3, 775 15 Olomouc, Česká republika
anetahujova@seznam.cz

	EMPIRICKÁ ŠETŘENÍ A PŮVODNÍ VÝZKUMY	
--	--	--

KVALITA ŽIVOTA ŽEN S ENDOMETRIÓZOU

QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH ENDOMETRIOSIS

Kateřina Janoušková^{1,2}, Martin Procházka², Kateřina Ivanová¹,
Adéla Lemrová¹, Radovan Pilka³

Abstrakt

Východiska: Endometrióza je gynekologické onemocnění postihující ženy v reprodukčním věku. Hlavním příznakem je bolest, která může mít výrazný dopad na kvalitu života ženy.

Cíl: Cílem studie je zhodnotit kvalitu života žen s endometriózou před započítím chirurgické léčby a 3 měsíce po jejím zahájení.

Metody: Byla použita kvantitativní metoda s využitím standardizovaného dotazníku Endometriosis Health Profile (EHP-30) v české verzi a numerická škála měření bolesti Numeric Rating Scale (NRS). Pilotní výzkum se týkal 10 pacientek s endometriózou, které byly indikovány k chirurgické léčbě pomocí laparoskopie. Dotazník respondentky vyplnily před započítím léčby a následně 3 měsíce po jejím zahájení. Data byla zpracována v souladu s doporučeným postupem k dotazníku EHP-30. Ze statistických metod byl použit Wilcoxonův test a McNemarův test.

Výsledky a diskuze: Z výzkumného šetření vyplývá, že 3 měsíce po operaci došlo ke snížení skóre v doménách „bolest“, „kontrola a bezmoc“ a „emocionální pohoda“ ve srovnání s hodnocením před operací. V rámci hodnocení intenzity bolesti předoperačně a pooperačně došlo ke snížení bolesti při menstruaci, během menstruace a při defekaci.

Závěr: Chirurgická léčba endometriózy zlepšuje kvalitu života v několika oblastech hodnocených dotazníkem EHP-30 a jejím zásadním důsledkem je také snížení bolesti.

Klíčová slova

kvalita života, endometrióza, EHP-30, HRQoL, numerická škála bolesti, chirurgická léčba

¹ Ústav veřejného zdravotnictví, Lékařská fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

² Ústav porodní asistence, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci

³ Porodnicko-gynekologická klinika, Lékařská fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci a FN Olomouc

Abstract

Background: Endometriosis is a gynaecological disease affecting women of reproductive age. The main symptom is pain, which can have a significant impact on a woman's quality of life.

Aim: The aim of study is to evaluate the quality of life of women with endometriosis before and 3 months after the start of surgical treatment.

Methods: A quantitative method was used using the standardized Endometriosis Health Profile (EHP-30) questionnaire in the Czech version and the Numeric Rating Scale (NRS) for pain. The pilot study involved 10 patients with endometriosis who were referred for surgical treatment (using laparoscopy). The questionnaire was completed by the respondents before the start of treatment and then 3 months after the start of treatment. The data were processed according to the recommended procedure for the EHP-30 questionnaire. The statistical methods used were Wilcoxon test and McNemar test.

Results and Discussion: The results showed that 3 months after surgery, scores in the domains of pain, control and helplessness, and emotional well-being were reduced compared with the preoperative scores. There was a reduction in pain intensity scores preoperatively and postoperatively for menstruation, during menstruation, and defecation.

Conclusion: Surgical treatment of endometriosis improves quality of life in several domains assessed by the EHP-30 questionnaire, and a major consequence is a reduction in pain.

Keywords

quality of life, endometriosis, EHP-30, HRQoL, numeric rating scale, surgical treatment

ÚVOD

Kvalita života související se zdravím (HRQoL) se vztahuje k tomu, jak jedinec vnímá své postavení v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, v nichž žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům a obavám. Jde o široce pojatý koncept, který je komplexně ovlivněn fyzickým zdravím, psychickým stavem, úrovní nezávislosti, sociálními vztahy a vztahem k významným rysům prostředí, v němž žije (Robinson, Carr a Higginson, 2003). Endometrióza patří mezi gynekologické onemocnění, které je charakterizované jako přítomnost tkáně připomínající endometrium mimo její obvyklou lokalizaci v dutině děložní. Typickým místem výskytu je peritoneum,

ovarium a rektovaginální septum (Kučera, 2008; Pilka, 2017). Onemocnění celosvětově postihuje 5–10% žen v reprodukčním věku (Taylor, Kotlyar a Flores, 2021). Etiologie a etiopatogeneze endometriózy je zatím nejasná (Mehedintu et al., 2014). Endometrióza je nejčastější příčinou chronické pánevní bolesti u žen a je spojena s neplodností. Dalšími častými klinickými projevy jsou bolestivá menstruace (dysmenorea) a bolest při pohlavním styku (dyspareunie) (Bulun, 2009; Bulun et al., 2019). Uvedené příznaky mohou mít nepříznivý dopad na fyzickou, sociální a psychickou pohodu ženy (De Graaff et al., 2013). Onemocnění se vyskytuje především u žen ve fertilním věku všech etnických a sociálních skupin. Některé ženy s tímto onemocněním mohou být zcela bez klinických potíží, ale vyskytují se i ženy, u kterých endometrióza významně ovlivňuje kvalitu života ve všech oblastech (Fanta, Koliba a Hrušková, 2012). V rámci publikovaných zahraničních studií bylo zaznamenáno u žen s endometriózou v důsledku pánevní bolesti výrazné zhoršení kvality života oproti ženám zdravým. Bolest může ovlivnit schopnost ženy provádět každodenní aktivity včetně pracovní činnosti, dále může onemocnění negativně ovlivnit sexuální život, sociální vztahy, kvalitu spánku. Dochází také ke snížení studijního a ekonomického potenciálu mladých žen. Život se silnou cyklickou nebo nepřetržitou pánevní bolestí nebo hrozbou jejího návratu, často po celá desetiletí, může vést k úzkostem a depresím. Výrazný je i ekonomický dopad onemocnění na společnost (Jia et al., 2012; Marinho et al., 2018; Simoens et al., 2012; Nnoaham et al., 2011; Bulun et al., 2019; Della Corte et al., 2020). Terapie endometriózy zahrnuje léčbu chirurgickou a farmakologickou a odvíjí se vždy podle klinických příznaků a lokalizace ložisek (Pilka, 2017). Žádná z nabízených možností terapie však nezaručuje úplné vyléčení. Rozsah onemocnění často nekoreluje se subjektivními potížemi, proto je vhodné podle Koliby, Kužela a Fanty (2017) kromě zhodnocení rozsahu a klasifikace onemocnění, posoudit i kvalitu života patientek. Jedním z možných nástrojů pro posouzení kvality života žen s endometriózou je dotazník Endometriosis Health Profile-30 (EHP-30) vytvořený autory Jones et al. (2001), který je validován i v české verzi a doposud nebyl v České republice použit.

CÍL

Cílem pilotní studie je zhodnotit kvalitu života žen trpících endometriózou před započítím chirurgické léčby a 3 měsíce po jejím zahájení.

METODIKA

Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor pilotní studie tvořilo 10 respondentek, patientek Porodnicko-gynekologické kliniky ve Fakultní nemocnici Olomouc, které podstoupily operační léčbu pro endometriózu. Zařazujícím kritériem byla diagnóza endometriózy, ženy v reprodukčním věku 18–49 let a souhlas se zařazením do výzkumného šetření. Výzkum byl prováděn ve Fakultní nemocnici Olomouc v časovém rozmezí od června roku 2020 do ledna 2022 se souhlasem zdravotnického zařízení a po schválení Etickou komisí LF

a FN Olomouc ze dne 16. 9. 2019. Dotazníky byly rozdávány v ambulanci indikační a konzultační poradny. Respondentky byly osloveny přímo výzkumníkem, který je poučil o způsobu vyplňování. Rozdáno bylo celkem 53 dotazníků, z toho 13 dotazníků bylo neúplných, 18 se nevrátilo vůbec a u 12 pacientek nebyla potvrzena endometrióza nebo nebyly indikovány k chirurgické léčbě.

Design výzkumu

Pro účely studie byl využit standardizovaný dotazník Endometriosis Health Profile 30 (EHP-30) v české verzi. Dotazník se skládá ze dvou částí, základní část obsahuje 30 otázek, které jsou rozděleny do pěti domén – bolest, kontrola bolesti a bezmoc, emocionální pohoda, sociální opora a self-image. Druhá část dotazníku obsahuje 23 otázek rozdělených do šesti domén, které se zaměřují na pracovní život, vztahy s dětmi, sexuální vztahy, vztahy se zdravotníky, léčbu a neplodnost. Každá položka dotazníku je hodnocena na Likertově škále na stupnici 0–4, kdy 0 = nikdy, 1 = málokdy, 2 = někdy, 3 = často, 4 = vždy. Jednotlivé škály pak byly přepočítány ve skóre celkové, které je od 0 (nejlepší možný výsledek) do 100 (nejhorší možný výsledek) (Jones et al., 2001). K hodnocení bolesti byla využita numerická škála bolesti Numeric Rating Scale (NRS). Škála využívá číselné znázornění (0 = žádná bolest, 10 = nejhorší bolest) (Bourdel et al., 2015). U respondentek byla posuzována bolest při menstruaci, mimo menstruaci, při pohlavním styku, při močení a při defekaci.

Získaná data byla zpracována v MS Excel a následně statisticky zpracována. Data byla vyhodnocena v souladu s doporučeným postupem k dotazníku Scoring Algorithms, Dimensions and Items for the EHP Questionnaires. Jsou vyjádřena v absolutní a relativní četnosti, pomocí směrodatných odchylek (SD), průměrů, mediánů, minimálních a maximálních hodnot. Ze statistických metod byly použity Wilcoxonův test a McNemarův test.

VÝSLEDKY

Celkový soubor tvořilo 10 pacientek s onemocněním endometrióza (100 %). Průměrný věk byl 37 let. Nejstarší pacientce bylo 45 let, nejmladší 29. Body Mass Index (BMI) u všech sledovaných žen byl v normě, případně v pásmu mírné nadváhy. Průměrný věk nástupu první menstruace byl 13,2 let (tab. 1). Všechny ženy byly zaměstnané na plný úvazek, minimální vzdělání bylo střední s maturitou (50 %), 1 uvedla vyšší odborné vzdělání (10 %) a 4 respondentky byly vysokoškolsky vzdělané (40 %). 8 z 10 žen žilo s manželem.

Tab. 1 Základní somatické charakteristiky

Základní somatické charakteristiky	Průměr	Směrodatná odchylka (SD)	Min	Max	Medián
Věk	37,00	5,98	29,00	45,00	38,00
Hmotnost	66,10	15,19	49,00	88,00	62,00
Výška	165,30	5,89	155,00	173,00	164,50
BMI	23,98	4,17	19,03	29,75	23,18
Menarche	13,20	1,87	11,00	17,00	12,50

Z celkového vzorku měly 4 ženy ovariální formu endometriózy (40 %), 3 peritoneální (30 %), 2 hlubokou rektovaginální endometriózu (20 %) a 1 adenomyózu (10 %). Před vyplněním prvního dotazníku EHP-30 podstoupilo již dříve léčbu 5 patientek (1 pacientka farmakologickou a 4 pacientky chirurgický typ léčby pomocí laparoskopie). Všechny pacientky z našeho souboru podstoupily v rámci léčby laparoskopickou operační metodu (100 %) (tab. 2).

Tab. 2 Typ endometriózy a způsob léčby

Typ endometriózy a způsob léčby		Absolutní četnost	Relativní četnost
Typ endometriózy	Ovariální	4	40 %
	Peritoneální	3	30 %
	Hluboká rektovaginální	2	20 %
	Adenomyóza	1	10 %
Léčba	Bez léčby	5	50 %
	Farmakologická	1	10 %
	Chirurgická	4	40 %

Průměrná skóre jednotlivých domén dotazníku EHP-30 jsou uvedena v tab. 3. Wilcoxonovým testem bylo ověřeno, že u patientek došlo 3 měsíce po zahájení léčby ke zlepšení kvality života, tedy ke snížení počítaného skóre v doménách „bolest“, „kontrola bolesti a bezmoc“, „emocionální pohoda“ a „sexuální vztahy“. Zlepšení v ostatních doménách nebylo statisticky významné. Největší zlepšení bylo zaznamenáno v doméně „bolest“, naopak žádné zlepšení nebylo zaznamenáno v oblastech „sociální opora“ a „self-image“.

Tab. 3 Hodnocení kvality života před operací a 3 měsíce po operaci

Domény dle EHP-30	n	Před operací (n = 10)					3 měsíce po operaci (n = 10)					p
		Průměr	SD	Min	Max	Medián	Průměr	SD	Min	Max	Medián	
Bolest	10	34,1	30,3	0,0	75,0	29,5	14,5	18,2	0,0	50,0	9,1	0,008
Kontrola bolesti a bezmoc	10	47,1	33,5	0,0	95,8	45,8	25,0	21,9	0,0	62,5	25,0	0,018
Emocionální pohoda	10	29,6	24,7	0,0	70,8	29,2	18,8	22,1	0,0	58,3	10,4	0,041
Sociální opora	10	19,4	22,1	0,0	68,8	15,6	15,0	19,8	0,0	56,3	3,1	0,465
Self-image	10	18,3	23,2	0,0	58,3	8,3	11,7	16,3	0,0	41,7	0,0	0,334
Pracovní život	10	18,5	30,7	0,0	100,0	7,5	7,0	11,8	0,0	30,0	0,0	0,102
Vztahy s dětmi	7	25,0	35,4	0,0	75,0	0,0	10,7	19,7	0,0	50,0	0,0	0,102
Sexuální vztahy	6	25,0	21,2	0,0	50,0	25,0	5,0	7,7	0,0	15,0	0,0	0,043
Zdravotní profese	8	16,4	23,6	0,0	56,3	0,0	13,3	18,7	0,0	43,8	0,0	0,317
Léčba	6	27,8	31,9	0,0	75,0	16,7	19,0	20,8	0,0	50,0	16,7	0,059
Neplodnost	2	34,4	48,6	0,0	68,8	34,4	41,7	36,1	0,0	62,5	62,5	0,317

Dále byla u pacientek posuzována bolest. 5 pacientek (50 %) trpělo bolestí před započatím léčby i 3 měsíce po jejím zahájení, 1 pacientka (10 %) netrpěla žádnou bolestí před terapií ani po terapii a u 4 pacientek (40 %) došlo ke zlepšení – trpěly bolestí před zahájením léčby, avšak 3 měsíce po jejím započetí již bolest neudávaly. Při porovnání bolesti pomocí McNemarova testu nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v bolesti před započatím léčby a 3 měsíce po jejím zahájení ($p = 0,125$), vzorek respondentek je malý. Intenzita bolesti předoperačně a pooperačně byla zjišťována pomocí numerické škály hodnocení bolesti (NRS) během menstruace, mimo menstruaci, při pohlavním styku, během močení a při defekaci (tab. 4). Pomocí Wilcoxonova testu bylo ověřeno, že 3 měsíce po provedené operaci, došlo ke snížení bolesti při menstruaci i mimo menstruaci a také při defekaci. Zásadní zlepšení nebylo zaznamenáno u bolesti při močení a při pohlavním styku.

Tab. 4 Hodnocení bolesti před operací a 3 měsíce po operaci

	Před operací (n = 10)					3 měsíce po operaci (n = 10)					p
	Průměr	SD	Min	Max	Medián	Průměr	SD	Min	Max	Medián	
Bolest při menstruaci	5,3	2,8	0,0	9,0	5,0	0,7	1,1	0,0	3,0	0,0	0,007
Bolest mimo menstruaci	3,1	3,5	0,0	9,0	2,0	0,1	0,3	0,0	1,0	0,0	0,018
Bolest při pohlavním styku	1,2	2,1	0,0	6,0	0,0	0,1	0,3	0,0	1,0	0,0	0,109
Bolest při močení	1,0	1,7	0,0	5,0	0,0	0,1	0,3	0,0	1,0	0,0	0,131
Bolest při defekaci	1,4	1,7	0,0	5,0	1,0	0,1	0,3	0,0	1,0	0,0	0,047

DISKUZE

Průměrný věk respondentek byl 37 let, což potvrzuje, že onemocnění postihuje ženy v reprodukčním věku. Stejně tak i studie autorů Nogueira Neto et al. (2023) zahrnovala ženy ve věkovém rozmezí 30–40 let, což může odrážet zpoždění ve stanovení diagnózy a tím tedy posunutí léčby do vyššího věku.

Chirurgická léčba všeobecně vedla k výraznému zlepšení kvality života v některých doménách již 3 měsíce po operaci. K obdobným výsledkům zlepšení kvality života dospěly i zahraniční studie, které k hodnocení použily buď specifický dotazník EHP-30 nebo některý z generických dotazníků (např. SF 36, WHOQOL BREF, WHOQOL) a hodnotily kvalitu života předoperačně a pooperačně za 3, 6 až 12 měsíců. Prospektivní studie autorů Selvi Dogan et al. (2016), která hodnotila kvalitu života pomocí EHP-30 u 22 pacientek podstupujících chirurgickou léčbu pro hlubokou endometriózu, ukázala významné zlepšení v doméně „bolest“, „kontrola bolesti a bezmoc“, „emocionální pohoda“, „sociální vztahy“, „sexuální vztahy“ a „vztahy s poskytovateli zdravotní péče“, ale žádné významné změny v doméně „self-image“, „pracovní život“ nebo „vztahy s dětmi“. Naše studie rovněž posun v doméně „self-image“ nezaznamenala, avšak nezaznamenala výrazné zlepšení ani v oblasti „sociální opora“.

K podobným výsledkům dospěla studie autorů Nogueira Neto et al. (2023), kdy došlo ke snížení skóre ve všech doménách (kromě vztahu s poskytovateli zdravotní péče) za 3 a následně i za 6 měsíců po operaci. Studie byla provedena u vzorku 102 žen a zahrnovala ženy se všemi formami endometriózy. Naše studie, která má menší vzorek než výše zmíněné dvě studie, prokázala, že i u tak malého vzorku došlo ke zlepšení v doméně „bolest“, „kontrola a bezmoc“, „emocionální pohoda“ a „sexuální vztahy“.

Náš výzkum výsledky výše zmíněných studií potvrzuje, pouze s drobnými odchylkami. Zásadním výsledkem všech uvedených výzkumů, je snížení bolesti. Lze se domnívat,

že udávané výrazné zlepšení u bolesti může souviset také s vnímanou důležitostí této domény, protože je pro ženy bolest nejvíce limitujícím faktorem či výchozím faktorem pro omezení kvality života v dalších oblastech. Je tak nejvíce patrný udávaný rozdíl v bolesti před operací a po ní, což znamená, že endometrióza významně ovlivňuje kvalitu života žen. Ženy žijící s chronickou či opakující se bolestí mohou pociťovat diskomfort nejen v oblasti fyzické pohody, ale rovněž v dalších uvedených oblastech. Moderní léčba endometriózy by měla být individualizovaná s multimodálním a interdisciplinárním integrovaným přístupem zaměřeným na pacientku (Chapron et al., 2019).

Limity námi prováděné studie byly malá velikost vzorku, z výzkumu byly vyřazeny pacientky, které neodpověděly na všechny otázky, nevyplnily oba dotazníky, nepodstoupily chirurgickou léčbu nebo u nich nebyla potvrzena endometrióza. Pro lepší pochopení problematiky a zjištění efektivity léčby jsou potřebné další studie, větší vzorek respondentek a také delší období pro samotné posuzování kvality života.

ZÁVĚR

Endometrióza je gynekologické onemocnění, které může významně ovlivnit kvalitu života ženy. Proto by mělo být součástí léčby i subjektivní posouzení kvality života. Existuje mnoho dotazníků pro posuzování kvality a jedním z možných nástrojů je specifický dotazník EHP-30, který má i validovanou českou verzi a doposud ještě nebyl v ČR aplikován. Dle zjištěných výsledků, chirurgická léčba zlepšuje kvalitu života žen s endometriózou. Sledování kvality života pomocí dotazníku EHP-30 před a po zahájení léčby může rovněž pomoci posoudit efektivitu léčby a zdravotníkům pochopit pocity a potřeby pacientek.

Literatura

BOURDEL, N. et al. Systematic review of endometriosis pain assessment: how to choose a scale? *Human Reproduction Update* [online]. 2015, vol. 21, no. 1, p. 136–152. ISSN 1355-4786. DOI: 10.1093/humupd/dmu046.

BULUN, S. E. Endometrióza. *Gynekologie po promoci*. 2009, roč. 9, č. 3, s. 6–15. ISSN 1213-2578.

BULUN, S. E. et al. Endometriosis. *Endocrine Reviews* [online]. 2019, vol. 40, no. 4, p. 1048–1079. DOI: 10.1210/er.2018-00242.

DE GRAAFF, A. A. et al. The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey. *Human reproduction* [online]. 2013, vol. 28, no. 10, p. 2677–2685. ISSN 1460-2350. DOI: 10.1093/humrep/det284.

DELLA CORTE, L. et al. The Burden of Endometriosis on Women's Lifespan: A Narrative Overview on Quality of Life and Psychosocial Wellbeing. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2020, vol. 17, no. 13. ISSN 1660-4601. DOI: 10.3390/ijerph17134683.

FANTA, M., KOLIBA, P. a HRUŠKOVÁ, H. Endometrióza. *Česká gynekologie*. 2012, roč. 77, č. 4, s. 314–319. ISSN 1210-7832.

CHAPRON, C. et al. Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis. *Nature Reviews. Endocrinology* [online]. 2019, vol. 15, no. 11, p. 666–682. ISSN 1759-5037. DOI: 10.1038/s41574-019-0245-z.

JIA, S. et al. Health-related quality of life in women with endometriosis: a systematic review. *Journal of Ovarian Research* [online]. 2012, vol. 5, no. 1. ISSN 1757-2215. DOI: 10.1186/1757-2215-5-29.

JONES, G. et al. Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30. *Obstetrics and gynecology* [online]. 2001, vol. 98, no. 2, p. 258–264. ISSN 1873-233X. DOI: 10.1016/s0029-7844(01)01433-8.

KOLIBA, P., KUŽEL, D. a FANTA, M. Endometrióza a kvalita života. *Česká gynekologie*. 2017, roč. 82, č. 5, s. 411–418. ISSN 1210-7832.

KUČERA, E. *Endometrióza*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-144-8.

MARINHO, M. C. P. et al. Quality of Life in Women with Endometriosis: An Integrative Review. *Journal of Women's Health* [online]. 2018, vol. 27, no. 3, p. 399–408. ISSN 1931-843X. DOI: 10.1089/jwh.2017.6397.

MEHEDINTU, C. et al. Endometriosis still a challenge. *Journal of medicine and life*. 2014, vol. 7, no. 3, p. 349–357. ISSN 1844-122X.

NNOAHAM, K. E. et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertility and Sterility* [online]. 2011, vol. 96, no. 2, p. 366–373.e8. ISSN 1556-5653. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2011.05.090.

NOGUEIRA NETO, J. et al. Improved quality of life (EHP-30) in patients with endometriosis after surgical treatment. *Revista da Associação Médica Brasileira* [online]. 2023, vol. 69, no. 8. ISSN 1806-9282. DOI: 10.1590/1806-9282.20230316.

PILKA, R. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf, 2017. ISBN 978-80-7345-530-9.

ROBINSON, P. G., CARR, A. J. and HIGGINSON, I. J. How to choose a quality of life measure. In: *Quality of life* [online]. London: BMJ Books, 2003, p. 88–100. ISBN 978-0-7279-1544-3.

SELVI DOGAN, F. et al. Qualité de vie après chirurgie de l'endométriose pelvienne profonde: évaluation d'une version française de l'EHP-30. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* [online]. 2016, vol. 45, no. 3, p. 249–256. ISSN 1773-0430. DOI: 10.1016/j.jgyn.2015.06.007.

SIMOENS, S. et al. The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Human Reproduction* [online]. 2012, vol. 27, no. 5, p. 1292–1299. ISSN 1460-2350. DOI: 10.1093/humrep/des073.

TAYLOR, H. S., KOTLYAR, A. M. and FLORES, V. A. Endometriosis is a chronic systemic disease: clinical challenges and novel innovations. *The Lancet* [online]. 2021, vol. 397, no. 10276, p. 839–852. ISSN 1474-547X. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00389-5.

Kontakt

Mgr. et Bc. Kateřina Janoušková
Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci
Ústav porodní asistence
Hněvotínská 976/3, 775 15 Olomouc, Česká republika
katerina.janouskova@upol.cz

KONTINUITA V PRIMÁRNÍ A KOMUNITNÍ PÉČI V PORODNÍ ASISTENCI

CONTINUITY IN PRIMARY AND COMMUNITY CARE IN MIDWIFERY

Radmila Dorazilová¹

Abstrakt

Úvod: Světová zdravotnická organizace vyzvala úřady v evropském regionu, aby zvýšily své úsilí k posílení primární péče v porodní asistenci, zaměřené na rodinu a komunitu.

Cíl: Cílem práce bylo zjistit jaké podmínky jsou v České a ve Slovenské republice pro primární a komunitní péči v porodní asistenci vytvořeny. Dále zjistit, jak porodní asistentky vnímají existující překážky-bariéry, jaká péče je nyní poskytována a perspektivu péče z hlediska zájmu porodních asistentek a zájmu žen.

Metodika: Práce byla vystavěna na kvantitativním výzkumném šetření s využitím dvou standardních dotazníků vlastní konstrukce. Výzkumný soubor tvořilo 320 českých a 131 slovenských porodních asistentek a 521 českých a 162 slovenských žen. Sběr dat probíhal elektronickou formou přes internetovou platformu „Survio“. Údaje byly vyhodnoceny pomocí deskriptivní a inferenční statistiky s využitím programů SPSS a Excel.

Výsledky: Porodní asistentky hodnotí jako významnější „vnější“ překážky-bariéry: nejčastěji nedostatečnou podporu státu a zdravotních pojišťoven, nevyhovující legislativu a odpor gynekologů. Více překážky-bariéry vnímají slovenské než české porodní asistentky. České i slovenské porodní asistentky poskytují a mají zájem poskytovat primární a komunitní péči. Více poskytují a mají zájem poskytovat primární a komunitní péči české než slovenské a mladší než starší porodní asistentky. Nebyl zjištěn rozdíl mezi zájmem českých a slovenských žen o primární a komunitní péči porodních asistentek.

Závěr: České a slovenské porodní asistentky vnímají překážky-bariéry, mají však zájem primární a komunitní péči poskytovat. České a slovenské ženy mají zájem o služby porodních asistentek v primární a komunitní péči.

Klíčová slova

porodní asistentka, žena, primární a komunitní péče, překážky-bariéry, zájem o péči

¹ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o.

Abstract

Introduction: The World Health Organization has called on authorities in the European region to increase their efforts to strengthen family- and community-centred primary care in midwifery.

Aim: The aim of the thesis was to find out what conditions are created in the Czech and in the Slovak republic for primary and community care in midwifery. Furthermore, to find out how midwives perceive the existing barriers, what care is currently provided and the perspective of care in terms of midwives' and women's interest.

Methodology: The thesis was based on a quantitative research survey using two standard questionnaires of our own design. The research sample consisted of 320 Czech and 131 Slovak midwives and 521 Czech and 162 Slovak women. Data collection was conducted electronically via the internet platform "Survio". The data were evaluated by descriptive and inferential statistics using SPSS and Excel.

Results: Midwives rated the most important "external" barriers as: most often insufficient support from the state and health insurance companies, inadequate legislation and resistance from gynaecologists. Slovak midwives perceive more barriers than Czech midwives. Both Czech and Slovak midwives provide and are interested in providing primary and community care. More Czech than Slovak and younger than older midwives provide and are interested in providing primary and community care. No difference was found between Czech and Slovak women's interest in primary and community care by midwives.

Conclusion: Czech and Slovak midwives perceive barriers, but they are interested in providing primary and community care. Czech and Slovak women are interested in midwifery services in primary and community care.

Keywords

midwife, woman, primary and community care, obstacles-barriers, interest in care

ÚVOD

Jestliže jsme v této práci hovořily o „primární a komunitní péči“ (dále také jen PKP) porodních asistentek (dále také jen PA), myslely jsme tím veškerou jejich péči, poskytovanou mimo ústavní lůžková zařízení. Jestliže jsme v této práci hovořily o „kontinuitě“, myslely jsme tím především historickou kontinuitu této péče „včera, dnes a zítra“.

Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) vyzvala již v programu „Zdraví 21“ a v roce 2000 tzv. „Mnichovskou deklarací“ všechny příslušné úřady v evropském regionu, aby zvýšily své úsilí k posílení primární péče v porodní asistenci, zaměřené na rodinu a komunitu. V roce 2006 ICM a WHO poukázaly na problémy se zabezpečením PKP v porodní asistenci v mnoha státech světa, zasahující do úpravy legislativy a vytváření prostředí pro praxi, vzdělávání a hodnocení práce PA.

Před výzkumným šetřením jsme analyzovaly **vývoj péče v České a ve Slovenské republice** (dále také jen ČR a SR).

Rozhodujícím faktorem je nastavení podmínek pro primární a komunitní péči porodních asistentek a podoby sítě zdravotnických zařízení. Od 50. do 90. let 20. století byl vývoj v ČR i ve SR rozdílný proti zemím západní Evropy (nemožnost soukromé praxe a změna na ženskou sestru) a kontinuita PKP PA byla významně narušena (z činnosti prakticky zůstala jen návštěvní služba z ordinací a kurzy v porodnicích). Po roce 1989 došlo ke společenské změně a po vstupu ČR a SR do EU byla přijata nová legislativa. Dle Zdravotnických ročenek ČR a SR za období 1991–2020, vydávaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky a Národným centrom zdravotníckych informácií došlo k následujícímu vývoji v gynekologii a porodnictví a v porodní asistenci:

- Počet lůžek se snížil z 10,9 na 4,4 tisíc v ČR a z 5,4 na 2,4 tisíc v SR. Délka hospitalizace se snížila ze 7,3 dne na 3,6 dne v ČR a na 4,0 dne ve SR.
- Počet pracovních úvazků lékařů v gynekologických ambulancích se zvýšil z 0,8 na 1,4 tisíc v ČR a z 0,4 na 0,6 tisíc v SR, v ambulanci zůstala 1 (v soukromých) nebo 2 (v nemocničních) pracovnice (v ČR ne vždy PA). Počet gynekologických vyšetření se v ČR zvýšil ze 7,2 na 10,0 milionu, ale v SR k podobnému zvýšení nedošlo.
- Jen výjimečně vznikla samostatná pracoviště PA, v registru poskytovatelů zdravotní péče je jich evidováno v ČR 194 + 5 v gynekologických ambulancích + 7 v agenturách + 11 v nemocnicích, ve SR pouze 10. Návštěvy PA u těhotných nebo šestinedělek z 0,6 milionu v ČR a 0,5 milionu v SR v r. 1991 až na výjimky přestaly existovat (přesná data nejsou k dispozici).
- Celkový počet pracovních úvazků se u gynekologů zvýšil z 1,8 na 2,7 tisíc (na 2,1 tisíce osob?) v ČR a z 1,0 na 1,1 tisíc ve SR, kdežto u PA se naopak snížil z 5,2 na 3,7 tisíc v ČR a z 2,6 na 1,8 tisíc ve SR.

V ČR i ve SR se vývoj ubíral v porovnání s doporučeními WHO opačným směrem a to k dalšímu výraznému posílení medikalizace a omezení porodní asistence v neprospěch komplexnosti, dostupnosti a hospodárnosti péče, poskytované ženám a dětem.

Dále jsme analyzovaly **legislativní předpisy v České a ve Slovenské republice** a identifikovaly hlavní překážky-bariéry pro primární a komunitní péči PA.

Postavení PA v systému ambulantní zdravotní péče není v ČR ani ve SR (na rozdíl od gynekologů) legislativně definováno a přístup žen ke službám PA, hrazeným ze zdravotního pojištění, je omezen v ČR „indikací ošetřujícího lékaře-gynekologa“ (Zákon o veřejném zdravotním pojištění) a ve SR „odporučením všeobecného lékaře“ (Zákon o zdravotnej starostlivosti). Ve verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti SR porodní asistentky chybí, v ČR vůbec nebyla kritéria pro síť poskytovatelů stanovena.

Ve vyhlášce MZ ČR o technickém a věcném vybavení zdravotnických zařízení nebyly stanoveny požadavky na vybavení porodní asistentky pro vedení porodu v domácích podmínkách a byly stanoveny nadměrné požadavky na vybavení pracoviště porodních asistentek, kde mají být vedeny porody (umožňují je pouze v porodnicích). Vestník MZ SR o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie zdravotníckych zariadení sice obsahuje „Taška na návštevnu službu pre pôrodnú asistentku, včetně sterilného pôrodnického balíčku pre prípad prekotného pôrodu“, ale požadavky pro samostatné pracoviště porodních asistentek chybí.

Český seznam zdravotních výkonů, hrazených z veřejného pojištění, nepokrývá všechny činnosti, ke kterým je PA oprávněna. U hodnoty bodu a režijní sazby navíc přetrvává dlouhodobě nižší ohodnocení pro odbornost 921. Ani slovenský katalog zdravotních výkonů, hrazených z veřejného pojištění, nepokrývá celý rozsah péče, ke kterému je PA oprávněná.

CÍL

Hlavním cílem práce bylo zjistit jaké společensko-ekonomické podmínky jsou pro primární a komunitní péči v porodní asistenci vytvořeny a proč se doporučované posílení nedaří v ČR a ve SR naplnit. Dále zjistit, jak porodní asistentky vnímají existující překážky-bariéry, jaká primární a komunitní péče v porodní asistenci je poskytována a jaká je možná perspektiva této péče z hlediska zájmu porodních asistentek a zájmu žen-klientek.

METODY A ORGANIZACE VÝZKUMU

Empirická část disertační práce byla vystavěna na kvantitativním výzkumném šetření s využitím dvou standardních dotazníků vlastní konstrukce ve dvou jazykových verzích: 1. český a slovenský dotazník pro porodní asistentky a 2. český a slovenský dotazník pro ženy-klientky. Sběr dat probíhal od září 2022 do února 2023 elektronickou formou přes internetovou platformu „Survio“, která plně zajišťuje anonymitu a ochranu osobních údajů respondentek. Získané údaje byly vyhodnoceny pomocí deskriptivní a inferenční statistiky s využitím programů SPSS a Excel. Jednalo se především o testy na diferenci proporcí.

Složení výzkumného souboru viz tab. 1.

Tab. 1 Výzkumný soubor

Práce s dotazníkem	seznámily se		vyplněné dotaz.		vyloučené dotaz.		přijaté responze	
	abs.p.	rel.p.	abs.p.	rel.p.	abs.p.	rel.p.	abs.p.	rel.p.
České porodní asistentky	976	100%	326	33,4%	6	0,6%	320	32,8%
Slovenské porodní asistentky	254	100%	133	52,4%	2	0,8%	131	51,6%
České ženy	1 292	100%	526	40,7%	5	0,4%	521	40,3%
Slovenské ženy	507	100%	164	32,3%	2	0,3%	162	32,0%

Výběr respondentek byl záměrný. Porodní asistentky byly osloveny individuálně formou osobního, mailového nebo poštovního kontaktu a prostřednictvím profesních organizací. SKSaPA a ČKPA předaly žádost členkám, UNIPA spolupráci na výzkumu odmítla a ČSPA nereagovala. Je zřejmé, že do výzkumu se nezapojila nejen velká část oslovených PA, které PKP neposkytují a nemají o ni zájem, ale také polovina českých PA, které PKP poskytují (toto zřejmě souvisí s negativním postojem UNIPA).

V systému zdravotní péče je evidováno cca 3 700 českých a 1 800 slovenských (pracovních úvazků) PA. Výzkumného šetření se tedy zúčastnilo cca 8% českých a cca 7% slovenských PA. 98 (31%) českých a 10 (8%) slovenských respondentek poskytuje PKP jako soukromou praxi. 102 (32%) českých a 68 (52%) slovenských respondentek poskytuje PKP jako zaměstnání. 120 (37%) českých a 53 (40%) slovenských respondentek PKP neposkytuje. Ve všech těchto kategoriích se pro účely tohoto výzkumu jednalo o dostatečně reprezentativní vzorek českých a slovenských PA. Je však pravděpodobné, že mezi těmi, které se výzkumného šetření nezúčastnily, bude velký podíl PA, které PKP neposkytují a nemají o ni zájem.

Ženy byly osloveny prostřednictvím PA a také prostřednictvím ženských organizací. Výzkumného šetření se zúčastnilo cca 0,5% českých a cca 0,3% slovenských těhotných a rodících žen v běžném roce. Z toho byl nejvyšší podíl 292–46% českých a 115–71% slovenských žen s vysokoškolským vzděláním, 284–54% českých a 88–54% slovenských ve věku 31–40 let, 241–46% českých a 67–41% slovenských matek 2 dětí. 36% českých a 22% slovenských respondentek se již s PKP PA setkalo. Je však pravděpodobné, že mezi těmi, které se výzkumného šetření nezúčastnily, bude velký podíl žen, které se s touto péčí dosud nesetkaly.

VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Hodnocení překážek-bariér ze strany porodních asistentek

Byly hodnoceny tyto překážky-bariéry: vnější – nedostatečná podpora státu a zdravotních pojišťoven, nevyhovující legislativa, odpor gynekologů a nedostatečné vzdělání PA; vnitřní – finanční nejistota, vyšší zodpovědnost, nezájem, nejednotnost a nespolupráce PA. Podrobnější údaje k hodnocení překážek-bariér porodními asistentkami viz tab. 2 a 3.

Tab. 2 České PA – Vnímání překážek-barier celkem (n = 320)

překážka- bariéra	respondentek		hodnocení překážky-bariery				
	abs.p.	rel.p.	žádná	sp.malá	střední	sp.velká	velká
nevyhovující legislativa	237		3	11	74	138	94
		74,1%	0,9%	3,5%	23,1%	43,1%	29,4%
nedostatečná podpora	253		3	11	49	140	117
		79,1%	0,9%	3,5%	15,3%	43,7%	36,6%
odpor gynekologů	209		6	32	91	118	73
		65,3%	1,9%	10,0%	28,4%	36,9%	22,8%
nedostatečné vzdělání	99		26	82	116	72	24
		30,9%	8,1%	25,6%	36,3%	22,5%	7,5%
vnější překážky- bariéry	798		38	136	330	468	308
		62,3%	3,0%	10,6%	25,8%	36,5%	24,1%
nezájem PA	62		11	86	137	70	16
		19,4%	3,5%	26,8%	42,8%	21,9%	5,0%
finanční nejistota	143		7	49	107	112	45
		44,7%	2,2%	15,3%	33,4%	35,0%	14,1%
vyšší zodpovědnost	101		7	56	130	82	45
		31,6%	2,2%	17,5%	40,6%	25,6%	14,1%
nejednotnost PA	123		7	73	108	99	33
		38,4%	2,2%	22,8%	33,8%	30,9%	10,3%
vnitřní překážky- bariéry	429		32	64	482	363	139
		33,5%	2,5%	20,6%	37,6%	28,4%	10,9%
překážky- bariéry celkem	1 227		70	400	812	831	447
		47,9%	2,7%	15,6%	31,7%	32,5%	17,5%

Tab. 3 Slovenské PA – Vnímání překážek-bariér celkem (n = 131)

překážka- bariéra	respondentek		hodnocení překážky-bariery				
	abs.p.	rel.p.	žádná	sp.malá	střední	sp.velká	velká
nevyhovující legislativa	92		2	5	21	62	41
		70,2%	1,5%	3,8%	16,1%	47,3%	31,3%
nedostatečná podpora	85		2	4	16	63	46
		64,9%	1,5%	3,1%	12,2%	48,1%	35,1%
odpor gynekologů	87		0	9	29	54	39
		66,4%		6,9%	22,1%	41,2%	29,8%
nedostatečné vzdělání	38		8	35	51	27	10
		29,0%	6,1%	26,7%	38,9%	20,6%	7,7%
vnější překážky- bariéry	302		12	53	117	206	136
		57,6%	2,3%	10,1%	22,3%	39,3%	26,0%
nezájem PA	39		2	18	65	35	11
		29,8%	1,5%	13,8%	49,6%	26,7%	8,4%
finanční nejistota	75		0	6	32	57	36
		57,3%		4,6%	24,4%	43,5%	27,5%
vyšší zodpovědnost	63		0	13	45	37	36
		48,1%		9,9%	34,4%	28,2%	27,5%
nejednotnost PA	45		1	16	48	44	22
		34,4%	0,8%	12,2%	36,6%	33,6%	16,8%
vnitřní překážky- bariéry	222		3	53	190	173	105
		42,4%	0,6%	10,1%	36,3%	33,0%	20,0%
překážky- bariéry celkem	524		15	106	307	379	241
		50,0%	1,4%	10,1%	29,3%	36,2%	23,0%

Celkově české PA vnímají překážky-bariéry pro poskytování PKP v 48% a jako velké a spíše velké v 50% (ne většina). Vnější překážky-bariéry české PA uváděly častěji (62%) než překážky-bariéry vnitřní (34%) a byly také více hodnoceny jako velké a spíše velké (61%) než překážky-bariéry vnitřní (39%). Bylo potvrzeno, že překážky-bariéry více vnímají české PA, které PKP poskytují než PA, které ji neposkytují.

Je třeba upozornit na nesoulad v odpovědích respondentek na otázky č. 15 (2. sloupec tabulky) a 16–23 (3.–7. sloupec tabulky). Lépe celkové hodnocení vlivu překážek-bariér ze strany respondentek vystihuje: 50% velká a spíše velká, 47% střední a spíše malá a jen 3% žádná.

Celkově slovenské PA vnímají překážky-bariéry pro poskytování PKP z 50 % a jako velké a spíše velké v 58 % (většina). Vnější překážky-bariéry slovenské PA uváděly častěji (58 %) než překážky-bariéry vnitřní (42 %) a byly také více hodnoceny jako velké a spíše velké (65 %) než překážky-bariéry vnitřní (53 %). Je zjevný rozdíl mezi vnímáním a hodnocením vnitřních překážek-bariér, které slovenské PA uvádějí častěji a hodnotí je jako významnější než PA české. Nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi vnímáním překážek-bariér slovenskými PA, které PKP poskytují a neposkytují (pravděpodobně vzhledem k malému zastoupení PA se soukromou praxí).

Je třeba upozornit na nesoulad v odpovědích respondentek na otázky č. 15 (2. sloupec tabulky) a 16–23 (3.–7. sloupec tabulky). Lépe celkové hodnocení vlivu překážek-bariér ze strany respondentek vystihuje: 59 % velká a spíše velká, 39 % střední a spíše malá a jen 2 % žádná.

Zájem o poskytování primární a komunitní péče ze strany porodních asistentek

Byl hodnocen zájem o tyto činnosti PA: kurzy pro těhotné, cvičení pro těhotné nebo ženy po porodu, poradna a vyšetření fyziologicky těhotné, fyziologický porod v domácích podmínkách, fyziologický porod v porodním domě, fyziologický porod v porodnici, návštěvní služba u těhotné a matky s novorozencem, individuální poradenství a kontinuální péče.

Podrobnější údaje k hodnocení zájmu porodních asistentek viz tab. 4 a 5.

Tab. 4 České PA – Zájem o poskytování PKP celkem (n = 320)

činnost – zájem	poskytují samostatně	poskytují zaměstnání	mají zájem poskytovat	nemají záj. poskytovat
skupinové a individuální kurzy pro těhotné	92	53	97	78
	28,7 %	16,6 %	30,3 %	24,4 %
cvičení pro těhotné nebo po porodu	47	21	101	151
	14,7 %	6,5 %	31,6 %	47,2 %
poradna pro fyziologicky těhotné	48	18	155	99
	15,0 %	5,6 %	48,5 %	30,9 %
fyziologický porod v domácích podmínkách	29	4	65	222
	9,1 %	1,2 %	20,3 %	69,4 %
fyziologický porod v porodním domě	0	0	180	140
			56,3 %	43,7 %
fyziologický porod v porodnici	14	93	140	73
	4,4 %	29,1 %	43,7 %	22,8 %
domácí návštěvy v těhotenství a po porodu	86	11	149	74
	26,9 %	3,4 %	46,6 %	23,1 %
individuální poradenství porodní asistentky	98	74	101	47
	30,6 %	23,1 %	31,6 %	14,7 %
kontinuální péče porodní asistentky	76	60	127	57
	23,8 %	18,7 %	39,7 %	17,8 %
celkem – všechny činnosti	490	334	1 115	941
	17,0 %	11,6 %	38,7 %	32,7 %

Tab. 5 Slovenské PA – Zájem o poskytování PKP celkem (n = 131)

činnost – zájem	poskytují samostatně	poskytují zaměstnání	mají zájem poskytovat	nemají záj. poskytovat
skupinové a individuální kurzy pro těhotné	10 7,6 %	17 13,0 %	69 52,7 %	35 26,7 %
cvičení pro těhotné nebo po porodu	9 6,9 %	7 5,3 %	66 50,4 %	49 37,4 %
poradna pro fyziologicky těhotné	6 4,6 %	17 13,0 %	65 49,6 %	43 32,8 %
fyziologický porod v domácích podmínkách	3 2,3 %	2 1,5 %	26 19,8 %	100 76,4 %
fyziologický porod v porodním domě			51 38,9 %	80 61,1 %
fyziologický porod v porodnici	3 2,3 %	21 16,0 %	66 50,4 %	41 31,3 %
domácí návštěvy v těhotenství a po porodu	9 6,9 %	2 1,5 %	83 63,4 %	37 28,2 %
individuální poradenství porodní asistentky	11 8,4 %	40 30,5 %	53 40,5 %	27 20,6 %
kontinuální péče porodní asistentky	8 6,1 %	41 31,3 %	55 42,0 %	27 20,6 %
celkem – všechny činnosti	59 5,0 %	147 12,5 %	534 45,3 %	439 37,2 %

Podle výsledků dotazníkového šetření poskytuje PKP PA jako samostatnou soukromou praxi 98 (31 %) českých respondentek, to je asi polovina z registrovaných poskytovatelek péče. 102 (32 %) českých respondentek uvedlo, že poskytuje PKP jako zaměstnání. Vybrané základní činnosti PA v PKP poskytuje 17 % českých respondentek jako soukromou praxi a 12 % respondentek jako zaměstnání, celkem tedy 29 % respondentek. 39 % respondentek sice PKP neposkytuje, ale má o poskytování zájem (rozdílný u jednotlivých činností), pokud budou upraveny legislativní a finanční podmínky. Zbývajících 33 % českých respondentek nemá o uvedené činnosti zájem.

Podle výsledků dotazníkového šetření poskytuje PKP PA jako samostatnou soukromou praxi 10 (8 %) slovenských respondentek, jsou to všechny registrované poskytovatelky péče. 68 (52 %) slovenských respondentek uvedlo, že poskytuje PKP jako zaměstnání. Vybrané základní činnosti PA v PKP poskytuje 5 % slovenských respondentek jako soukromou praxi a 12 % respondentek jako zaměstnání, celkem tedy 17 % respondentek.

45 % respondentek sice PKP neposkytuje, ale má o poskytování zájem (rozdílný u jednotlivých činností), pokud budou upraveny legislativní a finanční podmínky. Zbývajících 37 % slovenských respondentek nemá o uvedené činnosti zájem.

Bylo potvrzeno, že české PA více poskytují a mají zájem poskytovat PKP než slovenské PA. Bylo také potvrzeno, že mladší české i slovenské PA s praxí do 20 let poskytují a mají zájem poskytovat PKP více než starší české i slovenské PA s praxí 21 a více let. Z výsledků šetření je patrné, že spolu souvisí vyšší vnímání vnitřních překážek ze strany slovenských PA a jejich nižší zájem o poskytování primární a komunitní péče.

U soukromých praxí a hlavně u zaměstnání se jeví nutnost dalšího vyjasnění pojmů a dat. 31 % (soukromá praxe) a 32 % (zaměstnání) českých respondentek uvádí, že poskytuje PKP, ale pouze 17 % (soukromá praxe) a 12 % (zaměstnání) českých respondentek uvedlo, že poskytuje základní činnosti PA. Podobně 8 % (soukromá praxe) a 52 % (zaměstnání) slovenských respondentek uvádí, že poskytuje PKP, ale pouze 5 % (soukromá praxe) a 12 % (zaměstnání) slovenských respondentek uvedlo, že poskytuje základní činnosti PA. Soukromou praxí PA často provozují jako vedlejší činnost při zaměstnání s omezeným rozsahem péče. U zaměstnání je podíl uvedených činností ještě nižší, nezáleží zde ale jen na zájmu PA, ale především na zaměstnavateli, které činnosti požaduje a umožní provádět.

Podobný problém je v chápání kontinuální péče PA. 24 % (soukromá praxe) a 19 % (zaměstnání) českých respondentek a 6 % (soukromá praxe) a 31 % (zaměstnání) slovenských respondentek uvedlo, že poskytuje kontinuální péči. Shodný nebo vyšší počet českých i slovenských respondentek však neposkytuje všechny činnosti, problémem je především péče při porodu u soukromé praxe a kurzy a návštěvní služba u zaměstnání.

Zájem žen-klientek o primární a komunitní péči porodních asistentek

Většina českých (86 %) a slovenských (61 %) respondentek chápe správně postavení a kompetence PA v systému zdravotní péče. Pouze 4 % českých a 3 % slovenských respondentek si myslí, že PA může pracovat samostatně bez omezení. Avšak 10 % českých a 36 % slovenských respondentek pokládá PA pouze za pomocnici gynekologa! Podrobnější údaje k zájmu žen-klientek o služby porodních asistentek viz tab. 6 a 7.

Tab. 6 České ženy – Zájem o péči porodních asistentek (n = 521)

činnost	zájem			
	setkala se	zájem ze ZP	zájem bez ZP	nezájem
skupinové a individuální kurzy pro těhotné	396	28	58	39
	76,0%	5,4%	11,1%	7,5%
cvičení pro těhotné nebo po porodu	151	106	173	91
	29,0%	20,3%	33,2%	17,5%
poradna pro fyziologicky těhotné	80	202	149	90
	15,3%	38,8%	28,6%	17,3%
fyziologický porod v domácích podmínkách	55	40	66	360
	10,5%	7,7%	12,7%	69,1%
fyziologický porod v porodním domě		160	157	204
		30,7%	30,1%	39,2%
fyziologický porod v porodnici	233	105	91	92
	44,7%	20,2%	17,5%	17,6%
domácí návštěvy v těhotenství a po porodu	304	88	88	41
	58,3%	16,9%	16,9%	7,9%
individuální poradenství porodní asistentky	281	95	109	36
	53,9%	18,3%	20,9%	6,9%
kontinuální péče porodní asistentky	193	137	133	58
	37,1%	26,3%	25,5%	11,1%
celkem – všechny činnosti	1 693	961	1 024	1 011
	36,1%	20,5%	21,8%	21,6%

Tab. 7 Slovenské ženy – Zájem o péči porodních asistentek (n = 162)

činnost	zájem			
	setkala se	zájem ze ZP	zájem bez ZP	nezájem
skupinové a individuální kurzy pro těhotné	88	33	26	15
	54,3 %	20,4 %	16,0 %	9,3 %
cvičení pro těhotné nebo po porodu	55	38	46	23
	33,9 %	23,5 %	28,4 %	14,2 %
poradna pro fyziologicky těhotné	12	71	41	38
	7,4 %	43,8 %	25,3 %	23,5 %
fyziologický porod v domácích podmínkách	6	17	20	119
	3,7 %	10,5 %	12,3 %	73,5 %
fyziologický porod v porodním domě		40	24	98
		24,7 %	14,8 %	60,5 %
fyziologický porod v porodnici	30	56	29	47
	18,5 %	34,6 %	17,9 %	29,0 %
domácí návštěvy v těhotenství a po porodu	35	63	47	17
	21,6 %	38,9 %	29,0 %	10,5 %
individuální poradenství porodní asistentky	55	50	46	11
	33,9 %	30,9 %	28,4 %	6,8 %
kontinuální péče porodní asistentky	47	56	38	21
	29,0 %	34,6 %	23,4 %	13,0 %
celkem – všechny činnosti	328	424	317	389
	22,5 %	29,1 %	21,7 %	26,7 %

České respondentky se s PA nejčastěji setkaly na porodním sále (387–74 %), při kurzech pro těhotné (361–69 %), při domácích návštěvách (223–43 %) a na oddělení šestinedělí (172–33 %). Nejméně často se s PA setkaly při domácím porodu (44–8 %), na novorozeneckém (66–13 %), na gynekologickém oddělení (73–14 %) a v ordinaci gynekologa (79–15 %). S PA se dosud nesetkalo 13–2 % českých respondentek. 36 % českých respondentek se se službami PA již setkalo, 20 % by o tyto služby mělo zájem pokud budou hrazeny ze zdravotního pojištění, 22 % by o tyto služby mělo zájem i když nebudou hrazeny ze zdravotního pojištění a 22 % o uvedené služby PA nemá zájem.

Slovenské respondentky se s PA nejčastěji setkaly na porodním sále (110–68 %), při kurzech pro těhotné (77–47 %), na oddělení šestinedělí (54–33 %) a v ordinaci gynekologa (47–29 %). Nejméně často se s PA slovenské ženy setkaly při domácím porodu (1–1 %), při domácích návštěvách (13–8 %), na novorozeneckém oddělení (13–8 %)

a na gynekologickém oddělení (25–15 %). S PA se dosud nesetkalo 17–10 % slovenských respondentek (vzhledem k vyššímu podílu mladých a bezdětných žen).

22 % slovenských respondentek se se službami PA již setkalo, 29 % by o tyto služby mělo zájem pokud budou hrazeny ze zdravotního pojištění, 22 % by o tyto služby mělo zájem i když nebudou hrazeny ze zdravotního pojištění a 27 % nemá o uvedené služby PA zájem. Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi zájmem českých žen a zájmem slovenských žen o služby porodních asistentek v primární a komunitní péči v ČR a ve SR. Byla však potvrzena závislost mezi informovaností a zájmem českých i slovenských žen o služby českých i slovenských PA. Informovanost žen je malá.

U porodu v domácích podmínkách (cca 70 %) nebo v porodním domě (cca 40 %) je podíl českých žen a PA, které o ně nemají zájem podobný. Také podíl slovenských žen a PA, které o porod v domácích podmínkách (cca 75 %) a v porodním domě (cca 60 %) nemají zájem, je podobný. Zajímavé ale je, že u všech ostatních činností je podíl českých a slovenských žen, které o tyto služby nemají zájem, nižší než podíl českých a slovenských PA, které nemají zájem je poskytovat.

DISKUZE

Výsledky výzkumného šetření jsou z hlediska existujících překážek v primární a komunitní péči PA obecně v souladu se závěry jiných prací.

ICM a WHO v roce 2006 poukázaly na problémy se zabezpečením primární a komunitní péče v porodní asistenci v mnoha státech světa, zasahující do úpravy legislativy a vytváření prostředí pro praxi, vzdělávání, monitorování a hodnocení práce PA. „Strategie, doporučené WHO a ICM, však naráží na odpor mnohých národních vlád v důsledku nárůstu péče, poskytované gynekology“ (Vermeulen et al., 2019). „Problémy zasahují do úpravy legislativy a vytváření prostředí pro praxi, vzdělávání, monitorování a hodnocení práce PA“ (Pettersson, Sherratt a Moyo, 2006). „Chybí standardizace primární a komunitní porodní asistence, není definovaný rozsah její praxe a chybí praktická příprava v rámci vzdělávání pro získání kvalifikace a specializace komunitní PA“ (Renfrew et al., 2014; de Jonge et al., 2015). „V důsledku změny specifické úlohy komunitních PA dochází i k nepřesnosti v rámci definice, neodrážející změny v rozsahu praxe, které aktuální komunitní porodní asistence vyžaduje“ (de Jonge et al., 2015). „Problém je, že vzdělávání je většinou založené na teorii a chybí skutečné a přiměřené praktické zkušenosti. Plné zvládnutí kompetencí (vědomostí, zručností, postojů a zkušeností), které jsou potřebné na pomoc ženě během těhotenství, porodu a šestinedělí, je možné získat jen prostřednictvím přiměřeného množství zkušeností v klinické praxi pod dohledem zkušené PA z komunity a lékaře“ Sherratt (2013). „Problémem ve vzdělávání PA pro komunitní péči je zabezpečit praxi v komunitním prostředí, když tato až na výjimky neexistuje“ (Hendrych Lorenzová, 2016).

Je zřejmé, že většina překážek-bariér v rozvoji primární a komunitní péče vychází z problémů ve vztazích mezi porodními asistentkami a lékaři-gynekology. Ve studiích (Rooks, 1999; Barger, 2005) se uvádí problémy ve vztahu lékařů k PA již začátkem 20. století. Ve zprávě WHO, ICM a White Ribbon Alliance (2016) se uvádí, že „v některých

situacích může pro lékaře-gynekologa porodní asistentka skutečně představovat určité ohrožení”.

V podmínkách, které existují v ČR a ve SR, však o ohrožení gynekologů nelze hovořit. Jedinou činností, ve které si obě profese konkurují, je vyšetření fyziologicky těhotných žen (i v zemích, kde překážky-bariéry neexistují, však poskytují PA max. 5–10 % těchto vyšetření). Ostatní činnosti PA doplňují péči gynekologa a bez nich není primární a komunitní péče o ženu a dítě komplexní, kvalitní a dostupná.

„Je potřebné zlepšení koordinace a meziprofesioní komunikace v kontinuitě sdílení informací nejen mezi PA a lékařem-porodníkem, ale také mezi primární a sekundární péčí” (Schölmerich et al., 2014). „Obecně jsou výrazné hierarchické struktury, fragmentace péče, nedostatek respektu a důvěry, nejasnosti v oblasti zodpovědnosti a pravomocí klíčovými překážkami meziprofesioní spolupráce a komunikace” (Smith, 2015; Aquino et al., 2016). „PA vnímají svoje pracovní prostředí jako napjaté s vysokým rizikem konfliktů” (McFarland et al., 2020). „Profesionální disonance způsobená nesrovnalostmi v profesionální etice a očekáváními od komunikačních struktur a koordinačních mechanismů se považuje za ústřední příčinu” (Smith, 2015; Hansson et al., 2022). „Celkově heterogenní základní odborné chápání (fyziologické vs. patologické) narušují konkurenční porodní koncepty (domácí vs. klinický porod nebo normální-přirozený vs. lékařsky vedený porod) a tradičně determinované koncepty péče (důvěra v normalitu porodu vs. porod jako vysoce riziková událost). Tyto aspekty mohou posilovat pocity vymezení mezi profesionálními skupinami (PA a lékaři) a bránit společné vizi nebo filozofii péče” (Reiger, 2008; Reiger a Lane, 2009; Behruzi et al., 2017; McFarland et al., 2020). „Pokud PA dodržují biopsychosociální model péče namísto medicínského modelu péče, může někdy vznikat napětí mezi PA a gynekologem-porodníkem ohledně řízení péče, způsobené nerovným paradigmatickým. Aby bylo obecně možné zavést péči PA, zaměřenou na ženy a jejich rodiny, bylo by konstruktivní přijmout prohlášení o hodnotě této péče, podporované skupinami poskytovatelů, tvůrci zdravotních politik a zdravotními pojišťovnami” (Fontein-Kuipers, de Groot a van Staa, 2018). „Jak ženy, tak PA dnes čelí výzvám převažujícího poskytování péče, které se vyznačuje nedostatkem času pro jednotlivce, omezeným prostorem pro rozhodování, hierarchickou a medikalizovanou péčí a nedostatky ve vzdělávání PA, které převažují nad základními kompetencemi PA. Ženy i PA v Evropě mají společné zkušenosti (dvě strany jedné mince), kvůli nimž jsou nespokojeny se současným stavem. Podobně se vyjadřují i ženy a PA v Německu, dosud zde však nebyla na národní úrovni provedena komplexní studie, která by zkoumala názory na péči PA jako celek, spíše než aby se zabývala přáními žen ohledně konkrétních intervencí nebo vybraných prostředí. V Německu neexistuje regulační instituce, a tudíž nejsou k dispozici systematické a spolehlivé údaje o odhadovaných 22 500 PA a péči, kterou poskytují, kromě údajů od sdružení pro kvalitu porodů mimo nemocnici” (Lohmann, Mattern a Ayerle, 2018).

Je zřejmé, že aby komunikace a spolupráce mezi PA a gynekology a porodníky fungovala, musí mít zájem obě strany. Proto je nutné ocenit přístup českých nemocničních gynekologů a porodníků, kteří v souvislosti s vytvářením center porodní asistence v českých porodnicích uznali nevhodnost indikace lékaře při fyziologickém porodu, vedeném PA v porodnici a souhlasili s jeho odstraněním.

Bohužel jsme v ČR a ve SR nenašly práce s podobným cílem výzkumu (hodnocení překážek-bariér a zájem o PKP z pohledu PA a z pohledu žen-klientek) a srovnatelnými výsledky. V zemích západní Evropy (i vzdálené Austrálii nebo Kanadě) se PA zabývají jednotlivými činnostmi a problémy při poskytování péče, v ČR a ve SR stále řešíme prvotní otázku „proč u nás primární a komunitní péče PA nefunguje?“

ZÁVĚR

Provedly jsme posouzení vývoje péče v oboru gynekologie a porodnictví a porodní asistence od roku 1991 na základě údajů zdravotnické statistiky. Můžeme konstatovat, že v ČR i ve SR, se v porovnání s doporučeními WHO vývoj ubíral opačným směrem a to k dalšímu výraznému posílení medikalizace a omezení porodní asistence. Dále jsme v české a slovenské legislativě identifikovaly hlavní překážky-bariéry pro primární a komunitní péči PA.

Podle výsledků našeho výzkumného šetření polovina českých a většina slovenských PA vnímá vnější překážky-bariéry jako velké nebo spíše velké, mezi vnímanými překážkami-bariérami respondentky nejčastěji uváděly nedostatečnou podporu státu a zdravotních pojišťoven, nevyhovující legislativu a odpor (většiny soukromých) gynekologů. Naše zjištění se shodují s hodnocením situace ze strany ICM a WHO, které uvádí, že mnohé rozvinuté země, v důsledku významného vlivu technokratů, nedokázaly vybudovat systém péče, založený na skutečných potřebách žen a zabezpečit funkční, komplexní a dostupné služby PA.

Setkáváme se s nepodloženým tvrzením, že vlastně samy české a slovenské PA nemají zájem primární a komunitní péči poskytovat a ani české a slovenské ženy nemají o tyto služby PA zájem. Naše výzkumné šetření dospělo k opačnému výsledku. České i slovenské PA mají zájem poskytovat primární a komunitní péči a byl potvrzen také zájem českých i slovenských žen o služby českých a slovenských PA v primární a komunitní péči.

Literatura

AQUINO, M. R. et al. Midwives' and health visitors' collaborative relationships: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *International journal of nursing studies* [online]. 2016, vol. 62, p. 193–206. ISSN 1873-491X. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2016.08.002.

BARGER, M. K. Midwifery practice: Where have we been and where are we going? *Journal of midwifery & women's health* [online]. 2005, vol. 50, no. 2, p. 87–90. ISSN 1542-2011. DOI: 10.1016/j.jmwh.2004.12.013.

BEHRUZI, R. et al. Understanding factors affecting collaboration between midwives and other health care professionals in a birth center and its affiliated Quebec hospital: a case study. *BMC pregnancy and childbirth* [online]. 2017, vol. 17, no. 1. ISSN 1471-2393. DOI: 10.1186/s12884-017-1381-x.

DE JONGE, A. et al. The importance of evaluating primary midwifery care for improving the health of women and infants. *Frontiers in medicine* [online]. 2015, vol. 2. ISSN 2296-858X. DOI: 10.3389/fmed.2015.00017.

FONTEIN-KUIPERS, Y., DE GROOT, R. and VAN STAA, A. Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus. *European journal of midwifery* [online]. 2018, vol. 2. ISSN 2585-2906. DOI: 10.18332/ejm/91492.

HANSSON, M. et al. Job satisfaction in midwives and its association with organisational and psychosocial factors at work: a nation-wide, cross-sectional study. *BMC Health Services Research* [online]. 2022, vol. 22, no. 1. ISSN 1472-6963. DOI: 10.1186/s12913-022-07852-3.

HENDRYCH LORENZOVÁ, E. *The Community Midwifery Care in Great Britain and in The Czech Republic* [online]. EU Birth Research Project. WordPress.com, 2016. Available from: <https://eubirthresearch.files.wordpress.com/2015/09/stsm-report-hendrych-lorenzova1.pdf>.

LOHMANN, S., MATTERN, E. and AYERLE, G. M. Midwives' perceptions of women's preferences related to midwifery care in Germany: A focus group study. *Midwifery* [online]. 2018, vol. 61, p. 53–62. ISSN 1532-3099. DOI: 10.1016/j.midw.2018.02.005.

MCFARLAND, A. et al. The experiences of midwives in integrated maternity care: a qualitative metasynthesis. *Midwifery* [online]. 2020, vol. 80. ISSN 1532-3099. DOI: 10.1016/j.midw.2019.102544.

PETTERSSON, K. O., SHERRATT, D. and MOYO, N. *Midwifery in the community: lessons learned* [online]. UNFPA, 2006. [cit. 8. 10. 2021]. Available from: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2006/midwifery_eng.pdf.

REIGER, K. Domination or mutual recognition? Professional subjectivity in midwifery and obstetrics. *Social Theory & Health* [online]. 2008, vol. 6, p. 132–147. ISSN 1477-822X. DOI: 10.1057/palgrave.sth.2007.12.

REIGER, K. M. and LANE, K. L. Working together: collaboration between midwives and doctors in public hospitals. *Australian health review* [online]. 2009, vol. 33, no. 2, p. 315–324. ISSN 1449-8944. DOI: 10.1071/ah090315.

RENFREW, M. J. et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet* [online]. 2014, vol. 384. ISSN 1474-547X. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60789-3.

ROOKS, J. P. The midwifery model of care. *Journal of nurse-midwifery* [online]. 1999, vol. 44, no. 4, p. 370–374. ISSN 0091-2182. DOI: 10.1016/S0091-2182(99)00060-9.

SHERRATT, D. R. Strengthening health systems by focusing on community midwifery. *Humanitaire* [online]. 2013, vol. 35, p. 68–79. [cit. 9. 9. 2021]. ISSN 2105-2522. Available from: <http://journals.openedition.org/humanitaire/2286>.

SCHÖLMERICH, V. L. et al. Improving interprofessional coordination in Dutch midwifery and obstetrics: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth* [online]. 2014, vol. 14. ISSN 1471-2393. DOI: 10.1186/1471-2393-14-145.

SMITH, D. C. Midwife–physician collaboration: a conceptual framework for interprofessional collaborative practice. *Journal of midwifery & women's health* [online]. 2015, vol. 60, no. 2, p. 128–139. ISSN 1542-2011. DOI: 10.1111/jmwh.12204.

VERMEULEN, J. et al. Failure or progress?: The current state of the professionalisation of midwifery in Europe. *European journal of midwifery* [online]. 2019, vol. 3. ISSN 2585-2906. DOI: 10.18332/ejm/115038.

WHO, ICM and THE WHITE RIBBON ALLIANCE (eds.). *Midwives' Voices Midwives' Realities. Findings from a global consultation on providing quality midwifery care* [online]. World Health Organization, 2016. [cit. 8. 10. 2021]. ISBN 978-92-4-151611-2. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250376/9789241510547-eng.pdf?sequence=1>.

Kontakt

Mgr. Bc. Radmila Dorazilová, PhD.
dorazilova.radmila@gmail.com

KONTROLA MIKROBIOLOGICKEJ KONTAMINÁCIE PRACOVNÝCH NÁSTROJOV A POVRCHOV V PREVÁDZKACH PEDIKÚR

IDENTIFICATION OF MICROBIOLOGICAL CONTAMINATION OF WORKING INSTRUMENTS AND SURFACES IN PEDICURE FACILITIES

Michaela Isteníková¹, Kvetoslava Koppová², Tatiana Rapčíková³

Abstrakt

Východiská: Prevádzky pedikúr patria medzi zariadenia starostlivosti o ľudské telo, ktoré sa z hľadiska prenosu infekčných ochorení zaraďujú k rizikovým ľudským činnostiam. Dôvodom je manipulácia s rôznorodými pomôckami, ktorých nedostatočná dezinfekcia môže viesť k vzniku infekcií u klientov pedikúr.

Ciele: Testovať účinnosť vykonávanej dezinfekcie pracovných prístrojov, nástrojov a povrchov v zariadeniach pedikúr sterovou metódou.

Súbor a metodika: Bolo zrealizovaných 100 odberov v 10 prevádzkach pedikúr v Banskej Bystrici. Analýza bola zameraná len na bakteriálne, nie na mykotické či parazitárne infekcie.

Výsledky: Zo základného súboru bolo identifikovaných 43 vzoriek (43 %) ako pozitívnych na prítomnosť mikroorganizmov a 57 vzoriek (57 %) ako negatívnych. Zo všetkých vzoriek bolo 31 vzoriek (31 %) pozitívnych na *Staphylococcus epidermidis*, 5 vzoriek (5 %) pozitívnych na aeróbne sporuláty, 4 vzorky (4 %) pozitívne na *Escherichia coli*, 2 vzorky (2 %) pozitívne na *Pseudomonas aeruginosa*, 1 vzorka (1 %) pozitívna na *Pseudomonas* spp., 1 vzorka (1 %) pozitívna na viridujúce streptokoky.

Záver: Zisťovanie mikrobiologickej kontaminácie pomocou sterovej metódy a použité postupy mikrobiologickej identifikácie majú svoje opodstatnenie. Objektívne preukazujú dostatočnosť alebo nedostatočnosť vykonávanej dekontaminácie, čo je podkladom pre prijímanie a realizáciu nápravných opatrení v prevádzkach pedikúr.

Kľúčové slová

pedikúra, mikrobiologická kontaminácia, kontrola, sterová metóda

¹ Centrálny laboratórny komplex, Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta Banská Bystrica

² Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici

³ Fakulta zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici

Abstract

Background: Pedicures belong to facilities providing care for human body. Considering occurring transmission of infectious diseases these are classified as risky human activities. The reason is manipulation with various aids, which if not properly sanitized, may lead to the onset of infections in pedicure clients.

Aims: To test efficiency of performed disinfection of working instruments, devices and surfaces in pedicures applying swab method.

File and Methodology: 100 samples from 10 facilities in Banská Bystrica were taken. The analysis focused only on bacterial contamination, excluding mycotic or parasitic infections.

Results: In the file were 43 samples (43%) identified positive for the presence of microorganisms, 57 samples (57%) were negative. Out of all taken samples, in 31 samples (31%) were identified *Staphylococcus epidermidis*, 5 samples (5%) contained aerobic sporulates, 4 samples (4%) contained *Escherichia coli*, 2 samples (2%) contained *Pseudomonas aeruginosa*, 1 sample (1%) was positive for *Pseudomonas* spp., and 1 sample (1%) contained viridating streptococci.

Conclusion: The work has proven the high usefulness of swab method and other applied practices, as these can objectively prove either sufficient or insufficient decontamination performed in the pedicures. This is the basis for performance of suitable corrective or preventive actions.

Keywords

pedicure, microbiological contamination, identification, swab method

ÚVOD

Jednou z činností regionálnych úradov verejného zdravotníctva (ďalej RÚVZ) je vykonávanie kontroly mikrobiologickej kontaminácie pracovných nástrojov a povrchov v zariadeniach starostlivosti o ľudské telo, ktoré možno prevádzkovať len vtedy, ak spĺňajú požiadavky na stavebno-technické riešenie, priestorové usporiadanie, vybavenie a vnútorné členenie. Zákon č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia ustanovuje povinnosť používať také pracovné postupy, prístroje, nástroje, pomôcky a prípravky, aby pri poskytovaní služieb nedošlo k ohrozeniu alebo poškodeniu zdravia (§ 23 ods. (3) písm. a) zákona č. 355/2007 Z. z.).

Činnosti v zariadeniach starostlivosti o ľudské telo patria medzi epidemiologicky závažné činnosti (§ 15 ods. (2) písm. b) zákona č. 355/2007 Z. z.). Možno ich vykonávať len v zariadeniach, ktoré spĺňajú hygienické požiadavky podľa vyhlášky MZ SR č. 554/2007 Z. z. o podrobnostiach a požiadavkách na zariadenia starostlivosti o ľudské telo v platnom znení (§§ 2, 5 a 6 vyhlášky MZ SR č. 554/2007 Z. z.). Vyhláška, okrem iného, ustanovuje aj požiadavky na pracovné postupy, prístroje, nástroje, pomôcky a prípravky používané v zariadeniach pedikúr. Preferované sú pomôcky na jednorazové použitie a pomôcky umožňujúce ich ľahké čistenie, dezinfekciu a sterilizáciu pri opakovanom použití. Kontrola procesu dezinfekcie v zariadeniach starostlivosti o ľudské telo, vrátane pedikúr, ktoré boli v rámci uvedených prevádzok cieľom nášho testovania, bola zameraná na účinnosť a kvalitu dezinfekčných postupov. Na zistenie, akým prípravkom bola dezinfekcia vykonaná a či bola efektívna sa používajú viaceré metódy (Štefkovičová et al., 2007).

CIEĽ PRÁCE

Cieľom práce bolo zistiť mikrobiologickú kontamináciu pracovných prístrojov, nástrojov a povrchov sterovou metódou vo vybraných prevádzkach starostlivosti o ľudské telo – pedikúr. V rámci štátneho dozoru sa v prevádzkach pedikúr zisťuje aj prítomnosť patogénov spôsobujúcich mykotické infekcie, avšak cieľom našej práce bolo zamerať sa len na prípadnú bakteriologickú kontamináciu.

METODIKA PRÁCE

Kontrola mikrobiologickej kontaminácie predmetov a plôch bola realizovaná v desiatich náhodne vybraných prevádzkach pedikúr v Banskej Bystrici pracovníkmi RÚVZ v Banskej Bystrici, ktorí realizovali sterovou metódou 100 odberov vzoriek. Odbery a ich analýza boli vykonané podľa štandardného pracovného postupu laboratória mikrobiológie životného prostredia (ďalej LMŽP) RÚVZ vypracovaného pre určenie mikrobiálnej kontaminácie predmetov a plôch sterovou metódou (Fatkulínová a Strhársky, 2014).

Princíp metódy spočíva v kvalitatívnej skúške potvrdzujúcej prítomnosť životaschopných mikroorganizmov na kontrolovanej ploche. Postup je založený na pomnožení mikroorganizmov v tekutých kultivačných médiách a ich následnej kultivácii na pevných médiách. Vyhľadávajú sa všetky mikroorganizmy schopné vyrásť na použitých médiách, ako napr.: gramnegatívne fermentujúce paličky (čelad' *Enterobacteriaceae*, rody *Salmonella*, *Shigella*, *Citrobacter*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Yersinia* a pod.); gramnegatívne nefermentujúce paličky (rody *Pseudomonas*, *Aeromonas*, *Acinetobacter*, *flavobaktérie*); grampozitívne koky (alfa a beta hemolytické streptokoky, rody *Staphylococcus*, *Sarcina* a pod.).

Sterová metóda pozostáva z odberu vzorky sterilným vatovým tampónom podľa potreby navlhčeným v sterilnom fyziologickom roztoku. Tampón sa vkladá do dvoch tekutých kultivačných médií – živného bujónu a selenitovej pôdy. Stery sa odoberajú z plochy 10 x 10 cm rázne a rýchlo s dôrazom na využitie celej plochy tampónu a tých častí plochy, ktoré by mohli byť pred dezinfekčným roztokom „skryté“ (záhyby, drsné miesta).

Vzorky boli spracované v LMŽP RÚVZ a uložené do termostatu pri $37\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 1\text{ }^{\circ}\text{C}$ na 24 až 48 hodín. Každé médium bolo denne kontrolované na prítomnosť zákalu, tvorbu sedimentu alebo povrchovú blanku na hladine média. Po skončení inkubácie bolo vyočkované na tuhú kultivačnú pôdu (živný bujón na krvný agar a Mac Conkey agar; selenitová pôda na Mac Conkey agar) a inkubované 24 hodín pri teplote $37\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 1\text{ }^{\circ}\text{C}$. Na základe morfológických, mikroskopických a biochemických vlastností sa hodnotili druhy prítomných mikroorganizmov a najčastejšie miesta ich výskytu. Vyrastené kolónie na Petriho miskách boli hodnotené morfológicky – farbením podľa Grama a následne mikroskopicky. V prípade potreby bližšej identifikácie boli použité metódy na určenie biochemických vlastností mikroorganizmov.

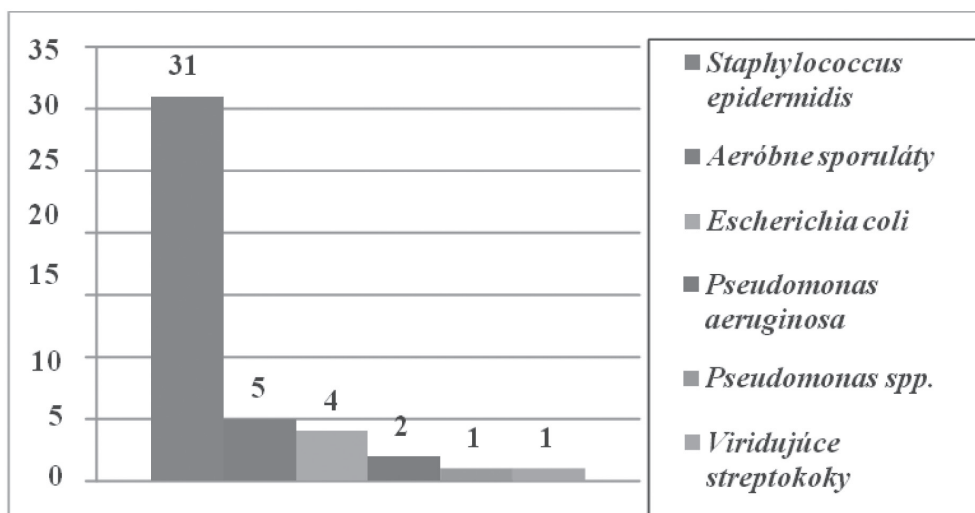
VÝSLEDKY

Z celkového počtu 100 vzoriek sme zaznamenali 43 vzoriek (43 %) pozitívnych na prítomnosť mikroorganizmov a 57 vzoriek (57 %) negatívnych – bez prítomnosti mikroorganizmov.

Rozdelenie vzoriek podľa druhu identifikovaných mikroorganizmov predstavuje graf 1:

- 31 vzoriek (31 %) bolo pozitívnych na *Staphylococcus epidermidis*
- 5 vzoriek (5 %) bolo pozitívnych na aeróbne sporuláty
- 4 vzorky (4 %) boli pozitívne na *Escherichia coli*
- 2 vzorky (2 %) boli pozitívne na *Pseudomonas aeruginosa*
- 1 vzorka (1 %) bola pozitívna na *Pseudomonas spp.*
- 1 vzorka (1 %) bola pozitívna na viridujúce streptokoky

Graf 1 Rozdelenie vzoriek podľa druhu identifikovaných mikroorganizmov



Najčastejšie miesta kontaminácie mikroorganizmami a počet vzoriek sterov pozitívnych na dané mikroorganizmy sú sumárne uvedené v tab. 1.

Tab. 1 Najčastejšie miesta kontaminácie mikroorganizmami – počet vzoriek sterov pozitívnych na dané mikroorganizmy

	Staphyloc. epidermidis	Aeróbne sporuláty	Escherichia coli	Pseudomonas aeruginosa	Pseudomonas spp.	Viridujúce streptokoky
Pracovný stolík	7	1	1	-	-	-
Odtok umývadla	3	1	-	2	1	1
Úložný priestor umývadla	1	2	1	-	-	-
Dno vaničky	3	-	1	-	-	-
Kreslo	4	-	-	-	-	-
Podnožka	3	1	-	-	-	-
Bielizeň	4	-	-	-	-	-
Odtok vaničky	1	-	-	-	-	-
Stena vaničky	-	-	1	-	-	-
Škrabka	1	-	-	-	-	-
Medziprstová hubka	1	-	-	-	-	-
Rúčka na fréžku (prístroj)	1	-	-	-	-	-
Sterilizovaná frézka	1	-	-	-	-	-
Sterilizovaná rúčka na čepieľku	1	-	-	-	-	-

Z grafu 1 je zřejmé, že nejčastěji nájdeným mikroorganizmom bol *Staphylococcus epidermidis* (31 % sterov). Tvorí hlavnú časť normálnej mikroflóry kože a slizníc, ale za určitých okolností môže spôsobiť endokarditídy, infekcie rán, oka či močového mechúra, a to najmä u ľudí s oslabenou imunitou či so zavedenými a implantovanými pomôckami vyrobenými prevažne z umelohmotných polymérov, pretože má vysokú schopnosť prilnúť na takéto povrchy. K prenosu infekcie môže dôjsť aj kontaminovanými pomôckami či nástrojmi, pri ktorých je vstupnou bránou najčastejšie poranená koža pri poskytovaní pedikúry (Votava et al., 2003). Druhým najčastejším nálezom boli aeróbne sporuláty (5 % sterov). Sú často prítomné vo vzorkách z prostredia, vo vzduchu a v prachu a z hľadiska patogenity nemajú veľký význam. Poukazujú však na nedostatočnú úroveň mechanickej očisty, dezinfekcie plôch, vetrania a odstraňovania prachu navlhko.

Za závažnejší nález považujeme prítomnosť *Escherichie coli* (4 % sterov), ktorá je bežnou súčasťou mikroflóry črevného traktu. Patrí však do skupiny oportúnnych (fakultatívnych) patogénov a mimo čreva môže spôsobiť najmä infekcie močových ciest, rán, dýchacieho systému či novorodenecké sepsy. Najčastejšie ide o kmene z vlastnej mikroflóry, prípadne prenos baktérií kontaminovanými predmetmi či potravinou (Votava et al., 2003).

Ďalším problematickým nálezom boli tri vzorky pozitívne na *Pseudomonas aeruginosa*, resp. *Pseudomonas* spp. *Pseudomonas aeruginosa* spôsobuje širokú škálu infekcií, a to najmä u ľudí s oslabenou imunitou, s diabetes, pri popáleninách. Môže vyvolať aj osteomyelitídy, sepsy či infekcie oka. Ostatné druhy pseudomonád spôsobujú infekcie menej často. Pri vysokej kontaminácii prostredia sa môžu zaviesť do organizmu a uplatniť pri hnisavých infekciách oka, zápaloch stredného ucha, kĺbov či endokarditídach (Votava et al., 2003).

V jednej vzorke boli dokázané viridujúce streptokoky. Prenos tejto infekcie sa môže uskutočniť kontaktom s infikovanou kožou alebo sa infekcia môže zaniest do organizmu kontaminovanými predmetmi pri poskytovaní pedikúry (Votava et al., 2003).

DISKUSIA

Pomocou sterovej metódy určenej na kontrolu mikrobiologickej kontaminácie bol vykonaný odber vzoriek z pracovných plôch a nástrojov v desiatich prevádzkach pedikúr v meste Banská Bystrica. Vyberané boli miesta s predpokladaným najväčším výskytom mikroorganizmov, ktoré sú v najbližšom kontakte s ľudským telom, resp. môžu poškodiť celistvosť kože a týmto spôsobom zaniest rôzne mikroorganizmy do rany. V rámci 31 pozitívnych vzoriek (31 %) išlo o baktériu *Staphylococcus epidermidis*, ktorá je súčasťou normálnej mikroflóry kože a slizníc. Preto je bežné, že ju nájdeme prítomnú na miestach, ktoré prišli do kontaktu s ľudským telom. Najčastejšie bola nájdená v steroch odobratých z pracovného stolíka, kresla a bielizne. Ako už bolo uvedené, keď je človek zdravý, baktéria nie je schopná spôsobiť vznik infekčného ochorenia, avšak v krajných prípadoch je schopná uplatniť sa ako podmienený patogén.

Viacerí autori sa venujú problematike patogénov v zariadeniach zameraných na starostlivosť o ľudské telo a vo svojich prácach prezentujú výsledky výskumov

poukazujúce na prítomnosť patogénov na povrchu zariadení a nástrojov používaných v uvedených prevádzkach.

Na uvedenú skutočnosť pamätá dokonca i liekopis USA zameraný, okrem iného, i na prítomnosť mikroorganizmov v kozmetických výrobkoch, z ktorých mnohé sa používajú práve v zariadeniach starostlivosti o ľudské telo. Za indikátory kontaminovanej kozmetiky považuje 4 druhy baktérií: *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Salmonella species* a *Escherichia coli* (Alharbi a Alhashim, 2021).

Onajobi et al. (2015) izolovali v zariadeniach pedikúr z grampozitívnych baktérií v najvyššej miere *Staphylococcus epidermidis* a *Staphylococcus aureus*. Ich štúdia potvrdila, že je nevyhnutné zvýšiť hygienický štandard zariadení ako prevenciu prenosu s nimi spojených ochorení. Podobnú skúsenosť má aj Enemour et al. (2013), ktorí realizovali výskum v kaderníctvach a salónoch krásy, pričom *Staphylococcus epidermidis* bol druhým najčastejšie sa vyskytujúcim mikróboom, a to hlavne na kefách, vlasových natáčkach a sponkách.

Alharbi a Alhashim (2021) realizovali výskum v kozmetických salónoch, kde vo vzorkách z povrchov zariadení objavili stafylokoky a streptokoky vyskytujúce sa v najväčšom množstve na nožniciach. K podobnému zisteniu dospeli aj Ebuara et al. (2020), ktorí sa zamerali na obchody a kadernícke salóny barberov. Z 300 vzoriek 120 preukázalo prítomnosť baktérií a húb vyskytujúcich sa predovšetkým na hrebeňoch a nožniciach. Viaceré z baktérií boli patogénne i pre človeka.

Z uvedeného vyplýva, že nielen v prevádzkach pedikúr, ale aj v ďalších zariadeniach realizujúcich starostlivosť o ľudské telo, prevažujú z diagnostikovanej mikrobiálnej flóry práve stafylokoky a streptokoky.

V prípade piatich pozitívnych vzoriek (5%) išlo o *aeróbne sporuláty* časté vo vzorkách z prostredia. Ide o zmes mikroorganizmov, ktoré z hľadiska patogenity nemajú veľký význam. Poukazujú na nedostatočnú úroveň mechanickej očisty, odstraňovania prachu navlhko, vetrania a nedôkladnú dezinfekciu plôch. Pri identifikácii vzoriek sme spozorovali v zmesi kolónií aj *Bacillus cereus*, ktorý je po požití vo vysokých dávkach schopný vyvolať alimentárne infekcie. V prípade jeho identifikovania zo sterov odobratých zo zariadení spoločného stravovania môžeme o ňom právom usudzovať ako o pôvodcovi gastrointestinálnych problémov a v zariadení by bolo nutné realizovať nápravné opatrenia. Štyri vzorky (4%) boli pozitívne na *Escherichia coli*. V prípade kontaminácie ostrých nástrojov, ktoré môžu porušiť celistvosť kože, by mohlo dôjsť k infikovaniu rany a rozvoju infekcie. V rámci jednej prevádzky bola baktéria zistená v dvoch vzorkách vaničky znečistenej z predchádzajúceho dňa. V prípade, že by pri vykonávaní pedikúry došlo k poškodeniu pokožky a u klienta by sa použila kontaminovaná vanička, pri styku s pokožkou nohy by mohlo dôjsť k infikovaniu rany. V ďalšej prevádzke bol kontaminovaný pracovný stolík, z ktorého by sa mohla táto baktéria dostať na iné predmety bežnej potreby a po vniknutí do organizmu spôsobiť vznik infekčného ochorenia (Votava et al., 2003).

V prípade dvoch pozitívnych vzoriek (2%) išlo o *Pseudomonas aeruginosa*, ktorý sa nachádzal v stere z odtoku umývadla. V tomto prípade ide o patogénny mikroorganizmus,

ktorý spôsobí infekčné ochorenie takmer vždy po vniknutí do organizmu. Uplatňuje sa pri rôznych typoch povrchových a v rámci tzv. nozokomiálnych infekcií, ktoré je pomerne ťažké liečiť, nakoľko baktéria je primárne rezistentná na mnohé bežne používané antimikrobiálne látky (Greenwood et al., 1999). Podobnú skúsenosť má aj Onajobi et al. (2015), ktorí izolovali *Pseudomonas aeruginosa* v zariadeniach pedikúr. Uvedená skutočnosť bola striktným podnetom k tomu, aby vlastníci a pracovníci pedikúr udržiavali absolútnu čistotu v snahe vyvarovať sa kontaminácii príslušných zariadení.

V prípade jednej pozitívnej vzorky odobratej z odtoku umývadla sme prišli k záveru, že vo vyšetrovanej vzorke nejde o prítomnosť *Pseudomonas aeruginosa*, ale o iný druh rodu *Pseudomonas*. Vzorku sme uzavreli ako *Pseudomonas* spp. Tieto druhy pseudomonád sa môžu pri vysokej kontaminácii prostredia alebo pracovných pomôcok uplatniť pri vzniku hnisavých infekcií oka, zápaloch kĺbov či endokarditídach (Votava et al., 2003).

Prítomnosť *Pseudomonas* spp. a *Escherichie coli*, ako jedných z najčastejšie sa vyskytujúcich baktérií v ženských salónoch krásy, dokázali aj Dadashi a Dehghanzadeh (2016). Baktérie sa nachádzali hlavne v spoločne používanej kozmetike, čo zvyšuje riziko kontaminácie. Z uvedeného dôvodu autorky preferujú používanie individuálnej kozmetiky a navrhujú zintenzívniť kontrolu zameranú na hygienu v salónoch krásy.

Jedna vzorka obsahovala mikroorganizmy, ktoré boli analýzou zaradené do skupiny viridujúcich streptokokov. Ide o heterogénnu skupinu, do ktorej patrí napr. *Streptococcus mutans*, *S. sanguis*, *S. salivarius* a iné, ktoré sú aj súčasťou normálnej mikroflóry dutiny ústnej či čriev. Podieľajú sa najmä na tvorbe zubného kazu. Pri poskytovaní pedikúry môžu spôsobiť vážnejšie infekcie u ľudí s oslabenou imunitou alebo môžu „nasadnúť“ ako sekundárna infekcia na už postihnuté miesto (Greenwood et al., 1999).

Barn a Chen (2011) sa venovali výskumu zameranému na prítomnosť mykobaktérií v zariadeniach pedikúr. Nami realizovaná štúdia nepreukázala výskyt týchto baktérií, ale i napriek tomu ju uvádzame, pretože autori dokázali významnú spojitosť medzi používaním vaničiek s recirkulujúcou vodou ako dôležitého rizikového faktora infekcií nôh. Baktérie sa v pedikúrach môžu nachádzať aj vo vzduchu, čo vo svojej práci prezentoval Tinley, Eddy a Collier (2014). Pri podiatrických prácach týkajúcich sa odstraňovania rohovinových nechtov sa využíva prístroj s vysokou rýchlosťou, pričom kontaminovaný prach z nechtov zostáva po danom zákroku prítomný v miestnosti aj 10–16 hodín. Autori zdôrazňujú nevyhnutnosť používania tvárových masiek ako ochrany pred vdychovaním choroboplodných zárodkov.

ZÁVER

Na základe zhodnotenia dosiahnutých výsledkov sme poukázali na skutočnosť, že v prevádzkach pedikúr sa aj napriek dôkladne spracovaným postupom dekontaminácie nachádzajú rôzne mikroorganizmy, ktoré by mohli pri neodborne poskytnutej starostlivosti prispieť k vzniku infekčných ochorení. Objektívne preukázanie dostatočnosti, resp. nedostatočnosti vykonávanej dekontaminácie je odborným podkladom pre prijímanie a realizáciu nápravných opatrení v prevádzkach pedikúr, ktoré sú z hľadiska rizika prenosu

infekčných ochorení a uplatňovania preventívnych opatrení významnými zariadeniami, nakoľko služby v nich poskytované majú charakter osobných služieb, kedy dochádza ku priamemu kontaktu klienta a personálu.

Prevádzkovatelia nami skúmaných zariadení boli oboznámení s výsledkami a poučení aj o nedostatočnej úrovni zabezpečenia hygienických požiadaviek a nutnosti okamžitého zlepšenia situácie, a to najmä v zariadeniach so zisteným výskytom *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Pseudomonas* spp. a viridujúcich streptokokov. Zlepšenie hygienickej úrovne je však opodstatnené aj v prevádzkach s výskytom aeróbných sporulátov.

Po vykonaní opatrení boli v prevádzkach s nevyhovujúcimi výsledkami vzoriek realizované opakované stery z miest s výskytom aeróbných sporulátov, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Pseudomonas* spp. a viridujúcich streptokokov. Následne bola preukázaná vyhovujúca mikrobiologická úroveň, kedy z opakovaných trinástich sterov bolo deväť vzoriek sterov pozitívnych (69 %) na *Staphylococcus epidermidis* a štyri negatívne (31 %). Je taktiež potrebné zvyšovať povedomie verejnosti o rizikách prenosu chorôb prostredníctvom prístrojov a nástrojov používaných v pedikúrach a iných zariadeniach starostlivosti o ľudské telo, mimo iného napríklad aj používaním vlastných kozmetických pomôcok.

Literatúra

ALHARBI, N. M. and ALHASHIM, H. M. Beauty salons are key potential source of disease spread. *Infection and drug resistance* [online]. 2021, vol. 14, p. 1247–1253. [cit. 20. 11. 2023]. ISSN 1178-6973. DOI: 10.2147/IDR.S303461.

BARN, P. and CHEN, T. *Infections associated with personal service establishments: aesthetics* [online]. National Collaborating Centre for Environmental Health, 2011. [cit. 3. 4. 2019]. Available from: https://www.nccch.ca/sites/default/files/PSE_Infections_Aesthetics_Dec_2011_0.pdf.

DADASHI, L. and DEGHANZADEH, R. Investigating incidence of bacterial and fungal contamination in shared cosmetic kits available in the women beauty salons. *Health Promotion Perspectives* [online]. 2016, vol. 6, no. 3, p. 159–163. [cit. 3. 4. 2019]. ISSN 2228-6497. DOI: 10.15171/hpp.2016.25.

EBUARA, F. U. et al. Isolation and identification of pathogenic microorganism associated with barbers' equipment in Wukari, Taraba state, Nigeria. *FUW Trends in Science & Technology Journal* [online]. 2020, vol. 5, no. 1, p. 215–218. [cit. 20. 11. 2023]. ISSN 2408-5162. Available from: <https://www.ftstjournal.com/uploads/docs/51%20Article%2039.pdf>.

ENEMOUR, S. C. et al. Evaluation of bacterial and fungal contamination in hairdressing and beauty salons. *African Journal of Microbiology Research*. 2013, vol. 7, no. 14, p. 1222–1225. ISSN 1996-0808.

FATKULINOVÁ, M. a STRHÁRSKY, J. *Štandardný pracovný postup: Stanovenie mikrobiálnej kontaminácie predmetov a plôch sterovou metódou*. 2. vyd. Banská Bystrica: Regionálny úrad verejného zdravotníctva, 2014.

GREENWOOD, D. et al. *Lékařská mikrobiologie: přehled infekčních onemocnění: patogeneze, imunita, laboratorní diagnostika a epidemiologie*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-365-0.

ONAJOBI, I. B. et al. Microbial evaluation of manicure and pedicure shops along adewole estate, Ilorin Kwara, Nigeria. *Nigerian Journal of Microbiology*. 2015, vol. 28, p. 2939–2945. ISSN 0794-1293.

SLOVENSKO. Vyhláška MZ SR č. 554/2007 Z. z. o podrobnostiach o požiadavkách na zariadenia starostlivosti o ľudské telo v znení neskorších predpisov. In: *Zbierka zákonov SR*. 2007, čiastka 231, s. 4023–4032.

SLOVENSKO. Zákon č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. In: *Zbierka zákonov SR*. 2007, čiastka 154, s. 2402–2480.

ŠTEFKOVIČOVÁ, M. et al. *Dezinfekcia a sterilizácia: teória a prax II*. Žilina: Vrana, 2007. ISBN 978-80-968248-3-0.

TINLEY, P. D., EDDY, K. and COLLIER, P. Contaminants in human nail dust: an occupational hazard in podiatry? *Journal of Foot and Ankle Research* [online]. 2014, vol. 7, no. 1. [cit. 3. 4. 2019]. ISSN 1757-1146. DOI: 10.1186/1757-1146-7-15.

VOTAVA, M. et al. *Lékařská mikrobiologie speciální*. Brno: Neptun, 2003. ISBN 80-902896-6-5.

Kontakt

doc. MUDr. Kvetoslava Koppová, PhD.

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici
Cesta k nemocnici 622/1, 975 56 Banská Bystrica, Slovenská republika
kvetoslava.koppova@vzbb.sk

NEVHODNÉ ZÁSADY DO PEVNÝCH LÉKOVÝCH FOREM – KAZUISTIKY

INAPPROPRIATE INTERVENTIONS IN SOLID DOSAGE FORMS – CASE REPORTS

Martin Doseděl¹, Hana Hajduchová², Kateřina Malá-Ládová¹

Abstrakt

Zásahy do pevných lékových forem (např. drcení či vysypávání obsahu tobolek) je v klinické praxi v lůžkových zdravotnických zařízeních častým jevem. Tyto zásahy jsou u některých léčivých přípravků nevhodné a mohou vést k přímému ohrožení pacienta. Ve sdělení jsou uvedeny příklady dvou pacientů, u nichž tyto nevhodné zásahy vedly k výskytu zdravotních komplikací. V diskuzi jsou navržena opatření, která by mohla vést k minimalizaci rizik plynoucích z těchto zásahů do pevných lékových forem.

Klíčová slova

zásahy do pevných lékových forem, poškození pacienta, spolupráce mezi zdravotníky

Abstract

Interference in solid dosage forms (e.g., crushing or emptying the contents of capsules) is common in clinical practice in inpatient healthcare settings. These interferences are inappropriate for some medicinal products and may lead to direct patient endangerment. Examples of two patients in whom these inappropriate interventions led to health complications are given in this communication. The measures that could lead to minimising the risks arising from these interventions in solid dosage forms are suggested in the discussion.

Keywords

interferences in solid dosage forms, patient harm, collaboration between healthcare professionals

¹ Katedra sociální a klinické farmacie, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova

² Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích

ÚVOD

Se zásahy do pevných lékových forem (např. drcení či vysypání obsahu tobolek) se v lůžkových zdravotnických zařízeních setkáváme poměrně často, a to napříč různými odděleními. Pokud je možno, vždy by mělo být voleno podání léčiv „on-label“, tzn. v souladu se Souhrnem údajů o přípravku (SmPC). Bohužel v klinické praxi toto často není možno dodržet, jelikož pro pacienta s poruchou přijímání potravy per os neexistuje „on-label“ podání dané léčivé látky či možné náhrady, z čehož vyplývá, že podání léčiv sondou je většinou postupem off-label a takto je třeba k němu přistupovat. Je třeba mít na paměti, že takový zásah do lékové formy může být spojený s více potenciálními problémy. Může docházet ke změně účinnosti léčiv, a to jak ke snížení, tak i ke zvýšení, a může též docházet k většímu kolísání plazmatických koncentrací v čase (Williams, 2008). Může také nastat problém s podáním takto upravených léčiv, může být riziko toxického působení na personál a takové podání je též náchylnější stran vyššího výskytu lékových pochybení spojených s jejich podáváním. (Swierkosz a Nedopílková, 2020) Cílem sdělení je na příkladu dvou kazuistik upozornit na často se vyskytující a závažnější pochybení stran drcení léčiv v klinické praxi.

KAZUISTIKA Č. 1

Žena, 45 let, hlavní diagnózou byla roztroušená skleróza, relaps-remitentní forma, dále pacientka trpěla sekundární epilepsií. Byla přijata na neurologické oddělení okresní nemocnice pro celkové zhoršení stavu, dle rodiny opakované epiparoxysmy se suspektní vazbou na změnu antiepileptické farmakoterapie.

Pro zhoršení klinického stavu v rámci probíhající ataky roztroušené sklerózy byly podávány nedříve infuze methylprednisolonu (Solu-Medrol®) s následným převodem na perorální formu (Medrol®) s postupnou redukcí dávky. Klinický stav pacientky se následně zlepšoval, kdy se snažila více spolupracovat, vyhovět výzvě, fixovat pohledem, usmát se. Pacientka byla však již imobilní, a tak byla po konzultaci s vyšším pracovištěm ukončena dlouhodobá léčba roztroušené sklerózy. Při gastroskopii byl popsán biliární duodenogastriční reflux a nespecifická difúzní gastropatie, proto byla doporučena terapie inhibitory protonové pumpy a prokinetiky. Po domluvě s rodinou domluven pak proběhl překlad na oddělení následné péče.

Pacientka měla obtíže při polykání léčiv, lékař tedy rozhodl nejdříve o jejich drcení a následně byla u pacientky provedena perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG). Terapie pacientky při překladu na oddělení následné péče je uvedena v tab. 1.

Tab. 1 Farmakoterapie pacientky č. 1

Terapie při přijetí pacientky na oddělení následné péče	
Letrox 75 ug (levothyroxin)	1-0-0
Controloc 40 mg (pantoprazol)	1-0-1
Depakine Chrono 300 mg (valproát)	1-0-1
Itoprid PMCS 50 mg (itoprid)	1-1-1
Medrol 16 mg (methylprednisolon)	1-0-0 – postupně vysazován
Terapie pacientky po úpravě klinickým farmaceutem	
Letrox 75 ug (levothyroxin)	1-0-0
Convulex 300mg/ml por. sol.	2,7-2,7-2,7ml
Helides 20 mg (esomeprazol)	1-0-0

Při revizi farmakoterapie pacientky klinickým farmaceutem s ohledem na vhodnost jednotlivá léčiva drtit a nedřít je podávat perorálně a následně do PEG (po zavedení), byly v terapii vyhodnoceny dva léčivé přípravky k drcení nevhodné. Jedná se o Depakine Chrono® a Controloc®. V případě přípravku Depakine Chrono® se jedná o tabletu s řízeným uvolňováním, která při rozdrcení ztratí funkci řízeného uvolňování a koncentrace valproátu v čase tak není vyrovnaná, což může vést i k výskytu záchvatů na koncích dávkovacího intervalu (Rozhodovací schémata: Kyselina valproová/valproát sodný, 2023). Optimální variantou v případě podání valproátu pacientovi s neschopností polykat léčiva či pacientovi se sondou (PEG, nasogastrická sonda – NGS) je podání účinné látky v perorálních kapkách. Na trhu v České republice je dostupný léčivý přípravek Convulex por. sol. 300mg/ml®. Při převodu z tablet s řízeným uvolňováním na kapky je pro ztrátu řízeného (pozdvolného) uvolňování nutno celkovou denní dávku, kterou pacient užívá, rozdělit do 3–4denních dávek a navíc ji redukovat o 8–20% (Rozhodovací schémata: Kyselina valproová/valproát sodný, 2023). Klinickým farmaceutem byla proto navržena změna terapie na Convulex 300 mg/ml por. sol. ® 0,6-0,6-0,6ml, čímž byla celková denní dávka snížena o 10% a rozdělena do tří denních podání. Podání kapek s valproátem do PEG je i z pohledu sestry podávající léčiva pacientům jednodušším úkonem než drcení tablet a jejich následné podání do PEG. Změna byla primářem během vizity akceptována a pacientovi byl předepsán přípravek Convulex 300 mg/ml por. sol. ® 0,6-0,6-0,6ml. Tato změna byla v preskripci provedena během pondělní vizity. Během víkendu však došlo u pacientky k dalšímu epileptickému záchvatu, který byl úspěšně zvládnut podáním diazepamem (Apaurin®). Příští pondělí během vizity při kontrole pojízdné lékárny bylo zjištěno, že pacientce byla podávána jiná tekutá forma léčivého přípravku Convulex®, a to místo kapek sirup. Došlo zde k záměně lékových forem u přípravku podobně vypadajících (LASA léky – look-alike, soud-alike), nicméně u sirupu je 6x nižší koncentrace účinné látky než u perorálních kapek (300 mg/ml vs. 50 mg/ml), což mohlo být důvodem výskytu epileptického záchvatu. Po navrácení kapek do terapie byla ještě s odstupem

několika dnů změřena hladina valproátu, která byla nízká, a tak byla za pravidelných kontrol hladin valproátu vytitrována dávka přípravku Convulex až k horní hranici terapeutického rozmezí, které je 300–700 umol/l. Pacientka užívala dávku přípravku Convulex 300 mg/ml por. sol. 2,7 ml 3x denně a na této dávce byla dlouhodobě bez epileptických záchvatů. Dalším léčivým přípravkem nevhodným k drcení byl u této pacientky Controloc® (pantoprazol) 40 mg 1-0-1. Pacientka užívala toto léčivo na doporučení gastroenterologa z důvodu difúzní gastropatie. Žádnou, v České republice dostupnou pevnou lékovou formu, pantoprazolu nelze drtit, jelikož se tímto drcením ztrácí acidorezistence přípravku a pantoprazol se v kyselém prostředí žaludku rozkládá a tím neúčinkuje. Alternativou je podání omeprazolu, esomeprazolu či lansoprazolu. U těchto léčiv jsou dostupné lékové formy v podobě acidorezistentních peletek, které je možno ze želatinové kapsle vysypat (a dále nedrtit!) a takto je podat pacientovi buď per os anebo do širokých sond včetně PEG (Rozhodovací schémata: Inhibitory protonové pumpy, 2023). Vzhledem k vysoké dávce inhibitoru protonové pumpy, délce podávání a závěrům gastrokopie byla navíc klinickým farmaceutem navržena redukce léčby těmito léčivy. Pacientka tak posléze užívala Helides 20 mg® (esomeprazol) 1-0-0. U tohoto přípravku je možno vysypat enterosolventní pelety z želatinové kapsle, rozmíchat ve vodě a podat do PEG. Postupně byl po domluvě mezi klinickým farmaceutem a primářem oddělení z farmakoterapie pacientky vysazen přípravek ltoprid®. Farmakoterapie pacientky po úpravě je uvedena v tab. 1. Farmakoterapie byla optimalizována stran nezbytnosti jednotlivých léčiv, jejich možného drcení a podávání do PEG. V terapii pacientky zůstala pouze léčiva esenciální, s jejichž podáním neměly sestry problém. Stav pacientky na této farmakoterapii byl dlouhodobě (cca 2 roky sledování) stabilní, v rámci jejího základního onemocnění (roztroušená skleróza) však pacientka byla ležící, plně závislá na ošetrovatelské péči, avšak bez epileptických záchvatů a bez gastrointestinálních komplikací.

KAZUISTIKA Č. 2

Muž 77 let, důvod hospitalizace byla levostranná pneumonie a infekce močových cest – cystitida. Z dalších chronických diagnóz měl pacient fibrilaci síní, v minulosti prodělal cévní mozkovou příhodu s hemiparézou akcentovanou na pravé horní končetině, trpěl arteriální hypertenzí a chronickými bolestmi zad. Pacient byl hospitalizován na interním oddělení, kde byla zavedena antibiotická terapie amoxicilinem a kyselinou klavulánovou v celkové délce trvání deseti dní. Následně byl pacient přeložen k doléčení a rehabilitaci na oddělení následné péče. Pacientova farmakoterapie při překladi na oddělení následné péče je uvedena v tab. 2.

Tab. 2 Farmakoterapie pacienta č. 2

Terapie při přijetí pacienta na oddělení následné péče	
Betaloc ZOK 50 mg (metoprolol)	1-0-0
Prestarium Neo 10 mg (perindopril)	1-0-0
Apo-amlo 5 mg (amlodipin)	1-0-0
Pradaxa 110 mg (dabigatran)	1-0-1
Terapie pacienta po úpravě klinickým farmaceutem	
Egilok 25 mg (metoprolol)	1-0-1
Prestance 10/5 mg (perindopril/amlodipin)	1-0-0
Xarelto 15 mg	1-0-0

Pro velmi špatné možnosti přijímat léčiva per os, bylo v sobotu dopoledne službu konajícím lékařem rozhodnuto o drcení léčiv, která sestra takto pacientovi podávala. V pondělí ráno byla sestrou hlášena u pacienta hematurie. Na vizitě bylo rozhodnuto o dočasném přerušení podávání dabigatranu (Pradaxa®). Následně byla klinickým farmaceutem navržena úprava terapie stran možného drcení podávaných přípravků a jejich podávání do NGS, která byla pacientovi pro riziko aspirace zavedena. V terapii pacienta se nacházejí dva léčivé přípravky, jejichž drcení je nevhodné, případně problematické. Prvním přípravkem je Pradaxa® (dabigatran). Jedná se o tvrdé tobolky plněné nažloutlými peletami, které sestra otevírala, vysypávala a podávala pacientovi. Takto může být zvýšena biologická dostupnost léčiva o 75 % při podání jedné dávky a o 37 % v rovnovážném stavu (SÚKL, 2023d). Tato skutečnost pravděpodobně vedla u pacienta k projevu nežádoucího účinku v podobě krvácení (hematurie). U dabigatranu není možno zasahovat do lékové formy, otevírat tobolku ani podávat lék sondami (platí pro originální přípravek Pradaxa® i pro jeho nyní nově dostupné generické přípravky). (SÚKL, 2023e; SÚKL, 2023b; Rozhodovací schémata: Perorální antikoagulancia, 2023). Klinickým farmaceutem bylo navrženo pacienta převést na jiné perorální antikoagulancium, které by bylo možno drtit a případně jej podávat sondou do žaludku. Dostupnými perorálními antikoagulancii, které lze takto podávat jsou warfarin, apixaban (Eliquis®), edoxaban (Lixiana®) a rivaroxaban (Xarelto®). (Rozhodovací schémata: Perorální antikoagulancia, 2023). U apixabanu a rivaroxabanu se jedná i o on-label postup (SÚKL, 2023c; SÚKL, 2023f). S přihlédnutím na vyčerpání sester bylo zvoleno léčivo, který je možno podávat 1x denně. Proto byl vybrán rivaroxaban (Xarelto®) v dávce 15 mg 1x denně.

Dalším přípravkem pacienta, které není optimální drtit, je Betaloc ZOK ®. Jedná se o tablety s prodlouženým uvolňováním, kdy při jejich rozdrcení dochází ke ztrátě pozvolného uvolňování, čímž je narušena farmakokinetika metoprololu a je zde riziko nadměrného působení v prvních hodinách po podání a nedostatečného působení ke konci dávkového intervalu (SÚKL, 2023a). Existují dvě možnosti řešení. Buď ponechat

v terapii pacienta přípravek Betaloc ZOK, tento nedrtit, ale vložit tabletu do injekční stříkačky, přidat cca 10 ml převařené vody pokojové teploty a za pečlivého třepání nechat tabletu rozpadnout ve vodě za vzniku suspenze mikropellet, u nichž je zachováno prodloužené uvolňování. Tento postup je vhodný obzvláště při podání přípravku do sond. Druhou možností je nahradit metoprolol s prodloženým uvolňováním konvenční lékovou formou, ponechat celkovou denní dávku, ale tuto rozdělit do dvou až tří denních dávek (Rozhodovací schémata: Metoprolol, 2023), což bylo zvoleno u tohoto pacienta a Betaloc Zok 50 mg 1-0-0 byl nahrazen přípravkem Egilok 25 mg 1-0-1.

Jelikož pacient měl dobře kompenzovaný krevní tlak, byl dále místo samostatných přípravků s obsahem amlodipinu a perindoprilu zvolen jejich kombinovaný přípravek, což opět zjednodušilo podání přípravků sestrou (drcení a podání do NGS).

Farmakoterapie pacienta po úpravě je uvedena v tab. 2. Na takto upravené farmakoterapii byl pacient bez krvácivých projevů, s dobrou kompenzací krevního tlaku i srdeční frekvence v průběhu celého dne. Postupně pacient začal rehabilitovat, stav pacienta se zlepšil, začal lépe přijímat potravu a byla proto vytažena NGS. Pacient byl cca za tři měsíce propuštěn do domácího prostředí se zajištěním domácí péče pomocí agentur.

DISKUZE A ZÁVĚR

S drcením léčiv a jejich podáváním pacientovi (per os či do sondy) se během své praxe setká téměř každá sestra. Tento nestandardní a často off label zásah do lékové formy je spojen s výraznými riziky, jak pro pacienta, tak pro podávající sestru (např. toxické působení některých léčiv, náchylnost k lékovým pochybením spojeným s podáním drcených léčiv). (Linhartová, 2015). Na příkladu výše zmíněných kazuistik je ilustrováno, že tato rizika mohou být i velmi významná, s přímým dopadem na pacienta. Na minimalizaci těchto rizik by se měla podílet spolupráce mezi lékařem, sestrou a farmaceutem. Farmaceut (nemocniční či klinický) by měl být v rámci jednotlivých zdravotnických zařízení zapojen do tvorby číselníků pro standardizovanou preskripci léčivých přípravků, kde by měl stran bezpečnosti pevných lékových forem defaultně nastavovat u určitých léčiv nemožnost je drtit či jinak zasahovat do jejich lékové formy (např. vysypání z kapsle). V tab. 3 jsou uvedeny jednotlivé pevné lékové formy stran vhodnosti jejich drcení a v tab. 4 jsou uvedeny příklady léčiv, u nichž se dle zkušeností autorů článku často nevhodně zasahuje do lékové formy.

Tab. 3 Vhodnost pevných lékových forem z hlediska drcení a případného podání do sondy (volně dle Linhartová, 2015)

Vhodné lékové formy (po předchozí úpravě)
Tablety
Efervescentní tablety (lze rozpustit)
Potahované tablety
Tvrdé tobolky s obsahem prášku – lze rozpustit a dispergovat v tekutině
Tvrdé tobolky s obsahem pelet s enterosolventním obalem nebo s obsahem pelet s řízeným uvolňováním – lze vysypat a dispergovat v tekutině – nenarušovat však pelety.
Nevhodné lékové formy
Tablety s enterosolventním obalem
Tablety a kapsle s řízeným uvolňováním účinné látky (SR, ER, MR, ZOK.....)
Tablety bukalní a sublinguální

Tab. 4 Příklady léčivých přípravků s nevhodným zásahem do pevné lékové formy (drcení, vysypávání), často se v praxi vyskytující

Dabigatran - Pradaxa®, Telexer® - neotvírat tobolky
Retardovaný metoprolol – Betaloc SR®, Betaloc ZOK®, Bloxazoc®
Řízeně uvolňovaný valproát – Depakine Chrono®, Convulex CR®, Valproát Chrono Sandoz®
Pantoprazol, rabeprazol – Controloc®, Apo-Panto®, Nolpaza®, Pantomyl®, Rapoxol®, Zulfex®
Hydromorfon, oxycodon (+ naloxon) – Palladone SR®, Oxycontin®, Oxycodon/naloxon Mylan®, Targin®, Oxycodon Sandoz retard®, Douxona®
Retardovaný tramadol - Tramal Retard®, Mabron Retard®, Tralgit SR®

Dále by bylo vhodné implementovat péči klinického farmaceuta u těch pacientů, kde je třeba nestandardně zasahovat do lékových forem. Systémově by mělo být nastaveno, aby klinický farmaceut posoudil vhodnost těchto zásahů (drcení, vysypávání), zhodnotil společně s ošetřujícím lékařem nutnost podávání jednotlivých léčiv danému pacientovi a případně společně zvážili možnost úprav terapie pacienta, či alternativní cesty podání jednotlivých léčiv, tak aby jejich podávání bylo i co nejvíce komfortní pro sestru.

Nestandardní zásahy do pevných perorálních lékových forem jsou ve zdravotnických zařízeních časté. K minimalizaci rizik z nich plynoucích by měla být nastavena spolupráce mezi lékaři, sestrami a farmaceuty a tato spolupráce by měla být podporována managementy jednotlivých zdravotnických zařízení.

Poděkování

Podpořeno Ministerstvem zdravotnictví České republiky, grant č. NU20-09-00257. Všechna práva vyhrazena.

Literatura

LINHARTOVÁ, A. Podání léčiv sondou. *Remedia*. 2015, roč. 25, č. 3, s. 215–217. ISSN 0862-8947.

Rozhodovací schémata: Inhibitory protonové pumpy [online]. Česká odborná společnost klinické farmacie ČLS JEP. [cit. 13. 12. 2023]. Dostupné z: https://www.coskf.cz/media/files/doporuceni/schema_coskf_interaktivni_modre.pdf.

Rozhodovací schémata: Kyselina valproová/valproát sodný [online]. Česká odborná společnost klinické farmacie ČLS JEP. [cit. 13. 12. 2023]. Dostupné z: https://www.coskf.cz/media/files/doporuceni/schema_coskf_interaktivni_valproat_1.pdf.

Rozhodovací schémata: Metoprolol [online]. Česká odborná společnost klinické farmacie ČLS JEP. [cit. 13. 12. 2023]. Dostupné z: https://www.coskf.cz/images/Dokumenty/Doporuceni_sondy/Schemata/metoprolol_-_sch%C3%A9ma_-_15032022.pdf.

Rozhodovací schémata: Perorální antikoagulancia [online]. Česká odborná společnost klinické farmacie ČLS JEP. [cit. 13. 12. 2023]. Dostupné z: https://www.coskf.cz/images/Dokumenty/Doporuceni_sondy/Schemata/antikoagulancia_perorln_-_schma.pdf.

SÚKL. *SmpC přípravku Betaloc ZOK (25, 50, 100, 200 mg), tablety s prodlouženým uvolňováním*. Databáze léků Státního ústavu pro kontrolu léčiv. [cit. 13. 12. 2023a]. Dostupné z: <https://www.sukl.cz>.

SÚKL. *SmpC přípravku Dabigatran etexilate Accord 110mg tvrdé tobolky*. Databáze léků Státního ústavu pro kontrolu léčiv. [cit. 13. 12. 2023b]. Dostupné z: <https://www.sukl.cz>.

SÚKL. *SmpC přípravku Eliquis 5mg potahované tablety*. Databáze léků Státního ústavu pro kontrolu léčiv. [cit. 13. 12. 2023c]. Dostupné z: <https://www.sukl.cz>.

SÚKL. *SmpC přípravku Pradaxa 110mg tvrdé tobolky*. Databáze léků Státního ústavu pro kontrolu léčiv. [cit. 13. 12. 2023d]. Dostupné z: <https://www.sukl.cz>.

SÚKL. *SmpC přípravku Telexer 110mg tvrdé tobolky*. Databáze léků Státního ústavu pro kontrolu léčiv. [cit. 13. 12. 2023e]. Dostupné z: <https://www.sukl.cz>.

SÚKL. *SmpC přípravku Xarelto 15 mg potahované tablety*. Databáze léků Státního ústavu pro kontrolu léčiv. [cit. 13. 12. 2023f]. Dostupné z: <https://www.sukl.cz>.

SWIERKOSZ, M. a NEDOPÍLKOVÁ, O. Podání léčiv sondou. *Praktické lékařství*. 2020, roč. 16, č. 3, s. 147–149. ISSN 1801-2434.

WILLIAMS, N. T. Medication administration through enteral feeding tubes. *American journal of health-system pharmacy*. 2008, vol. 65, no. 24, p. 2347–2357. ISSN 1079-2082.

Kontakt

PharmDr. Martin Doseděl, Ph.D.
Farmaceutická fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova
Katedra sociální a klinické farmacie
Akademika Heyrovského 1203/8, 500 05 Hradec Králové, Česká republika
martin.dosedel@faf.cuni.cz

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

PROSTITUCE V PRŮŘEZU HISTORIE DO 15. STOLETÍ – ČÁST 1

PROSTITUTION IN THE CROSS-SECTION OF HISTORY UP TO 15TH CENTURY – PART 1

Kamil Janiš¹, Zdeňka Římovská²

Abstrakt

Úvod: Prostituce je ve své podstatě stará jako lidstvo samo a jako taková se ve společnosti plně etablovala, i když byly realizovány četné pokusy, jak ji zcela odstranit, případně omezit. Následující příspěvek se zabývá především ženskou prostitucí, která ani v dnešní době nezanikla, naopak její dopad můžeme zaznamenat v souvislosti s mobilitou obyvatelstva, a to jak s migrací, tak rozvojem turismu.

Cíl: Cílem publikace je podat přehled vývoje prostituce od jejich počátků v Egyptě, včetně prvních nevěstinců.

Metodika: Pro sběr dat byla zvolena analýza dokumentů v tuzemských i zahraničních databázích a pomocí klíčových slov. Informace byly čerpány z tuzemských i zahraničních referenčních zdrojů, které jsou uvedeny v sekci Literatura na konci příspěvku. Řadu materiálů čerpali autoři z vlastních archivních sbírek a dokumentů, které docent Janiš shromažďoval více než čtvrt století.

Výsledky: Zjištěné výsledky byly analyzovány a zpracovány do chronologického přehledu.

Závěr: Otázka prostituce byla vždy velkým tématem pro celou společnost. Prostituce je jev, který je od starověku součástí života společnosti a jako takovou nelze přímo odsoudit. Teprve až sociální, zdravotní problémy, kriminalita s ní spojená a nekontrolovatelný vývoj může být chápán jako jev škodlivý společnosti. Často dochází k mravní devastaci určitých sociálních skupin, které považují prostituci jako prostředek pro zajištění obživy a určité životní úrovně.

Klíčová slova

prostituce, nevěstince, milostnice, veřejné domy

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

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

Abstract

Introduction: Prostitution is as old as mankind itself and as such is fully in society. It has been established, although numerous attempts have been made to eliminate or reduce it completely. The following post deals mainly with female prostitution, which even today. It has not disappeared, on the contrary, its impact can be seen in connection with the mobility of the population, both with migration and the development of tourism.

Aim: The aim of the publication is to give an overview of the development of prostitution since its beginnings in Egypt, including the first brothels.

Methods: For data collection, the analysis of documents in domestic and foreign databases and using keywords. The information was drawn from domestic and foreign reference sources, which are listed in the Literature section at the end of the paper. The authors drew a number of materials from their own archive collections and documents, which Associate Professor Janiš collected for more than a quarter of a century.

Results: The results were analyzed and processed into a chronological overview.

Conclusion: The issue of prostitution has always been a big issue for the whole society. Prostitution is a phenomenon that has been part of the life of society since ancient times and as such cannot be directly condemned. Only social, health problems, crime associated with it and uncontrollable development can be understood as a phenomenon of harmful society. There is often moral devastation of certain social groups that see prostitution as a means of ensuring a livelihood and a certain standard of living.

Keywords

prostitution, brothels, lovers, public houses

ÚVOD

Autoři francouzského Akademického slovníku z roku 1835 definují prostituci následovně jako „úplné oddání se smilstvu“. Před nimi Richelet vyslovil všeobecnější definici: „zhýralý způsob života“. Sám však tuto definici upravil a doplnil ji dvojsmyslem: „je to tělesné nemanželské oddání se dívky nebo ženy muži za účelem poskytnutí mu nedovolených požitků.“ (Dufour, 2003, s. 8)

Následující příspěvek se věnuje především „klasické“ prostituci, ale také nevěstincům, kde byla jejich koncentrace největší. Dnešní terminologii bychom mohli říci, že se jednalo o poměrně propracovaný byznys, který s sebou přinášel i četné problémy, zejména přenos pohlavně přenosných nemocí. V uvedených zařízeních nepoužívaly prostitutky

ochranné prostředky, čímž šance „chytit“ nějakou nemoc nebyl zas tak velký problém. Pro objektivitu je zapotřebí poznamenat, že přestože je věnována pozornost především ženské prostituci, existovala i prostituce mužská a ve zvláštních případech i dětská. Následující příspěvek se zabývá především ženskou prostitucí, která ani v dnešní době nezanikla, ale s jejími dopady se průběžně můžeme setkat, zvláště pak v době nebývalé mobility obyvatelstva, a to jak migrace, tak rozvoje turismu.

HISTORIE – EGYPT

Pro úplnost představ o sexuálním životě ve starém Egyptě je třeba uvést, že zde existovala chrámová prostituce. Pro daný chrám a kněžské osazenstvo představovala v dávných dobách slušně prosperující podnik, i když nebyla tak úzce podřízena náboženským účelům. Většinou se jednalo o služby cizincům a úředníkům. Egypťané také jako první zavedli zákon, podle něhož není dovoleno v chrámech souložit s ženami ani přicházet do nich od žen bez koupele. Prostituce se proto odehrávala v blízkosti chrámů. Že se nejednalo o mimořádný jev, svědčí poznámka v Hérodotových Dějinách, stejně tak jako její pokračování:

„Skoro všichni ostatní lidé totiž kromě Egypťanů a Řeků v chrámech souloží, a když vstanou od žen, vstupují do nich nevykoupaní, neboť se domnívají, že lidé jsou stejní jako jiní živočichové.“

Závěrem kapitoly snad ještě jednu malou poznámku, kterou nám zanechal již zmíněný Hérodotos o tvůrci jedné z nejslavnějších pyramid o Cheopsovi.

Když došly faraónovi finance na stavbu vlastní pyramidy, přiměl svou dceru, aby získala chybějící prostředky poskytováním služeb v nevěstinci. Ta přáním otce nejen vyhověla, ale rozhodla se, že sama sobě si nechá vystavět pyramidu. Proto každý, který využil nabízené služby, jí věnoval jeden kámen na stavbu. Přestože je její pyramida menší než známá Cheopsova, kamenů bylo zapotřebí nepochybně hodně. (Lexa, 1955)

SUMEROVÉ

Sexuální uvolněnost u Sumerů byla poměrně velká, došlo i k rozšíření prostituce. V počátcích byla soustředěna do prostorů chrámů. Jednalo se o tzv. chrámovou prostituci, která byla v každé době vždy poměrně lukrativním řemeslem se zlatým dnem. Byla chráněna a hýčkána mocnými tehdejší doby. K zastáncům a šířitelům patřil i král Šalamoun, o němž se vypráví, že měl na 300 souložnic a podílel se na rozšíření prostituce v samotném Jeruzalémě. Chrámová prostituce byla běžnou součástí náboženských obřadů. Kněžky se v obvodu svatyně zcela volně oddávaly všem zúčastněným. Božský akt se časem zvrhnul v orgie, a jak uvádí Hérodotos, jednalo se o „nejohavnější z babylónských obyčejů“. Ve známém sumersko-babylonském Eposu o Gilgamešovi se můžeme dočíst, jak se jedna ze služebnic bohyně Ištar (Inanna) oddala divokému Enkiduovi, který žil v horách v kruhu zvířat. Jejím cílem bylo udělat z něho opět člověka.

„Nevěstka uvolnila svá ňadra, lůno odhalila, její rozkoš vzal, nezdráhala se přijmout chtíč jeho. Uvolnila svůj šat, on na ni lehl, učinila s ním, s divochem, jak dělá žena. Mužství jeho jí lahodilo. Po šest dní a sedm nocí Enkidu s nevěstkou obcoval bez ustání.“ Cíle bylo dosaženo.

MILOSTNICE

Svou roli v té době hrály i milostnice. Každý si jich pořídil tolik, na kolik měl finanční prostředky. Vzniklé harémy se staly místem soustředění velkého množství pohledných žen. Například Dareios III. (vládl v letech 336–330 před n. l.) měl v harému 365 milostnic, obdobně Alexandr Veliký. Vrcholem byl však harém krále Husrava II. Parvéze (591–628 před n.l.) složený z dvanácti tisíc dívek a žen, z třech tisíc milostnic a dalších tisíců služek a hudebnic. Byli ovšem i mnohem schopnější vládci, alespoň co se týče počtu žen u dvora. Uvádí se, že aztécký vládce Montezuma měl 4 tisíce konkubín, čínský císař Fej – tschí měl ve svém harému 10 tisíc žen, indický mogul Udajámy dokonce 16 tisíc. Na jedné straně obrovská koncentrace žen vyvolávala logicky nedostatek žen pro jiné, ale také pro mnoho žen to bylo jedno z možných šancí přežít, neboť ve válečných potyčkách byl úbytek mužů nesmírně velký. Proto není velkým překvapením, že se v daném období (vládli Sásánovci) ženy i půjčovaly. Volání po spravedlivém přidělování žen vyústilo do obrovského hnutí v 6. století, které však bylo utopeno v krvi. Nejstarší doložený chrámový nevěstinec se nacházel ve městě Uruku, při svatyni nejvyššího boha Anu. Neméně zajímavé je, že existovaly i mužské veřejné domy, ten nejznámější se nacházel při chrámu bohyně Ištar-bohyně plodnosti a boje. Panenství bylo totiž zatíženo klatbou a ten, kdo provedl defloraci, byl vystaven hroznému trestu. Takový úkol na sebe brali někteří kněží. (Lexa, 1955)

VENUŠINY SLUŽEBNICE

Obyvatelky nevěstinců, tzv. Venušiny služebnice, se označovaly jako dikteriády a podléhaly „služebně“ pod správu nižších úředníků. Vyšší kategorii tvořily auletridy, tanečnice a hráčky na flétnu. Nejvyšší kastou byly již zmiňované hetéry. Ukázalo se, že tolerovaná, a hlavně kontrolovaná prostituce s sebou přináší nemalé zisky. Z těchto hříšných peněz byla financována stavba lodí s nákladnou výzbrojí. Důležitost nevěstek byla tak velká, že směly překračovat hranice pouze na zvláštní povolení. Veřejný dům se v Řecku nazýval „porneion“ (což v překladu znamená dům děvek) a správce (pasák) takového domu se nazýval pornoboskos. Při vstupu do veřejného domu se platilo nejdříve vstupné a následně pak dotyčné dámě další finanční odměna za prokázanou službu. Rozlišovaly se tři kategorie prostitutek. Na nejvyšším stupni stály již zmiňované hetéry. Na nejnižším stupni „kvality“ stály dikteriadky a auletridy. Prostituce v Římě byla taktéž tolerována. Vždyť i matka legendárních zakladatelů Říma (bratří Romula a Rema) byla nevěstkou. Tehdy se těmto ženám říkalo „vlčice“ (lupa). Odtud také označení pro nevěstince-lupanária. V Římě se prostituce dostala dokonce pod dohled městské policie. Každá nevěstka musela platit daň (vertigal). Obdobně jako v Athénách i v Římě existovalo několik kategorií prostitutek. Na nejvyšším stupni stály tzv. metrices, které provozovaly

svou činnost pouze v noci. Naopak prostitutky zvané prostibulae provozovaly činnost permanentně. Každá prostitutka byla evidována a přehledy o nich vedli tzv. aedilové (dnešní terminologií bychom je označili za pasáky). Existuje i řada dalších důkazů k tomu, abychom mohli prohlásit, že římské prostitutky představují kapitolu samu pro sebe. Římské právo zajišťovalo nevěstkám nebývale významné místo ve společnosti. Na druhé straně prostitutky nesměly zanechávat závěť, nesměly svědčit u soudních sporů (a že toho věděly mnohdy opravdu dost) a také nesměly uzavírat manželství. Přestože prostituce vzkvétala i dříve, přináší prostituce v Římě do historie lidské sexuality nový prvek-výrazný podíl vdaných žen na prostituci. K dalším zajímavostem patří to, že v Římě byla v oblíbě spíše mužská prostitutce než ženská. Mladí otroci dováženi do města z okrajových částí říše, měli velkou hodnotu. Vlastnit takového mladého muže bylo považováno za velký luxus. (Záruba a Votoček, 1925).

PRVNÍ VEŘEJNÉ DOMY

V roce 594 před n. l. vznikají první veřejné domy (tzv. porneia), které byly spravovány jednotlivými obcemi a ty zcela pochopitelně na ně uvalily daně. V Římě se prostitutky musely povinně nahlásit do seznamu a na základě provedeného zápisu dostaly „živnostenský list“ (licentia stupri). Různá opatření městské správy vykazovala uvedená pracoviště mimo centrum, do blízkosti městských hradeb, v mnoha případech byly nevěstince vykazány mimo hradby. Zkušenosti se zřizováním a provozováním veřejných domů se z Říma postupně rozšířily do ostatních římských letovisek, například do Pompejí, a následně i do dalších větších měst Římského impéria. Nalézt v takovém městě nevěstinec (lupanarium, v překladu vlčí doupě) nebylo vůbec obtížné. Domy byly označeny červenou lucernou a cestu k nim ukazovaly symbolické a jednoznačně výmluvné ukazatele (falus). Městský nevěstinec v Pompejích měl deset pokojů, pět v přízemí a pět v prvním patře. Nad dveřmi byly umístěny erotické výjevy, sloužící jako reklama na nabízené služby, které i dnes jsou patrné. Stěny jednotlivých pokojů jsou pomalovány nejen chvalozpěvy na služby konkrétní kněžky lásky, ale jsou zde i stížnosti. Tyto domy byly vyhledávány lidmi z nižších společenských vrstev a také tomu odpovídaly ceny. Jedno milostné dobrodružství odpovídalo ceně za dvě sklenice vína (takové ceny nebyly ani v komunismu).

Dokladem sexuálního života v Pompejích je například nález symbolického falického reliéfu s nápisem „*Hic habitat Felicitas*“ (v překladu: Zde bydlí Felicitas). Místo, které je dnes hojně navštěvováno turisty, je malé a lůžko v něm zabírá téměř polovinu celé místnosti. Kožešiny zvyšovaly pohodlnost, stejně tak jako přítulné pompejské děvče. Ve stejném městě můžeme nalézt vývěsní štít z veřejného domu „*U čtyř sester*“ nebo nápisy typu „*Veni, vidi, futui.*“ (Přišel jsem, viděl jsem, souložil jsem).

„*Futuitux cunus pilosus magis quam glaber.*“ (Souložit s chlupatou kundou, je lepší než s holou). Je zde i celá řada dalších zajímavých nápisů, jako například: „*Tady jsem přefík spoustu holek.* - Když bude M. Pullius Pudens milovat Gemethu, zašoustá si zadarmo. - Myrtido, hezky to děláš pusou! - Pohni se, líbej mi klín! - Panička byla tu též a zadnici strkala ke mně. - Tady se pomiloval Arepocras s Drankou za denár!“ atd. V Pompejích

pod Vesuvem (exploze známé sopky město „pohřbila“ v roce 79 před n. l.) se uchovalo na 136 nápisů a celá řada mozaik eroticky motivovaných, celkem přibližně 300 kusů. Všechny exponáty byly soustředěny do tzv. „tajného kabinetu“, který nebyval laické veřejnosti běžně přístupný. V roce 1860, po příchodu G. Garibaldiho (1807–1882) do Neapole, došlo k otevření a zpřístupnění celé expozice. Pod různými společenskými tlaky, zejména pak pod tlakem savojského královského rodu a později i na pokyn fašistické moci, musela být expozice opětovně zavřena. Teprve v nedávné době byl opět a snad i natrvalo „tajný kabinet“ zpřístupněn v rámci archeologického muzea veřejnosti. Vystavené exponáty poukazují na mravy z římské doby, kdy sexualita byla prezentována jako něco naprosto běžného, zbavená veškerého skrývání a studu. Pro velice jednoduchou představu vychází filozofie takového přístupu z přesvědčení, že sexualita a senzualita tvoří součást jednoho celku. Z té doby se dochovaly i záznamy o vlastním aktu. Obvykle probíhal ve dvou, ale ve společnosti docházelo k pospojování až pěti osob, které vytvořily řetězec (catena).

O tom všem máme zprávy, například z tzv. Písní Priápských, z Juvenala anebo z epigramů. Tento například napsal Martialis: *„Náhlým zásahem nebes ti, Zoile, ustrnul jazyk při tom, když lízals a teď, Zoile, se na soulož dáš.“*

Není bez zajímavosti, že nevěstince měly i svou pracovní dobu, která zaručovala pracovním čas na regeneraci sil. Zahájení provozu bylo zpravidla stanoveno až na třetí či čtvrtou hodinu odpolední.

Rozvoj prostituce ve starověku se odvíjel v podstatě od přísných trestů za cizoložství s vdanou ženou. Už Solón (7.–6. stol. před n. l.) byl přesvědčen o tom, že prostituce může zachránit manželství. Snad právě proto byla účast vlastních manželů na prostituci ze strany manželek tolerována. Zmiňovaný zákonodárce považoval návštěvu nevěstince za lék proti homosexualitě. To byl jeden z důvodů, proč nechal zřídit historicky první bordel. Jak vypadala situace před takovým nevěstincem, nám dokládá zachovaný zlomek z jedné dobové hry.

*„Zde holky předstupují před veřejný dům,
jsou pěkně urostlé a tam je uvidíš,
jak vyhřívají se, ňadra mají ven,
či stojí nahé pěkně v řadě za sebou.
A vypsáno je, čím kdo se tam potěší,
zda chudou, tlustou, dlouhou, tuhou, ohnutou,
či mladou, starou, střední, nebo vyzrálou.“*

PRVNÍ BOJ S PROSTITUCÍ

Nastává období, kdy v západní Evropě, na troskách Římské říše, vznikají raně feudální státy. Na evropské výsluní se postupně dostává Francká říše, která dosáhla svého největšího rozkvětu za císaře Karla Velikého (742–814). Tento panovník se upnul na „boj“ proti odvěkému zlu lidstva-prostituci. Boj proti tomuto zlu se nevedl vždy v rukavičkách. Pro vyřešení problému použil Karel Veliký širokou škálu výchovně přeškolovacích prostředků, a to od namáčení do studené vody (za účelem ochlazení vášně), přes stříhání vlasů až po držení „čestné stráže“ na obecním pranýři.

Také na východě, v Byzantské říši, zorganizovala samotná manželka a spoluvládkyně císaře Justiniána I. (483–565) císařovna Theodora, obdobné akce zaměřené proti prostituci. S odstupem mnoha let můžeme zodpovědně prohlásit, že výsledek byl nulový.

Křesťanská morálka dále určovala, že muž směl mít pouze jednu ženu a naopak. Dvojí manželství bylo považováno za hrdelní zločin. Přesto se čas od času „zlý démon“ postaral o to, že se manželství rozpadlo jako „domeček z karet“ a bylo nutné najít nějaký „pádný“ důvod k rozvodu. V takových případech byl povolen rozvod od stolu a lože. Manželé se mohli rozejít, ale už nesměli uzavřít nová manželství. Naopak pravoslavná církev rozluky manželství umožňovala. Manželé se mohli znovu oženit (provdat), ale pouze třikrát za celý život. Při rozvodu bylo mnohem důležitější dělení majetku, a proto přicházelo ke slovu uzavření smlouvy. V archivech lze dodnes nalézt dostatek příkladů z různých rozvodových smluv nezbytně nutných k povolení rozvodu. Jen pro zajímavost uvádíme ukázkou:

„Před nedávnem jsme se spojili k manželskému soužití plní blahých nadějí a v důvěře, že v kruhu šťastně narozených manželských dětí strávíme spolu pokojné a důstojné soužití po celý běh svého života. Ale stal se pravý opak a nedovedeme si vysvětlit, proč proti všemu očekávání jsme padli do osidel zlého, odporného démona, který nás svou mocí donutil, abychom šli od sebe. Proto jsme přistoupili na tuto rozvodovou smlouvu, a tak souhlasně prohlašujeme, že od nynějška nemáme a nebudeme mít spolu již žádné jednání a žádné věci zapsané či nezapsané, nerozhodnuté či rozhodnuté, ani o svatebních darech...“.

V celé Evropě ovšem nebylo křesťanství a jeho morálka včetně monogamního manželství rozšířená. Od 8. století byla Evropa vystavena nájezdům severských válečníků-Vikingů. O jejich společenském a sexuálním životě se nám toho příliš nezachovalo, ale některé zprávy přece jenom máme. Mistr Adam z Brém napsal v 11. století dílo Dějiny hamburských arcibiskupů, ve kterém se zabývá i historií a životem Vikingů. V jedné pasáži svého díla se zmiňuje o jejich vztahu k ženám.

„Pokud se týče žen, neznají Švédové (Vikingové) míry, každý z nich má podle svého majetku dvě, tři nebo více manželek najednou, boháči a náčelníci jich mají nesčetně. Z těchto vztahů narození synové jsou považováni za manželské. Smrtí však je potrestán ten, kdo se dopustí cizoložství s manželkou bližního, kdo znásilní pannu, kdo se dopustí loupeže a tak dále.“

Jak je vidět, mnohoženství bylo u Vikingů zcela běžnou záležitostí. Sexem je prodchnuta i staroislandská Píseň o Rígovi (Rígsbuly), která líčí formou lidové pohádky vznik tří společenských vrstev. Ríg-Bůh, postupně navštíví tři manželské páry, u kterých vždy stráví na lůžku tři noci. Po devíti měsících se každé z žen narodí dítě, základ budoucí společenské vrstvy. Z prvé soulože s nejstarší ženou vzniknou otroci, z druhé se ženou středního věku vznikne selský stav a s krásnou nejmladší ženou zplodí budoucí šlechtu. Na závěr ještě několik rad mužům, které jsou obsaženy v básnickém díle Hávamál.

„Buď bdělý vždy, však ne přebdělý.

Nejbdělejší buď při pití a s ženou přítele,

a za třetí: nedej se zlodějem přelstít.

A ještě jedna rada.

Dívčí řeči nikdo nikdy nevěř ni výřečnosti vdaných žen.

Jejich srdce je jak otáčivé kolo, vratkou mají vůli.“

Vraťme se z dalekého severu, kam křesťanství pronikalo zatím jenom pozvolna, zpět do „kulturní“ Evropy. Za vše špatné mohl démon. Vše podstatné se jaksi odehrávalo mimo pozemský život. Církev s početným zástupem svých pomocníků ovlivňovala, pokud možno vše, zvláště intimní život jí poskytoval široké pole výchovného působení. Služeb prostitutek ponejvíce využívaly tři skupiny mužů: vojáci, duchovní (ti nesměli uzavírat oficiální sňatky) a kupci. V době permanentních lokálních válečných konfliktů, byla poptávka po prostitutkách dost výrazná. Takové ženy táhly společně s vojskem, přičemž také vařily, praly, staraly se o nemocné, nosily jídlo a pití atd. Odtud pramení výstižné pojmenování – vojandy, případně markytánky.

ŘEMESLO SE ZLATÝM DNEM

Už předchozí řádky dokládají, že prostituce je stará jako lidstvo samo. Snad právě proto má i prostituce své bohaté a pestré dějiny. V západních zemích začíná následně převládat prostituce tzv. bordelová, v podstatě můžeme říci, že se jednalo o prostituci sledovanou a do jisté míry i korigovanou. Nejdříve ze strany města a následně i z pohledu státní správy. Z počátku potulné skupiny děvčat kočovaly od města k městu a důvodem k jejich odchodu jinam bývala zpravidla okoukanost u zákazníků, případně vypálený cejch. Města programově soustřeďovala takové živnosti co nejbližší k městským hradbám, stejně jako v jiných zemích. Souhlas s provozováním takové živnosti ze strany radních nebyl z kategorie velkorysosti. Organizovaná prostituce, a navíc soustředěná v krčmách a zájezdních hostincích, přinášela do městské pokladny docela slušné zisky. V té době převládal názor, že úředně povolená prostituce povede zejména ke snížení cizoložství. Velký počet nevěstinců vycházel ještě z jedné skutečnosti, že totiž je lépe trpět menší zlo před větším, kterým bylo cizoložství a které se většinou podílelo na rozpadu manželství. Proto v některých případech patřila mezi organizátory při zřizování nevěstinců i samotná církev, jako například ve Štrasburku (1309) nebo Avignonu. V Avignonu vznikl první veřejný dům roku 1347, rok před tím, než jej jeho majitelka Jana I., královna Neapolská a hraběnka z Provence, prodala papeži. Dá se tedy říci, že zde církev přišla již k hotovému. Ale už před tímto datem bordely v Avignonu existovaly, byly však maskovány jako lázně. V roce 1441 zde vyšel výnos, jímž byly některé lázně přímo označeny jako bordely a bylo zakázáno je navštěvovat ženatým mužům a duchovním. Byla zde snaha prostituci z lázní úplně odstranit, ale po několika marných pokusech se toho radní vzdali. Vydali tedy alespoň nařízení, ve kterém majitelům lázní nařizovali, že smí vydržovat pouze dvě prostitutky, které mají bydlet v městském bordelu. Pokud by bydlely přímo v lázních, musí majitel platit dvojnásobnou daň. Papežský Avignon byl zřejmě skutečným rájem prostitutek, jak o tom svědčí i jedna povídka.

„Jistý šlechtic vjížděl po avignonském mostě do města. Poněvadž jeho kůň byl již značně unaven, začal trochu kulhat. Tomu se smála jistá dívka očividně lehkých mravů a tropila si z rytíře legraci. „Ach madam“, řekl napadený rytíř, „nedivila byste se, že můj kůň kulhá, kdybyste věděla, že toto zvíře to dělá vždy, když potká nevěstku“. „Ale“, odvětila nevěstka, „je-li to tak, pak nečiňte již ani krok do města, neboť si jinak zlomíte vaz“.

POČÁTKY MĚSTSKÉ PROSTITUCE

Počátky městské prostituce spadají do období zakládání hrazených měst ve 13. a 14. století. Bohatnoucí města přitahovala potulné ženy, které zde nacházely poměrně solventní klientelu. Postupně se začalo řemeslo soustřeďovat do zvláště k tomuto účelu vytvořených domů – bordelů, hampejzů, nevěstinců, domů svodnických, merhyňských, benátských a podobně. Vznikají v okolí královských sídel, v podhradí hradů významných šlechticů, na křižovatkách cest, na troskách měst z doby římské, ale i na dalších místech. Každé město, byť i sebemenší, mělo svůj veřejný dům (nevěstinec). A aby tato neřest nedráždila příliš počestné občany, spíše aby uspokojování potřeb neprobíhalo před očima příliš velkého okruhu svědků, dařilo se poměrně snadno vymezit pracoviště pro onu specifickou činnost na periferii měst, u městských hradeb nebo za nimi. Dokonce existovaly i celé městské čtvrtě (např. v Paříži, Bruselu, Hamburku, Neapoli aj.).

Koncem 15. století narůstá zájem, ale i tlak na veřejný pořádek a mravní očistu společnosti. Předmětem zájmu se celkem logicky stává také prostituce. V prvním kole je postupně vytlačována do okrajových částí měst. V některých městech dochází i k vyčlenění samostatných čtvrtí s domy, označených červenou lucernou. Například listina z Narbonne (Francie) označená datem 1337, vymezuje zákonem takovou čtvrť. Postupně se přijímala i další opatření k tomu, aby se zřetelně na první pohled poznalo, která žena spadá do skupiny počestných, která naopak do skupiny prodejných žen. Musíme také mít na zřeteli jeden významný moment, který se týká tehdejšího náhledu na lidskou sexualitu. Převládal názor, že ženská sexualita je nenasytná, čímž docházelo u mužů k vytváření určitého strachu (fobie) z případného mravního nakažení ostatních žen, zejména manželek a dospívajících dcer. Přesto můžeme 15. století označit jako století, kdy prostituce zaznamenává svůj největší rozkvět. Později vystupuje do popředí snaha vedení jednotlivých měst strhnout prosperující činnost pod svá křídla, čímž narůstá tlak na kuplíře a pasáky. S problematikou prostituce souvisela i řada dalších předpisů. Například v Německu byl zrušen koncem 15. století zvyk, zvát na svatbu prostitutku, která měla „přičarovat“ novomanželce plodnost. Jak již bylo uvedeno, existovala snaha o odlišení „slušného“ domu, od „veřejného“ (nevěstince, hampejzu apod.). Postupně se dostaly do širokého povědomí obyvatel města konkrétní názvy takových domů, z nichž mnohé přežily až do minulého století. Například hampejz „Hahn beisz“, což bylo odvozeno od zobrazení na vývěsním štítě, kde je kohout na slepici. Ještě jeden druh nevěstinců poměrně úspěšně fungoval. Jednalo se o nevěstky, které provozovaly svou činnost utajeně nebo spíše skrytě v četných šenkovních domech, kde současně ve volných chvílích pomáhaly při provozu. Nevěstince tak měly plnit funkci jakési ochrany před sváděním „počestných žen a dívek“. Ve větších městech byla snaha a zájem radních dostat prostituci pod dohled. V německém městě Ulm byl uplatňován řád pro udržování veřejných domů. Každý krčmář musel slíbit, že bude nevěstinec udržovat v dobrém stavu, stejně tak i dbát, aby ženy byly schopné, čisté a zdravé a jejich počet neklesne pod čtrnáct. Každá z žen obdrží denně stravu za šest feniků (ne za víc). Řád obsahoval i složení stravy a honorář za těžkou a vyčerpávající práci (Janiš, 2007). Snaha omezit existenci nejstaršího řemesla na minimum se nesetkala s patřičnou odezvou. Vždyť například jen v samotném

Římě se v roce 1524 prostitucí živilo na 30 000 nevěstek a současně se na nich přizívalo na 9 000 kuplířů.

Vedle Říma se významným centrem stávají Benátky a Neapol. Právě v posledně jmenovaném městě se stal tzv. úderem pod pás výbuch Vesuvu roku 1631. Popisy událostí z tehdejší doby zachycují případy, kdy nejhorší hříšnice ze strachu před božím trestem raději vstupovaly do kláštera s cílem začít nový život. Vídeň měla v 16. století tři tzv. ženské domy. Dva stály mimo centrum, jeden z nich stál u Wiedenské brány (v místech dnešního Maschmarktu) a poslední v Hlubokém příkopu (dům čp. 23). Přesto přetrvávaly snahy navrátit lehké ženy na správnou cestu. K tomu účelu sloužily zase tak zvané domy kajčnic. První ve Vídni byl zřízen v roce 1384, v Praze v době husitských válek (Janiš, 2004). Dnes mnohasettisícová města měla ve 14. století jen nepatrný počet obyvatel, jako např. Lipsko mělo celkem 5 000, Norimberk 20 000, Paříž 100 000, Vídeň a Curych 5 000, Londýn 35 000 obyvatel. Výjimku tvořily Benátky a Milán, kde počet obyvatel přesahoval 100 000. V městech se samozřejmě koncentrovalo obyvatelstvo, především řemeslníci a kupci a stávalo se obvykle i trhem pro celé okolí, kam se sjížděli lidé z venkova. Velká koncentrace obyvatelstva přitahovala i prostitutky a díky městům prostituce získala své postavení. Opětovně se dostávají do ulic. Ne, že by prostituce předtím vymizela, ale měla přece jenom menší možnosti. Možnosti se nalézaly kolem hradů, kde byla vojenská posádka a také kolem klášterů, samozřejmě mužských řádů. Vesnice zemědělců byly malé a mnohdy řídce rozmístěné, často od sebe odděleny hlubokými lesy s málo bezpečnými cestami. Ovšem i zde se nalézaly možnosti pro provozování prostituce. Jedním z nejvyhledávanějších míst, kde se prostitutky soustřeďovaly, byly kromě hospod (krčem) i mlýny. Zde se shromažďoval lid, soustřeďovaly se tu zprávy z celého kraje a zde si obvykle nechal mlít obilí jak sedlák, tak třeba i klášter nebo místní feudál. Že byly mlýny hojně navštěvovány prostitutkami, o tom svědčí i záznam sv. Bernarda, který zakazoval mnichům tato místa navštěvovat a neváhá ani dát přednost mravnosti před ekonomickými zájmy a dokonce vybízí, aby se tato ohniska neřesti zbořila. Další možností pro „větší obrat“ prostitutek byly trhy a různé slavnosti. Během těchto akcí se do měst sjížděli lidé z celého okolí a mnozí zde hodlali alespoň část utržených peněz zase utratit. Čím byl trh větší a známější, tím byla i větší koncentrace prostitutek. Jedněmi z nejproslulejších byly ve středověku trhy v Champagne, kde se stýkaly kupecké cesty severu a jihu (Bassermann, 1993). Velké pracovní příležitosti pro ženy lehčích mravů, poskytovaly četné vojenské výpravy. Vždyť například jen s francouzským vojskem Filipa II. Augusta (1110) kráčelo po válečných stezkách 1 500 žen. Jedním z nejproslulejších válečných tažení, co se týče koncentrace prostitutek, bylo obléhání města Neuss již zmíněným burgundským vévodou Karlem Smělým. V jeho vojsku připadala jedna prostitutka na čtyři vojáky. Velkou příležitostí pro prostitutky byly křížové výpravy a je zajímavé, že šly dokonce i s křížáckou výpravou dětí v roce 1212. Tažení s vojskem jim vyneslo i dnes používané označení – vojandy. Ve středověku, se vůbec s prostitucí roztrhl doslova pytel. Známý je i výrok kardinála Huga de St. Oaro adresovaný městu Lyon v době, kdy zde v letech 1241–1252 pobýval papež Innocenc IV.

„Přátelé, jste nám zavázáni velikým díkem. Byli jsme vám užiteční. Když jsme sem přišli, našli jsme tu 3 nebo 4 bordely. Nyní ale po svém odchodu zanecháváme tu jediný, který sahá od východní brány města až k západní.“

Co k tomu dodat. K. J. Obrátil v Kryptadiích (1932–1935) uvádí pro prostitutky následující pojmy: ženky, ženky prázdné, svobodné, obecné, pěkné paní, láryně, harapanny, měchyně, nevěstky, dámy, merhyně, ruftanky, hurvy (nejedná se o překlep, ale o uchu známém označení jedné kategorie žen), helmbrechtice, frejírky, ale existovala i další označení, jako například dcera hříchu, kokota, hampejznice, štětka, děvka, běhna, čubka, fuchtle a podobně (Rožánek, 1903). A pak, že čeština nemá bohatý a krásný jazyk. Svým společenským postavením byly na úrovni kejklřů.

Na základě „Tezí o prostitutkách“ z roku 1278 měly ženy možnost a právo vykonávat toto řemeslo, ale musely být zdravé, nesměly spočinout na loži s Židem, Turkem, Cikánem a zároveň se nesměly oddávat mužům v průběhu církevních svátků. Vnitřní řády některých bordelů obsahovaly i přísný zákaz vstupu ženatým mužům (například nad 30 let ve Florencii), chlapcům mladším 16 let, existoval zákaz styku v těhotenství, v době menstruace, dodržování „nedělního klidu“ i v období církevních svátků. Uvedené příklady mohou svádět k mylné představě, že v nevěstincích se konaly orgie nejvyššího stupně. I zde panoval jistý a ustálený řád. Od přípravy k přijetí klienta, kdy si každá žena musela před souloží umýt vnitřní orgány, až po uskutečnění povolené techniky soulože, kterou označujeme jako misionářskou. Zakázán byl anální styk, orální se praktikoval velice sporadicky, stejně tak jako doprovodné vášnivé líbání. Neméně zajímavý je i uváděný věk prostitutek. V seznamu mohučských nevěstek (z roku 1402) jsou uváděny ženy ve věku 41, 60 a dokonce 67 let, které provozovaly již 30 až 40 let své řemeslo (Janiš, 2004). Přes rozvoj měst ještě ve 13.–14. století převládá prostituce potulná. Teprve mnohem později je pro rozvoj řemesla vyhrazováno ve městech pevné místo, a to v blízkosti hradeb, nebo těsně za městskou branou. Oficiální postoj k nevěstkám však byl povětšinou negativní. Nejenže byly nuceny se odlišovat od počestných žen zřetelným označením na oblečení. Snaha sjednotit prostituci (tzv. reglementace) motivovala například sicilskou královnu Johannu soustředit všechny prostitutky nejen do jednoho bordelu, v jejímž čele by stála představená (bordelmamá), ale odlišit příslušnice řemesla tím, že by si levé rameno přizdobily červenou stužkou. Prostitutky však povětšinou byly za prokázání řemesla i trestány. Ve Frankfurtu nad Mohanem bylo v roce 1566 vydáno ustanovení, že nevěstky se budou namáčet v kleci jako špinavé prádlo. Jak již bylo řečeno, do boje proti prostituci vyrazila především církev, která byla nesmírně vynalézavá při výběru trestů. Například v Toulouse (Francie) se dochoval popis jednoho trestu:

„Žena odsouzená za prostituci bude odvedena na veřejné místo, ruce jí budou spoutány a na záda připevněn plakát. Všichni tak budou moci číst o jejím hříchu ... pak bude přivedena k řece, vsazena do klece a spuštěna do vody, ovšem tak, aby neutonula ... Poté bude děvče odvedeno zpět do vězení.“

Posláním takového trestu bylo smýt špínu, spíše by se dalo říci, že přístup k prostituci byl jako postup při praní špinavého prádla. Podobné klece k praní prostitutek měla celá řada měst (některé se dochovaly až do dnešní doby (Flexner, 1925).

Mnohem, méně poznatků v historii máme o kuplířích, bordelmamá, prostě těch, kteří měli z provozování prostituce největší prospěch. Mnohem méně se ví o tom, že známý francouzský básník 15. století Francois Villon patřil mezi četné kuplíře své doby. Jedním z důkazů může být jeho Balada o Tlusté Margot. V té době žil Villon v Paříži, která měla v 15. století 100 000 obyvatel a prostitucí se ve stejné době živilo na 6 000 žen. Vznikla i Pařížská federace nevěstek, která nejenže sdružovala na 4 000 členek, ale v roce 1474 obdržela dokonce oficiální dar od francouzského krále Ludvíka IX. Tak vysoký poměr prostitutek k počtu obyvatel ve městě pramenil ponejvíce z velkého nepoměru mezi počtem žen a mužů. Vždyť například v Paříži bylo nebývale velké množství studentů, vojáků, církevních hodnostářů atd., kteří nemohli pro svůj věk nebo stav vstupovat do trvalého manželského svazku. Obdobná situace panovala i v Římě. Když papež Sixtus IV. uskutečnil v 80. letech 15. století sčítání lidu v Římě, ukázalo se, že každý desátý obyvatel města se živí prostitucí.

ZÁVĚR

Nejčastější formou prostituce je prostituce heterosexuální ženská, avšak existuje i prostituce mužská a ta bývá jak heterosexuální, tak homosexuální. Ve velké míře se objevuje i prostituce dětská. V největší míře jsou nabízeny klasické formy sexuálních služeb, ale existují i veřejné domy či jednotlivci, kteří se specializují na nejrůznější formy úchylné sexuality, např. fetišismus, sadomasochismus, gerontofilie, voyerismus apod. V dnešní době se prostituce spíše přesunula do soukromých bytů a nesmíme zapomenout na fenomén dnešní doby, a to je on-line prostor. Prostituce je rozsáhlé téma vyžaduje podrobnější studium, a jistě si zaslouží, aby mu byla věnovaná patřičná pozornost, a to nejen odborné veřejnosti. S další částí této historie plánujeme seznámit čtenáře v následujících číslech tohoto periodika.

Literatura

BASSERMANN, L. *Nejstarší řemeslo: kulturní dějiny prostituce*. Praha: Mladá fronta, 1993. ISBN 80-204-0363-9.

DUFOUR, P. *Dějiny prostituce I. Starý Orient, Egypt, Izrael, Řecko*. [Olomouc]: Fontána, 2003. ISBN 80-7336-056-X.

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

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

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

LEXA, F. *Veřejný život ve starověkém Egyptě*. Praha: ČSAV, 1955.

ROŽÁNEK, O. *Pud pohlavní a prostituce. II*. Praha: Hejda & Tuček, 1903.

ZÁRUBA, H. a VOTOČEK, J. *Dějiny lásky: populární obrazy z dějin snubnosti, manželství a prostituce od pravěku až po dobu nejnovější. Díl 1.–5*. Praha: Nakladatelství L. Šotka, 1925.

Kontakt

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

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

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

RECENZE KNIHY SOUCIT V MEDICÍNĚ

Autoři: Radek Ptáček a Petr Bartůněk

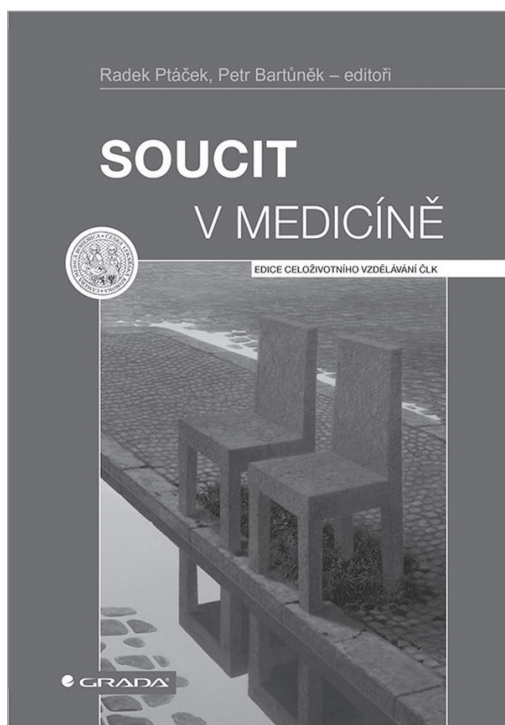
Praha: Grada Publishing, 2023, 1. vydání, 496 stran, ISBN 978-80-247-4926-6

Kniha *Soucit v medicíně*, editorů Radka Ptáčka a Petra Bartůněka, navazuje na každoroční odbornou konferenci České lékařské komory a poskytuje ucelený a podrobný přehled příspěvků, ve kterých se jednotliví autoři zamýšlejí z pohledu své profese nad jednou z podstatných hodnot lékařské praxe – soucitem v medicíně, která významně ovlivňuje péči o lidský život a zdraví.

Kniha je systematicky rozdělena na čtyři části, od obecných, etických, psychologických a filozofických východisek, přes klinické souvislosti, duchovní a náboženské úvahy, až k poslední části, která pojednává o významu soucitu v širších souvislostech. Jednotlivé monogamie na sebe navazují, vzájemně se doplňují, což umožňuje čtenáři snadné porozumění dané problematice. Publikace celkem obsahuje 52 příspěvků významných odborníků. Primárně je kniha určena lékařům a zdravotnickým pracovníkům, zcela jistě v ní však naleznou potřebné informace také odborníci z pomáhajících profesí, studenti a pedagogové jak zdravotních, tak humanitních oborů.

V první části různí autoři terminologicky upřesňují význam slova soucit, nabízí přehledovou studii pojmu soucit, zamýšlí se nad mnohými otázkami, např. zda je v mozku vidět soucit, co znamená soucítit s nemocným, zda má soucit limity? Také se věnují novému prvku ve zdravotnictví – využití digitální a robotické techniky. Autoři se shodují, že soucit a lítost mají v medicíně nezapomenutelné místo a téma soucítění však současně vnímají jako pozapomenuté a nabízí různorodé pohledy v kontextu filozofických úvah.

V druhé části jednotliví lékaři s mnohaletou klinickou praxí se tématu soucitu věnují z pohledu medicíny. Upozorňují



na smutný fakt, že se v denní praxi soucit k pacientovi často vytrácí a že komunikace patří k nejpodceňovanější části ve vzdělávání zdravotníků. Za zásadní význam pro uzdravení pacienta považují vztah mezi lékařem a pacientem a apelují, aby se s distančním konáním a telemedicínou neztratila blízkost a osobní nasazení.

Třetí a čtvrtá část se věnuje duchovním a náboženským souvislostem, postavení nemocničního kaplana a také vztahu soucitu a biomedicínského výzkumu, poukazují na problém novodobé medicíny a s ní spojené využívání moderních technologií, které částečně ovlivňují vztah mezi lékařem a pacientem. Kladou důraz na výchovu a kultivaci lékařů a studentů, a nabádají k cílevědomému pěstování a rozvíjení empatie, právního i etického vědomí.

Tato publikace přináší systematickou a hlubokou reflexi nad jednou z klíčových lidských hodnot a vede k zamyšlení nad základní podstatou, a to důležitost vzájemné komunikace, založené na důvěře, empatii, soucitu, napomáhá k utváření efektivního procesu na cestě za uzdravením. Soucit je obecně lidská vlastnost, bez níž by lidstvo nemohlo přežít.

Kontakt

PhDr. Markéta Školoudová
Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova
Oddělení doktorského studia
Pátkova 2137/5, 182 00 Praha 8 – Libeň, Česká republika
marketa.skoloudova@seznam.cz

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

MANAGEMENT KVALITY A RIZIK PERIOPERAČNÍ PÉČE

Jedličková Jaroslava, Opálková Kateřina, Svoboda Tomáš, Mičudová Erna
Praha: Grada Publishing, 2024, 1. vydání, 144 stran, ISBN 978-80-271-3461-8
<https://www.grada.cz/management-kvality-a-rizik-perioperacni-pece-12619/>

Kniha obsahuje základy managementu všeobecně, management v ošetrovatelství a management kvality v ošetrovatelské perioperační péči na operačním sále pro zajištění bezpečnosti operovaného pacienta. Jsou rozebrána rizika ve zdravotnickém zařízení a rizika v perioperační péči, včetně skrytých rizikových faktorů na operačním sále. S riziky na pracovišti úzce souvisí i vznik mimořádných událostí, jejich řešení a následné vyhodnocení. Část publikace je zaměřená i na preventivní opatření v perioperační péči. To vše úzce souvisí s certifikací a akreditací pracoviště a s chováním všech pracovníků na sále.

Publikace je určena všem perioperačním sestřám, studentům perioperačního ošetrovatelství i lékařství a lékařům, chirurgům, kteří přicházejí na operační sál.



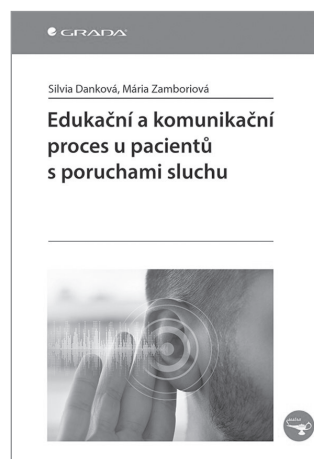
EDUKAČNÍ A KOMUNIKAČNÍ PROCES U PACIENTŮ S PORUCHAMI SLUCHU

Danková Silvia, Zamboriová Mária
Praha: Grada Publishing, 2024, 1. vydání, 84 stran, ISBN 978-80-271-5136-3
<https://www.grada.cz/edukacni-a-komunikacni-proces-u-pacientu-s-porucha-13886/>

Autorka v knize popisuje edukační programy, komunikaci a rehabilitaci sluchově postižených.

Sluchově postižení mají ve společnosti poměrně velké zastoupení, proto je nutné věnovat pozornost kvalitě jejich života. Sluchové onemocnění zasahuje nemocné v rovině somatické a psychické, jakož i sociální a emoční – to znamená, že péče o pacienty se musí odehrávat na všech těchto úrovních.

Léčba sluchově postižených vyžaduje interdisciplinární přístup. Pacientovi se musí věnovat ve vzájemné spolupráci ošetřující lékař, sestra, popřípadě odborníci jiných specializací (psycholog, logoped, pediatr, neurolog). Při léčbě, edukaci, komunikaci a rehabilitaci sluchově postiženého pacienta je velmi důležitá funkce sestry, její individuální přístup k postiženému. Významná jsou také psychologická kritéria jako dostatečná motivace pacienta, podpora od jeho rodiny.



OŠETŘOVATELSTVÍ V INTERNĚ I

Slezáková Lenka a kolektiv

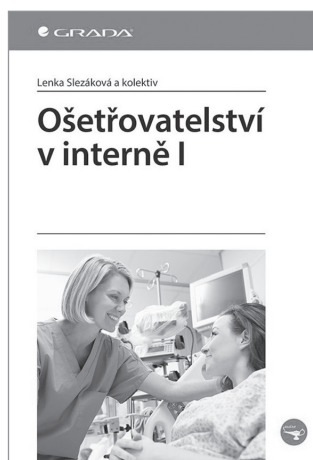
Praha: Grada Publishing, 2023, 1. vydání, 284 stran, ISBN 978-80-271-1743-7

<https://www.grada.cz/osetrovatelstvi-v-interne-i-11885/>

Učebnice je doporučena pro frekventanty vyššího typu studia (např. VOŠZ, bakalářské a magisterské studium ošetřovatelství, specializační studium) v předmětu Ošetřovatelství v klinických oborech. Systémová onemocnění jsou členěna na část odbornou a podle nejnovějších požadavků na část ošetřovatelskou s kazuistikou + ošetřovatelské diagnózy v Nanda doménách v ošetřovatelském procesu. V současné době není na našem trhu aktuálnější publikace.

Kniha je zpracována podle následující osnovy:

- Úvod do oboru
- Ošetřovatelský proces u pacientů s onemocněním trávicího systému
- Ošetřovatelský proces u pacientů s onemocněním ledvin a močových cest
- Ošetřovatelský proces u pacientů s onemocněním žláz s vnitřní sekrecí
- Ošetřovatelský proces u pacientů s onemocněním krve



AMPULÁRIUM: V AMBULANCÍCH ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY

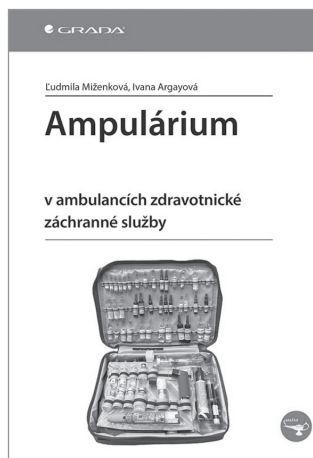
Miženková Ludmila, Argayová Ivana

Praha: Grada Publishing, 2024, 1. vydání, 112 stran, ISBN 978-80-271-3766-4

<https://www.grada.cz/ampularium-13276/>

Publikace je zaměřena na lékové vybavení ambulanční záchranné zdravotní služby. Představuje léky používané v přednemocniční neodkladné zdravotní péči, které jsou v ní seřazené v abecedním pořadí. Každý lék obsahuje základní informace týkající se účinné látky, způsobu přípravy a podání léku, dávkování, indikace, kontraindikace a nežádoucích účinků. Součástí publikace je i obrazová dokumentace ke konkrétním lékům.

Publikace je určena pro zdravotnické záchranáře jako pomůcka. Najdou zde potřebné léky ke zvládnutí akutních stavů při poskytování přednemocniční neodkladné zdravotní péče. Také bude nápomocná i pro studenty zdravotnických oborů.



POKYNY PRO AUTORY

PRŮBĚH RECENZNÍHO ŘÍZENÍ

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

POKYNY PRO AUTORY – FORMÁLNÍ A OBSAHOVÉ NÁLEŽITOSTI PŘÍSPĚVKŮ

Základní členění textu:

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

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

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

² Chirurgická klinika, Nemocnice Horní

Příspěvky výzkumného charakteru

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

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

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

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

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

Cíl práce: cíl práce, organizace výzkumu.

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

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

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

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

Poděkování: dedikace projektu, grantu.

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

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

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

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

Odkazování na zdroje: na zdroje průběžně odkazujte v textu, nevyužívejte poznámky pod čarou, podoba odkazu v textu (autor, rok vydání, příp. strana u přímých citací). Tabulky, grafy, obrázky, fotografie nejsou součástí textu. Každá tabulka, graf, obrázek, fotografie jsou na separátním listu. Grafické zpracování musí být v kvalitě umožňující jejich reprodukci. Fotografie se dodávají v lesklém provedení. List s tabulkou obsahuje její název a legendu. Legenda ke grafům a obrázkům je uvedena na zvláštním listu. Tabulky, grafy a obrázky jsou číslovány (každá z uvedených forem zvlášť) arabskými čísly. Jejich použití musí být účelové a vhodně doplňují text.

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

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

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

Název grafu je uveden pod grafem.

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

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

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

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

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

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

