

OŠETŘOVATELSKÉ PERSPEKTIVY

III. | 2020

2



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

**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ



OŠETŘOVATELSKÉ PERSPEKTIVY

2020

Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě



NURSING PERSPECTIVES

2020

Silesian University in Opava
Faculty of Public Policies in Opava

Ošetřovatelské perspektivy

2020, roč. 3, č. 2

Vedení redakce

Yveta VRUBLOVÁ (Opava) – šéfredaktorka
Jana HALUZÍKOVÁ (Opava) – zástupkyně šéfredaktorky
Daniela NEDVĚDOVÁ (Opava) – výkonná redaktorka
Zdeňka ŘÍMOVSKÁ – výkonná redaktorka
Nikol MAŽOVÁ (Opava) – technická redaktorka

Redakční rada

Lada CETLOVÁ (Jihlava), Martina CICHÁ (Olomouc), Mirosława FELSMANN (Bydgoszcz), Jana HALUZÍKOVÁ (Opava), Viera JAKUŠOVÁ (Martin), Kamil JANIŠ (Opava), Daniel JIRKOVSKÝ (Praha), Igor KARNJUŠ (Izola), David KOPAS (Opava), Rastislav MAŽAR (Ostrava), Radovan MALÝ (Hradec Králové), Ilona MAURITZOVÁ (Plzeň), Beata Maria NOWAK (Warszawa), Tatiana RAPČÍKOVÁ (Banská Bystrica), Kateřina RATISLAVOVÁ (Plzeň), Zdeňka ŘÍMOVSKÁ (Opava), Margarida SIM-SIM (Évora), Libuše SMOLÍKOVÁ (Praha), Martina ŠOCHMANOVÁ (Praha), Mária ŠUPÍNOVÁ (Banská Bystrica), Gabriela VÖRÖSOVÁ (Nitra), Yveta VRUBLOVÁ (Opava)

Online verze časopisu je k dispozici na následujícím webu

osp.slu.cz

Časopis je indexován v těchto mezinárodních databázích

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

Vydavatel

Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě
Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika

Identifikační číslo organizace

47813059

Vychází dvakrát ročně.

Grafické zpracování

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

Tisk

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

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

Evidenční číslo Ministerstva kultury České republiky

E 23014

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

OBSAH

EDITORIAL

9

TEORETICKÉ, OBECNÉ A ETICKO-FILOZOFICKÉ STUDIE, PŘEHLEDOVÉ PRÁCE

THE INFLUENCE OF OVERWEIGHT AND OBESITY ON WOMEN'S PREGNANCY,
LABOUR AND FETAL DEVELOPMENT

Daniela Nedvědová 13

UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK V TĚHOTENSTVÍ A JEJICH VLIV NA NOVOROZENCE

Daniela Nedvědová, Gabriela Světnická 23

EMPIRICKÁ ŠETŘENÍ A PŮVODNÍ VÝZKUMY

VLIV FARMAKOTERAPIE NA PÁDY PACIENTŮ

Jana Horová, Iva Brabcová 39

PSYCHOMETRICKÁ VALIDIZACE DOTAZNÍKU SNAP-CZ: PILOTNÍ STUDIE

Lucie Mráčková, Helena Kisvetrová 49

TRAINING OF GENERAL NURSES IN THE CONTEXT OF DECONTAMINATION
OF REUSABLE MEDICAL DEVICES AND SURFACES

Martin Krause, František Dolák 59

OTÁZKY KLINICKÉ PRAXE

PODTLAKOVÁ TERAPIE V CHIRURGICKÝCH OBORECH

Petra Gombalová, Hana Horelová 71

PŘÍKLAD FUNGOVÁNÍ INTERDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU HOSPICE V USA – HOSPICE
OF WESTERN KENTUCKY

Zlatica Dorková, Anna Šamajová, Tatiana Matulayová 83

RECENZE A KRÁTKÁ SDĚLENÍ

RECENZE KNIHY MANAGEMENT KVALITY A RIZIK PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Daniela Nedvědová 101

RECENZE KNIHY KOMUNIKACE S NEMOCNÝM: SDĚLOVÁNÍ NEPŘÍZNIVÝCH INFORMACÍ	
Pavla Kudlová	103

RECENZE KNIHY PSYCHOSOCIÁLNÍ PODPORA PŘI ÚMRTÍ MIMINKA: PRŮVODCE PRO UČITELE POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ	
Jana Kučová	105

KNIŽNÍ NOVINKY

CHIRURGICKÁ PROPEDEUTIKA: ZÁKLADY CHIRURGIE PRO STUDENTY LÉKAŘSKÝCH FAKULT	109
--	-----

PORODNICTVÍ V KOSTCE	109
----------------------	-----

NEMOCNÉ ROZHOVORY: KOMUNIKACE A NARATIVNÍ TERAPIE S NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÝMI PACIENTY A JEJICH BLÍZKÝMI	110
--	-----

LÉČBA KARDIOVASKULÁRNÍCH ONEMOCNĚNÍ	110
-------------------------------------	-----

POKYNY PRO AUTORY	111
--------------------------	-----

Vážené kolegyně, kolegové, milé čtenářky a čtenáři,

oslovuji vás v nelehké době, která se významným způsobem dotkla celé naší republiky, a to nejen jí, ale celého světa. My jako zdravotníci ji možná vnímáme ještě více citlivěji a uvědomuje si, jak je lidský život křehký. Naše práce není a ani nikdy nebude lehká. Mnohdy můžeme mít pocit nedostatečného ocenění svého okolí. Současná situace v ošetrovatelství, která je poznamenána Covidem 19 ukázala, jak je velmi důležitá naše profese a kolik nás v praxi chybí. Mnohé z nás jsou velmi vyčerpané, unavené. Některé samy prodělaly tuto nákazu a rychle se vrací zpět do práce pomoci kolegyním. Současným znakem této doby je vysoký počet přesčasů a přetížený personál. Určitě není možné zapomenout na rodinu, děti a jejich potřeby, které je nutné mezi náročnými směnami uspokojovat. Práce u covid pozitivních pacientů je ještě fyzicky náročnější, neboť vyžaduje práci ve speciálních ochranných pomůckách, jakými jsou obleky, dvojce rukavice, brýle či šíty, respirátory anebo masky.



Tím bych ráda všem poděkovala za práci a aktivitu, kterou vyvíjíte po celou dobu této nelehké doby.

Nyní se však musíme dívat dopředu a jít dál. Snažit se, aby se život a také naše práce vrátila zpátky do původních kolejí. Budeme věřit, že díky očkování budeme mít zase prostor se setkávat s kolegy na odborných konferencích a workshopech. A k tomu může vést i náš další růst, předávání si informací v rámci odborného tisku.

Věřím, že i toto číslo časopisu Ošetrovatelské perspektivy přispěje k našemu rozšíření odborných znalostí. Také doufám, že v budoucích časech se budeme moci věnovat nejen své krásné profesi, ale také sobě a své rodině.

S úctou za vše co děláte a s přáním zajímavé četby

Mgr. Hana Hozová
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Slezská nemocnice v Opavě, příspěvková organizace

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

THE INFLUENCE OF OVERWEIGHT AND OBESITY ON WOMEN'S PREGNANCY, LABOUR AND FETAL DEVELOPMENT

VLIV NADVÁHY A OBEZITY NA TĚHOTENSTVÍ ŽENY, POROD A VÝVOJ PLODU

Daniela Nedvěďová¹

Abstract

Background: Obesity is a global disease whose incidence in recent years increases dramatically. It contributes to the occurrence of many serious diseases (diabetes, high blood pressure, diseases of the joints, spine, sleep disorders, infertility), and also involves the human physical condition (increased fatigue, decreased physical fitness, lower performance, feelings of exhaustion and others). Obesity and overweight negatively affect fertility in women, pregnancy and fetal development.

Objective: The aim of the article was to process the available Czech and foreign sources of relevant information regarding the impact of female overweight and obesity on pregnancy, childbirth and fetal development.

Method: The article is designed as a theoretical essay.

Results: It was found that maternal obesity leads to congenital defects in children, increased perinatal mortality, shoulder dystocia, fetal macrosomia and stillbirth. During pregnancy, complications such as gestational diabetes, infertility, miscarriage, thromboembolic diseases, preeclampsia, gestational hypertension and complications at birth (premature birth, higher likelihood of C-section birth, induced labour, prolonged labour, greater post-partum haemorrhage). After birth, obese women suffer of infectious complications and failure of lactation more frequently.

Conclusion: An important role in the issues of overweight and obesity is played by education. Education is most aptly received by the preconception period women, or better still, puberty-aged girls. Women should receive information about the ideal weight, weight gain during pregnancy and healthy lifestyle. This should include calculating their BMI, providing information on the impact of obesity on pregnancy, childbirth and fetal development.

Keywords

obesity, overweight, female fertility, pregnancy, fetal development, results

¹ Institute of Nursing, Faculty of Public Policies in Opava, Silesian University in Opava

Abstrakt

Východiska: Obezita je celosvětové onemocnění, jehož incidence v posledních letech výrazně stoupá. Přispívá ke vzniku řady závažných onemocnění (cukrovka, vysoký krevní tlak, nemoci kloubů, páteře, poruchy spánku, infertilita) a dotýká se také fyzické stránky člověka (zvýšená únava, menší fyzická kondice, menší pracovní výkonnost, pocity vyčerpání a jiné). Obezita i nadváha negativně ovlivňují fertilitu ženy, průběh těhotenství i vývoj plodu.

Cíl: Cílem článku bylo zpracovat z dostupných českých a zahraničních zdrojů relevantní informace týkající se vlivu nadváhy a obezity ženy na těhotenství, porod a vývoj plodu.

Metoda: Článek je koncipován jako teoretická stať.

Výsledek: Bylo zjištěno, že u dětí vlivem obezity matky dochází k vrozeným vývojovým vadám, ke zvýšené perinatální úmrtnosti, dystokii ramének, makrosomii plodu a mrtvorozenosti. V těhotenství se objevují komplikace typu gestačního diabetes mellitus, neplodnosti, potratu, tromboembolické nemoci, preeklampsie, gestační hypertenze a komplikace při porodu (předčasný porod, vyšší pravděpodobnost porodu císařským řezem, indukovaný porod, protražovaný porod, větší poporodní krvácení). Po porodu se u obézních žen častěji vyskytují infekční komplikace a selhání laktace.

Závěr: Důležitou roli v problematice nadváhy a obezity hraje edukace. Vhodným obdobím pro edukaci je u ženy prekoncepční období nebo ještě lépe období dospívání u dívek. Žena by měla obdržet informace o ideální hmotnosti, hmotnostním přírůstku v těhotenství a zdravém životním stylu. Součástí by mělo být vypočítání BMI, poskytnutí informací o vlivu obezity na těhotenství, porod a vývoj plodu.

Klíčová slova

obezita, nadváha, plodnost ženy, těhotenství, vývoj plodu, výsledky

INTRODUCTION

Obesity in the general context

Obesity is defined as excessive accumulation of fat tissue in the body outside the standard limits which poses a health risk (Krajčovičová and Hudeček, 2008; Müllerová, 2013; Krejčí, 2016; WHO). The World Health Organization further defines overweight and obesity more specifically. Body Mass Index (BMI) over 25 is considered overweight and BMI over 30 as obese (WHO). This problem has grown to epidemic proportions and over 4 million people die of it every year. The rate of overweight and obesity is increasing. Obesity is becoming a very serious socio-economic problem worldwide. Obese people have

a reduced quality and length of life (Braunerová and Hainer, 2010). The sad fact is that this epidemic does not spare children. From 1975 to 2016, the prevalence of overweight and obese children and adolescents 5–19 years of age increased worldwide and almost quadrupled from 4% to 18% (WHO). This statement is confirmed by Bakun et al. (2018), who reported that in the United States, obesity is the most common chronic disease that affects adults in addition to children as well (Bakun et al., 2018). Obesity is one of the sides of the double burden of malnutrition and in every region except sub-Saharan Africa and Asia, there are more obese people than underweight people. The prevalence of obesity is rising not only in developed, but also in developing countries (Krejčí, 2016). The vast majority of overweight or obese children live in developing countries where the increase rate is more than 30% higher than in developed countries (WHO). Krajčovičová and Hudeček (2008) and Krejčí (2016) report that epidemiological data show a global pandemic disease whose incidence in recent years significantly increases (Krajčovičová and Hudeček, 2008; Krejčí, 2016). According to Bakun et al. (2018), obesity is the second leading cause of death. Obesity has serious health consequences and it is the underlying cause of metabolic diseases (lifetime increased risk of type II. diabetes mellitus), cardiovascular diseases, orthopaedic complications, psychiatric disorders, as well as some cancers. For women, this risk is particularly breast and genital cancer. It is estimated that the basis of 20% of tumours is precisely obesity. Besides the above-mentioned cancer diseases, obesity increases the risk of cancer of the endometrium, the gall bladder, the kidneys and the risk of oesophageal adenocarcinoma (Müllerová, 2013). Obesity contributes to increased mortality (Braunerová and Hainer, 2010) and it is one of the greatest health problems of the present time (Melzer and Schutz, 2010). According to Andělová (2013), obesity is currently ranked among the most significant health risks (Andělová, 2013). The prevalence of overweight and obesity in women over the last year has increased threefold. Obesity has a negative effect on both overall and reproductive health of women (Espinós et al., 2020). Müllerová (2013) reported that due to the accumulation of fats in the organism, substances are produced which impair the whole organism as a system. Determining the limits of body fat ratio for each person is difficult and depends on the sex, age, muscle size and other variables. Therefore, the BMI is widely used universal screening tool to determine overweight and obesity which expresses the relationship between body weight and body height. Obesity is simply an imbalance between energy intake and expenditure, when energy intake exceeds that of the expenditure (Krejčí, 2016; Müllerová, 2013). The causes of obesity are multi-factorial, including genetic, hormonal, behavioural and environmental influences (Müllerová, 2013).

DESCRIPTION OF RESEARCH STRATEGY

Objective

The aim of the article was to process the available Czech and foreign sources of relevant information regarding the impact of overweight and obesity in women in pregnancy, childbirth and fetal development.

Methodology

The article is designed as a theoretical essay whose method is document content analysis. This method is used to create inferences, conclusions, implications, deductions or hypotheses (Farkašová, 2006). Documents analysis is further defined as a qualitative and interpretative analysis of written testimony that explains human behaviour. In practice, this entails analysis of any documents where the researcher works with data that has already been processed. The researcher him or herself does not gather data during their research (Kutnohorská, 2009). Considered as documents, according to Hendl (2016), are all traces of human existence (books, newspaper articles, magazines, films, photos). Document analysis was conducted over the period from June to November 2020. On the basis of these sources, main documents were selected that met the specified keywords.

OBESITY AND FERTILITY IN WOMEN

Extreme nutritional states reduce fertility in women (Müllerová, 2013). In women of childbearing age, obesity affects the reproductive functions. It leads to impaired formation of ova and consequently to infertility. Obesity is also associated with the production of the female hormone oestrogen. Oestrogen is a hormone whose source is found in the ovaries. In addition, oestrogens are also produced by the adrenal glands and adipose tissue. If the woman is obese (has a lot of fat tissue), the organism has too much oestrogen, which may cause hormonal imbalance, consequently leading to deterioration of the menstrual cycle. The woman menstruates irregularly or stops menstruating completely, thus the woman does not ovulate and loses the ability to become pregnant (Neubergerová, 2012). The significance of the impact of the growing obesity epidemic on overall health is great but it is reproduction that is particularly burdened by it. It is known that obesity affects reproductive functions in women in many ways. Due to obesity, changes in the levels of reproductive hormones occur in women, influencing the development of oocytes and of the endometrium appears and also causing increased abortion rates to occur. Assisted reproduction techniques lead to negative results. Menstrual cycle disorders are three times more common in obese women (Glenn, Harris and Lindheim, 2019). Obesity threatens the reproductive function of women and is associated primarily with infertility and an increased risk for both the mother and the foetus during pregnancy and childbirth, including restricted lactation in the post-par tum period (Müllerová, 2013). In women, obesity may result in the polycystic ovary syndrome, irregular anovulatory cycles and fertility disorders (Krajčovičová and Hudeček, 2008). The risk of anovulatory infertility in obese women increases by 4 % with each BMI point. The cause of anovulatory cycles is polycystic ovary syndrome (Krejčí, 2016). Polycystic ovaries and hormone level change that occurs due to obesity may affect the quality of the ova, fertility, development of the embryo and the implantation of fertilized ovum. Obesity is also associated with endometrial abnormalities and negative ovum implantations (Espinós et al., 2020). Obese women (in whom other cause of infertility have been excluded) have an increased likelihood of conception only after weight loss of 10 to 15% of the initial weight. Weight

loss is recommended for women already in preconception period, they are thus reduced health risks that are caused by obesity in pregnant women (Müllerová, 2013). Women are at risk of developing gestational diabetes, gestational hypertension and preeclampsia while the risk of urinary tract infections, genital inflammation and thromboembolism when pregnant increases (Müllerová, 2013).

OBESITY AND ITS IMPACT ON PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN WOMEN

Obesity is a global health problem among pregnant women (Hajagos-Tóth et al., 2017). In the last decade, global prevalence of overweight and obesity has increased rapidly and contributes to chronic diseases. Increasing prevalence of overweight and obesity affects women of reproductive age (Yang et al., 2019). Obesity is considered a modern plague and represents a major problem for pregnancy (Rasmussen et al., 2008). Maternal overweight and obesity increases the risk of complications during maternity and negatively affects the course of childbirth. Maternal overweight and obesity are associated with gestational diabetes mellitus, preeclampsia, C-section birth, premature birth, macrosomic foeti and hospitalization of the child at intensive care units. Due to maternal obesity, children are at risk of macrosomia, shoulder dystocia, congenital anomalies, stillbirth and neonatal death. It was found that maternal obesity has a negative influence on the subsequent development of the child (Yang et al., 2019). Vojtěch et al. (2013) reports that obesity during pregnancy represents the risk of many complications for the mother and it is associated with increased maternal morbidity and mortality (Vojtěch et al., 2013). Two trends currently meet in pregnant women. Obesity moves to increasingly lower age-groups and maternity is postponed to a later age, which is precisely associated in women with a further weight gain (Ulmánová, Špálová and Štechová, 2014). Vašíčková (2003) reports that pregnancy diagnostics by itself is already difficult due to large amount of fat tissue in obese women. This is also confirmed by Vojtěch et al. (2013). Detection of pregnancy in women of BMI over 30 is already problematic, but with the technical development of ultrasound, especially of the transvaginal probe, chances of confirming intrauterine pregnancy increase. Detecting pregnancy using the transvaginal probe can create uncertainty in terms of detection and localization of the embryo's vitality. In the first trimester screening, obesity has an adverse effect on ultrasound detection which is why obese pregnant women are usually sent to a superconsiliary workplace (Vojtěch et al., 2013). Obese women are more difficult to examine and due to the hormonal disturbances and disturbed menstrual cycle, they may not even be able to recognize that they are pregnant (Vašíčková, 2003, p. 18). Obesity in pregnant women is associated with increased risk not only for pregnant women, but also a risk to the newborn. They are at risk of lower Apgar scores at birth, the risk of hypoglycemia in early post-partum, increased likelihood of congenital neural tube defects or cryptorchidism in male offspring. Obese mothers initiate lactation later and generally breastfeed for a shorter time than mothers of normal weight (Müllerová, 2013). The same claim is also put forth by Andělová (2013) who sees in pregnancy in women who are overweight or

obese an increased risk for the unborn child and identifies a number of pregnancy and neonatal risks associated with maternal obesity (congenital malformations of the fetus, hypertrophic feti, gestational hypertension, gestational diabetes mellitus, preeclampsia, fetal death, higher neonatal death rate, fetal growth retardation, higher number of newborns who require admission to an intensive care unit) (Andělová, 2013). Bakun et al. (2018) states in his article that obese pregnant women are at higher risk of gestational diabetes mellitus, miscarriage, stillborn child, preeclampsia, thromboembolism, sleep apnoea, maternal deaths and abnormalities of fetal development. They also cite the anaesthesiological risks (problems with the insertion of an epidural catheter into the epidural space, problems with spinal anaesthesia, difficult intubation and difficult maintenance of adequate respiration under anaesthesia). Women suffering from obesity are also at risk of post-partum complications (increased risk of infection, hypogalactia, postpartum depression). The risk of hospitalization in intensive care units is one and half times higher with children of obese mothers. (Bakun et al, 2018). Andělová (2013) states that pregnancy complications for overweight and obese women are associated with the large amount of fat, especially in the visceral region. Increased visceral fat is associated with insulin resistance, chronic inflammation and lipotoxicity with possible harmful effects on placental vasculature and subsequently degraded conditions for fetal development (Andělová, 2013). Weight gain during pregnancy is important predictor of not only the infant's birth weight, but also other perinatal and obstetric complications, especially gestational hypertension, preeclampsia, gestational diabetes mellitus, C-section birth, premature birth, fetal macrosomia, shoulder dystocia, fetal congenital defects and stillborn child (Krejčí, 2016). Obesity and gestational diabetes mellitus represent higher risk of gestational hypertension, preeclampsia, births of hypertrophic fetuses, higher numbers of C-section births, fetal shoulder dystocia, labour inductions and preterm births. Pre-existing hypertension (hypertension developed before pregnancy) also brings about risks of preeclampsia, placental abruption, gestational diabetes, premature labour, small fetus and stillbirth (Krejčí, 2016). Obesity in women may also have adverse effect on uterine contractility and thereby shorten or extend the gestational period, resulting in premature or overdue birth, respectively. Overweight and obesity during pregnancy may lead to a higher incidence of spontaneous abortions (Hajagos-Tóth et al., 2017). An interesting finding was achieved by Kanguru et al. (2017). They found that obesity in women of reproductive age in developing and industrialized countries differs. Generally, obese women are more prone to pregnancy complications like pre-eclampsia, wound infection, aesthetic complications, miscarriages and cardiovascular problems in pregnancies with frequent subsequent maternal deaths. This obstetrical risk is potentially higher in developing countries, where specialized obstetric care may not be sufficient and accessible (Kanguru et al., 2017).

OBESITY AND ITS EFFECTS ON FETAL DEVELOPMENT

Overweight and obesity also represent a risk to the fetus. The common mechanism of such complications is the mother's insulin resistance which leads to excessive nourishment of the fetus. The insufficient use of substances due to insulin resistance in the mother's metabolism cause accumulation of these substances in the bloodstream of the child, which affects birth weight (increase). In the final effect the macrosomic fetuses are born. Fetuses of larger birth weight in obese women and fetal macrosomia are associated with a higher risk of birth injury, need for surgical childbirth and a series of neonatal complications (Krejčí, 2016). Beside high birth weight, these newborns tend to suffer of hypoglycemia in the first hours after birth (Andělová, 2013). Ulmannová, Špálová and Štechová (2014) also add autism spectrum disorders to the list, observing that maternal obesity before pregnancy and large weight gain during pregnancy (over 18 kg) are significantly associated with autism spectrum disorders in children, while other complications mentioned by the authors include spina bifida, omphalocele, cardiac defects and the occurrence of various other associated defects (Ulmannová, Špálová and Štechová, 2014). Vojtěch et al. (2013) add occurrence of other congenital defects of the fetus to the list of complications (anal atresia, hypospadias, disorders of the limbs and diaphragmatic hernia) (Vojtěch et al. 2013).

OBESITY PREVENTION IN PREGNANCY

Pregnancies of overweight and obese women and women with excessive pregnancy weight gain are accompanied by a number of pregnancy and perinatal complications. In terms of prevention, education is vital for overweight and obese women already in the preconception preparation in order to achieve weight loss before pregnancy and eliminate the negative effects of obesity on the mother and her foetus. During pregnancy, it is advisable to choose a strategy that will lead to optimal weight gains in women. Before any infertility treatment or assisted reproduction, obese women with infertility should be offered interventions aimed at gradually reducing body weight and starting treatment of comorbidities (Krejčí 2016). Targeted interventions (diet, physical activity, weight monitoring, waist circumference, education about diet, diets records, setting concrete targets, etc.) as part of preconception care in obese women have a positive impact on women's fertility. More than ten percent weight reduction in obese women before pregnancy increases the probability of a live birth; altered regimen before pregnancy also prevents excessive weight gains during pregnancy (Krejčí, 2016). It is very important to educate women of childbearing age about the harmful effects of overweight and obesity for their future pregnancy and the possible consequences for their children (Andělová, 2013). The main objective should be to preserve reproductive health of women, allowing a healthy pregnancy and foetal development.

CONCLUSION

Pregnant women should choose appropriate physical activities with regard to the age of pregnancy and their fitness and proper nutrition. Education about the negative impact of obesity on fertility of overweight women should take place before women's pregnancy in the preconception period, better even in the period of puberty when girls become sexually mature, and menarche occurs in girls. In this period, education may take the primary preventive effect and can eliminate the negative effects of obesity and overweight in girls. Subsequently, it can positively affect their reproductive health, pregnancy and fetal development.

This paper was supported by the Ministry of Health - Project No. 49/2020/PPZ/OKD.

References

ANDĚLOVÁ, K. Problematika diabetu a obezity v těhotenství. *Postgraduální medicína*. 2013, roč. 15, č. 1, s. 24–26. ISSN 1212-4184.

BAKUN, O. V. et al. Obesity during pregnancy: literature review. *Wiadomosci lekarskie*. 2018, vol. 71, no. 4, p. 913–916. ISSN 00435147.

BRAUNEROVÁ, R. a HAINER, V. Obezita – diagnostika a léčba v praxi. *Medicína pro praxi*. 2010, roč. 7, č. 1, s. 19–22. ISSN 1803-5310.

DENISON, F. C. et al. Care of Women with Obesity in Pregnancy: the Norwegian Fit for Delivery randomised controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2019, vol. 126, no. 3, p. 62–106. ISSN 14700328.

ESPINÓS, J. J. et al. The effect of lifestyle intervention on pregnancy and birth outcomes on obese infertile women: A systematic review and meta-analysis. *International journal of fertility and sterility*. 2020, vol. 14, no. 1, p. 1–9. ISSN 2008-076X.

FARKAŠOVÁ, D. et al. *Výzkum v ošetrovatelství*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2006. ISBN 80-8063-229-4.

GLENN, T., HARRIS, A. L. and LINDHEIM, S. R. Impact of obesity on male and female reproductive outcomes. *Current opinion in obstetrics and gynecology*. 2019. vol. 31, no. 4, p. 201–206. ISSN 1040-872X.

HAJAGOS-TÓTH, J. et al. Obesity in pregnancy: a novel concept on the roles of adipokines in uterine contractility. *Croatian medical journal*. 2017, vol. 58, no. 2, p. 96–104. ISSN 1332-8166.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-7367-485-4.

KANGURU, L. et al. The burden of obesity in women of reproductive age and in pregnancy in a middle-income setting: A population based study from Jamaica. *PLoS ONE*. 2017, vol. 12, no. 12, p. 1–14. ISSN 19326203.

KRAJČOVIČOVÁ, R. a HUDEČEK, R. Nadváha a reprodukční funkce ženy. *Praktická gynekologie*. 2008, roč. 12, č. 2, s. 109–116. ISSN 1211-6645.

KREJČÍ, H. Obezita a diabetes v graviditě. *Neonatologické listy*. 2016, roč. 22, č. 2, s. 22–25. ISSN 1211-1600.

KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.

MARCHI, J. et al. Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obesity Reviews*. 2015, vol. 16, no. 8, p. 621–638. ISSN 1467-7881.

MELZER, K. and SCHUTZ, Y. Pre-pregnancy and pregnancy predictors of obesity. *International Journal of Obesity*. 2010, vol. 34, p. 44. ISSN 0307-0565.

MÜLLEROVÁ, D. Obezita u žen. *Postgraduální medicína*. 2013, roč. 15, č. 1, s. 6–12. ISSN 1212-4184.

NEUBERGEROVÁ, B. Když nadváha znemožňuje mateřství [online]. *Moje zdraví*, 9. 2. 2012. [cit. 9. 9. 2020]. Dostupné z: <https://www.maminka.cz/clanek/kdyz-nadvaha-znemoznuje-materstvi>.

RASMUSSEN, S. A. et al. Maternal obesity and risk of neural tube defects: a metaanalysis. *American Journal of obstetrics and gynecology*. 2008, vol. 13, no. 4, p. 129–132. ISSN 1356-742X.

ULMANNOVÁ, T., ŠPÁLOVÁ, I. a ŠTECHOVÁ, K. Vliv obezity matky na výsledek těhotenství a další vývoj dítěte. *Aktuální gynekologie a porodnictví*. 2014, roč. 6, s. 33–37. ISSN 1803-9588.

VAŠÍČKOVÁ, Z. Obezita v gynekologii a porodnictví. *Praktická gynekologie*. 2003, č. 3, s. 16–20. ISSN 1211-6645.

VOJTĚCH, J. et al. Obezita a maternální morbidita. *Postgraduální medicína*. 2013, roč. 15, č. 1, s. 20–23. ISSN 1212-4184.

YANG, Z. et al. Contribution of maternal overweight and obesity to the occurrence of adverse pregnancy outcomes. *The Australian and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology*. 2019, vol. 59, p. 367–374. ISSN 1479-828X.

World Healthy Organization. [online]. WHO copyright. [cit. 01/09/2020]. Available from: https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1.

Contact

Mgr. Daniela Nedvědová, Ph.D.

Faculty of Public Policies in Opava, Silesian University in Opava

Institute of Nursing

Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Czech Republic

daniela.nedvedova@fvp.slu.cz

UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK V TĚHOTENSTVÍ A JEJICH VLIV NA NOVOROZENCE

USING OF ADDICTIVE SUBSTANCES IN PREGNANCY AND THEIR EFFECT ON NEWBORN

Daniela Nedvědová¹, Gabriela Světnická¹

Abstrakt

Východiska: Drogová závislost v těhotenství je velmi závažným a sociálním problémem. Drogy negativně ovlivňují průběh těhotenství, vývoj plodu a novorozence. Těhotná žena užívající drogy, škodí nejen svému organismu, ale dlouhodobě negativně ovlivňuje i vývoj dítěte. V důsledku sporadických návštěv prenatálních poraden těhotnými ženami, se později děti rodí s různými potížemi.

Cíl: Cílem článku bylo zpracovat z českých a zahraničních zdrojů informace týkající se užívání návykových látek v těhotenství. Dalším cílem bylo zjistit, jaký vliv má užívání návykových látek v těhotenství na novorozence.

Metoda: Článek byl koncipován jako teoretická stať.

Výsledky: Návykové látky, které těhotná žena užívá v těhotenství, mají na průběh těhotenství negativní dopad. Objevuje se intrauterinní růstová retardace plodu, spontánní potraty, předčasný porod, abrupce placenty, problémy s otěhotněním, nepravidelnosti menstruačního cyklu a vyšší riziko mrtvorozenosti. Děti rodící se drogově závislým matkám mají zvýšená rizika toxického vlivu drog jak v průběhu, tak také po ukončení těhotenství. U novorozenců se objevuje novorozenecký abstinencií syndrom, fetální alkoholový syndrom, nízká porodní hmotnost plodu, vyšší neonatální mortalita, nižší Apgar skóre a kongenitální anomálie.

Závěr: Užívání všech typů drog má na těhotenství i vývoj plodu negativní dopad. Užívání drog v těhotenství je komplexní problém, který se dotýká všech stránek života ženy, proto je důležité, aby se na jeho řešení podíleli odborníci z různých oborů (přes lékaře, nelékařský zdravotnický personál, sociální pracovníce a další).

Klíčová slova

návykové látky, těhotenství, novorozenec, nežádoucí účinek, fetální alkoholový syndrom, syndrom novorozenecké abstinence

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

Abstract

Background: Drug addiction in pregnancy is a very serious and social problem. Drugs negatively affect the course of pregnancy, fetal development and the newborn. A pregnant woman who uses drugs not only harms her body, but also negatively affects the child's development. As a result of sporadic visits to prenatal clinics by pregnant women, children are later born with various difficulties.

Aim: The aim of the article was to process information from czech and foreign sources concerning the use of addictive substances in pregnancy. Another aim was to find out what effect the use of addictive substances in pregnancy has on the newborn.

Methods: The article was conceived as a theoretical state.

Results: Addictive substances taken by a pregnant woman during pregnancy have a negative impact on the course of pregnancy. Intrauterine growth retardation of the foetus, spontaneous abortion, premature birth, placental abruption, problems with pregnancy, menstrual irregularities and the risk of stillbirth occur. Children born to drug-addicted mothers have an increased risk of drug toxicity both during and after pregnancy. Neonates develop neonatal abstinence syndrome, foetal alcohol syndrome, low birth weight, neonatal mortality, lower Apgar score and congenital anomalies.

Conclusion: The use of all types of drugs has a negative impact on pregnancy and foetal development. Drug use in pregnancy is a complex problem that affects all aspects of a woman's life, so it is important that experts from different disciplines (through doctors, non-medical medical staff, social workers and others) take part in its solution. Working with drug-addicted pregnant women as well as newborns with withdrawal symptoms has its specificities and cannot be treated routinely and in the same way as other pregnant women and newborns. Primary education of young age groups on drugs and their negative effects on pregnancy and foetal development, or further education of dependent mothers on how to deal with a difficult situation that has already arisen, would therefore be appropriate.

Keywords

addictive substances, pregnancy, newborn, adverse reaction, fetal alcohol syndrome, neonatal abstinence syndrome

ÚVOD

Těhotenství žen, které se potýkají se závislostí, bývá označováno jako rizikové. Nese s sebou rizika jak pro vyvíjející se plod, tak pro novorozence. Samotná práce se závislou těhotnou ženou závisí na látce, kterou těhotná žena užívá, v jakém množství danou látku užívá a jaká je její tolerance. Kofein, tabák, alkohol, opioidy, stimulancia, halucinogeny a těkavé látky jsou skupiny látek negativně ovlivňující matku i její doposud nenarozené vyvíjející se dítě. Negativně se užívání výše zmíněných látek projevuje také na novorozencích, prostřednictvím novorozeneckého abstinenčního syndromu, fetálního alkoholového syndromu a dalších nežádoucích projevů.

POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE

Cíl

Cílem článku bylo zpracovat z českých a zahraničních zdrojů informace týkající se užívání návykových látek v těhotenství. Dalším cílem bylo zjistit, jaký vliv má užívání návykových látek v těhotenství na novorozence.

Metodika

Článek byl koncipován jako teoretická stať, ke které byla využita metoda obsahové analýzy dokumentů. Tato metoda slouží k tvorbě úsudků, závěrů, implikací, dedukcí nebo domněnek (Farkašová, 2006). Dále je analýza dokumentů definována jako kvalitativně-interpretační analýza písemných svědectví, která vysvětluje lidské jednání. Prakticky je to analýza jakýchkoliv dokumentů, kdy výzkumník pracuje s daty, která již byla vytvořena. Sám výzkumník je v průběhu výzkumu nevytváří (Kutnohorská, 2009). Za dokumenty se podle Hendla (2016) považují veškeré stopy lidské existence (knihy, novinové články, deníky, filmy, fotografie). Analýza dokumentů byla provedena v období ledna až července 2020. Na základě prostudovaných zdrojů, byly vybrány hlavní dokumenty, které splňovaly zadaná klíčová slova.

STRUČNÁ HISTORIE DROG

„Řecký duch pokřtil drogy termínem *phármakon*, jenž znamená zároveň lék i jed. Teprve na poznání, okolnostech a samotné osobě závisí, zda se jedno promění v druhé. Na lidské bytosti a nějakým způsobem i na drogách samotných tedy závisí, zda budou léčit, nebo škodit. Existují odjakživa a všude na světě a, soudě podle dneška, bude jich zítra více než včera. Alternativou není svět s nimi, nebo bez nich. Alternativou je informovat o jejich správném použití, nebo povrchně demonizovat. Rozsévát vědění, nebo nevědomost“ (Escohotodado, 2003, s. 150).

Historie užívání drog sahá daleko do minulosti, kdy se drogy používaly výhradně k náboženským rituálům. Své počátky mají drogy v době ještě před našim letopočtem.

Halucinogeny byly používány již v době neolitu. Tato tvrzení jsou založena na existenci ornamentů neolitického umění s uměleckými díly, která byla vytvořena ve stavech změněného vědomí po požití drog. V té době se využívalo především halucinogenních účinků muchomůrky červené, durmanu obecného a rulíku zlomocného. Znalosti měli pouze šamani, kteří zjistili, že po požití některých rostlin může dojít k psychoaktivním změnám. První dochované zmínky o drogách pocházejí ze třetího tisíciletí před naším letopočtem, konkrétně ze Sumeru, kde byla pro znak radosti používána makovice. Z dochovaných egyptských hieroglyfů, byla jako prostředek na uklidnění a jako analgetikum doporučována šťáva z makovic. Ve starověké Číně asi kolem roku 4 000 př. n. l. bylo poprvé objeveno konopí, které se hojně využívalo k léčbě očních zánětů, nespavosti, úplavice a suchého kašle. Později ve Starověkém Řecku a Římě začaly být drogy vnímány jako lék, protože bylo zjištěno, že umí tlumit bolesti nebo vyvolat spánek. Řecký bůh spánku Hypnos býval zobrazen jako krásný mladík s křídly, který si na čele drží v dlaních makovou tobolku. Makovice byla také symbolem boha Thanata. V období středověku byly drogy spojovány s čarodějnictvím. Údajně čarodějnice drogy využívaly k přípravě lektvarů a mastí, které poté používaly. Jednou z nejužívanějších látek v následujících stoletích bylo opium. Významným momentem ve světě drog bylo objevení Ameriky. S tímto objevem lidstvo získalo mnoho nových neznámých rostlin. V 19. století se začaly postupně objevovat morfin, kodein, atropin, kofein, kokain, heroin a barbiturát. Nejvíce propagovaný začal být kokain, se kterým se téměř ihned začalo obchodovat ve velkém. Začaly vznikat stovky nápojů obsahující kokain nebo koku (Escohotado, 2003; Mahdalíčková, 2014).

DROGY V TĚHOTENSTVÍ

V některých případech je užívání návykových látek „společensky tolerované“ a tyto návykové látky jsou součástí každodenního života jedinců v naší společnosti. Jedná se o legální návykové látky jako je alkohol, tabák a kofein. V užívání těchto návykových látek není společností spatřován závažný problém, pokud jsou užívány v tolerantní míře. Drogová závislost v těhotenství je velmi závažným a sociálním problémem. Drogy negativně ovlivňují průběh těhotenství a vývoj plodu. Pokud užívá těhotná žena drogy, škodí nejen svému organismu, ale dlouhodobě negativně ovlivňuje vývoj dítěte. Po narození se užívání návykových látek u dětí projevuje různými druhy syndromů. Prenatální péče těhotných drogově závislých žen bývá nedostatečná a prenatální poradnu navštěvují velmi sporadicky. Ve většině případů drogově závislé ženy přicházejí až rovnou do nemocnice s nástupem děložní činnosti nebo se spontánním odtokem plodové vody. Zdravotnický personál tak o drogově závislé těhotné ženě nemá žádné informace, proto je velmi důležité přistupovat k těmto těhotným jako k potencionálně infekčním pacientům, z důvodu absence anamnestických údajů z prenatální poradny. Porody drogově závislých matek je vždy nutné kardiotokograficky monitorovat neboť většina drog působících na plod ovlivňuje negativně tepovou frekvenci plodu. Binder a Vavřínková (2007) uvádějí, že drogově závislé ženy si aplikovaly heroin k utlumení porodních bolestí

ještě před příjezdem do porodnice. Dalším problémem může být zajištění žilního vstupu z důvodu intravenózní aplikace drog (Binder a Vavřínková, 2007). Užívání všech typů drog má na těhotenství i vývoj plodu negativní dopad. Droga se přes placentu dostává do těla plodu dítěte, posléze i přes hematoencefalickou bariéru do mozku plodu. Ohrožuje tak zdravý vývoj dítěte. Játra dítěte drogu odbourávají pomaleji, proto koncentrace drogy u dítěte může převýšit koncentraci drogy v organismu matky (Šlamberová, 2020). Stejný problém nastává při kojení. Prostřednictvím mateřského mléka se droga dostává do těla dítěte. Užívání drog v těhotenství je komplexní problém, který se dotýká všech stránek života ženy, proto je důležité, aby se na jeho řešení podíleli odborníci z různých oborů (přes lékaře, nelékařský zdravotnický personál, sociální pracovníce a další). Práce s drogově závislými těhotnými ženami má svá specifika a nelze k nim přistupovat rutinně a stejně jako k ostatním těhotným ženám. Šlamberová (2020) uvádí, že ženy závislé na drogách bývají většinou svobodné, nezaměstnané, žijí ve špatných sociálních i ekonomických podmínkách a nedokáží se o dítě postarat. V mnoha případech jsou děti matkám soudně odebrány. Léčba závislostí na návykových látkách v těhotenství se děje prostřednictvím substituční terapie (Binder a Vavřínková 2007). Substituční terapie je časově neomezená udržovací léčba. Spočívá v podávání substituční látky jiným než nitrožilním způsobem, a to v množství, které potlačí abstinenci příznaky u těhotné ženy. Nejčastěji jsou podávány Metadon a Buprenorfin (Subutex). Dále je důležité, aby se drogově závislá žena podrobila také psychoterapii, psychosociálnímu poradenství a dalším službám, které ženě umožní socializaci (volba vhodného zaměstnání, příjem měsíční mzdy, zvyšování kvalifikace, apod.) (Binder a Vavřínková, 2007).

PŘEHLED ÚČINKŮ JEDNOTLIVÝCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK V TĚHOTENSTVÍ

Kofein v těhotenství

Kofein v těhotenství volně prochází placentární bariérou a vylučuje se do mateřského mléka. Ve vyšších dávkách způsobuje žaludeční potíže, úzkostné stavy a dokonce může indukovat gestační hypertenzi (Kostiuk, 2013). Kostiuk (2013) dále ve svém článku uvádí, že zvýšený přívod kofeinu v graviditě (více než 3 šálky denně) zvyšuje riziko nižší porodní hmotnosti plodu, riziko spontánních potratů, předčasných porodů i riziko porodů mrtvých plodů. Bylo prokázáno, že kofein zvyšuje vylučování kalcia močí, zároveň snižuje vstřebávání železa, a proto může být podkladem vzniku anémie plodu i matky. Kofein je vylučován také do mateřského mléka a u dítěte způsobuje poruchy spánku a zvyšuje jeho neklid (Kostiuk, 2013). Podle WHO je maximální doporučený příjem kofeinu v těhotenství 300 mg denně. Végh (2013) uvádí, že metabolity kofeinu se mohou kumulovat v mozku plodu a jejich vysokou koncentrací může tak dojít k poškození vyvíjejícího se plodu.

Tabák v těhotenství

Kouření má na ženu velký negativní vliv. Ženy kuřačky mají častěji bolestivou a nepravidelnou menstruaci, není výjimkou i amenorea. Kouření zasahuje do produkce

pohlavních hormonů, negativně ovlivňuje proces oplodnění vajíčka, jeho nidaci, intrauterinní vývoj plodu i samotný porod. Pařízek (2009) ve své knize uvádí, že žena je závislá na nikotinu pokud denně vykouří 10 cigaret i více a pokud si žena potřebuje zapálit do jedné hodiny po probuzení. Vavřínková a Drábková in Pařízek (2012) uvádějí, že nikotinismus u ženy vzniká při kouření 20 cigaret denně po dobu několika měsíců. Autorky uvádějí taktéž přehled negativních účinků na plod – nízká porodní hmotnost, dráždivost novorozenců, zvýšená vigilita, obtížnější zahájení kojení. Nikotin se vylučuje jako kofein do mateřského mléka. Pařízek (2009) uvádí, že v těhotenství mají kuřáčky častější komplikace s placentou (abrupte placenty). Jinak ve svých tvrzeních souhlasí s autorkami Vavřínkovou a Drábkovou. Kouření je nejrozšířenější závislostí u českých těhotných žen. Nikotin způsobuje vazokonstrikci v cévním řečišti, tedy i v placentě. Plod je vystaven přechodné hypoxii, která v závislosti na množství vykouřených cigaret přejde v hypoxii chronickou. Hypoxii způsobuje i oxid uhelnatý, který je obsažen v kouři. Látky obsažené v tabákovém kouři (vedle nikotinu) poškozují placentu. Výsledkem je nižší porodní hmotnost až rozvoj IUGR a těhotenství je ohroženo abortem. V dalším vývoji děti trpí lehkou mozkovou dysfunkcí, poruchami soustředění, horším prospěchem ve škole, behaviorálními problémy (Binder, 2004). Děti kuřáček jsou ohroženy syndromem náhlého úmrtí novorozence. Pokud ženy kouří 20 cigaret denně, stoupá u těchto žen i riziko intrauterinní smrti plodu. Při kojení je koncentrace nikotinu v mateřském mléce vyšší než v krvi matky. Nikotin způsobuje snížení produkce mléka přibližně o třetinu. U kojení způsobuje zvracení, zatížení jater a ledvin, alergie. Negativní vliv má samozřejmě na těhotnou ženu i pasivní kouření (Binder, 2004; Kostiuk, 2013).

Alkohol v těhotenství

Alkohol je v naší společnosti nejrozšířenější společensky tolerovanou drogou. Svými zdravotními a sociálními důsledky je však mnohem nebezpečnější drogou než nelegální drogy. Postihuje především játra. V těhotenství volně prostupuje placentární bariérou a na plod má toxický účinek. U plodu způsobuje Fetální alkoholový syndrom (Binder, 2004). U fetálního alkoholového syndromu dochází k procesu volného procházení etanolu placentární bariérou. Etanol se metabolizuje na acetaldehyd a ten působí toxicky na plod. Fetální alkoholový syndrom je charakterizován prenatálním a postnatálním růstovým deficitem, abnormalitami v rámci centrální nervové soustavy a kraniofaciálními abnormalitami (Vavřínková a Binder, 2006).

Opioidy

Opioidy se získávají ze surového opia, což je hnědá hmota, která se získá naříznutím nezralé makovice. Psychotropní účinky opia jsou známy více než tisíce let. V dávných dobách bylo opium užíváno jako lék. Celkový efekt opioidů je zklidňující, způsobují příjemné uvolnění, uklidnění, pasivní prožívání okamžiku, odstranění problémů v životě. Při předávkování dochází k hlubokému spánku až kómatu. Smrt nastává v důsledku útlumu dechového centra. Nejznámější zástupci jsou heroin, morfin, ketogan, petidin a buprenorfin. Při nedostatku drogy nastupují abstinenční příznaky – bolesti svalů, kloubů, zvýšené pocení, subfebrilie, zvracení, nauzea, křeče. Užívání opioidních drog

v těhotenství se zvyšuje v poslední dekádě a v současnosti představuje problém veřejného zdraví (Stover a Davis, 2015). Užívání opioidních drog je spojováno s velkým počtem porodnických komplikací (intrauterinní růstová retardace, abrupce placenty, předčasný porod, oligohydramnion, mrtvorozenost a mateřská úmrtí) a neonatálních komplikací, které jsou známy pod názvem neonatální abstinenční syndrom (Stover a Davis, 2015). Klasickým představitelem opiátů je diacetyl morfin – heroin. Heroin velmi rychle proniká placentou a vniká do fetálních tkání do 1 hodiny od aplikace. Droga se kumuluje v plodové vodě a na plod působí tlumivě. U plodu se objevuje snížená pohybová aktivita. Klesající hladina drogy se u plodu naopak projevuje zvýšeným distresem, což vede k tachykardii plodu a ke změnám na kardiokotografickém záznamu. U novorozenců se obvykle za 48 hodin po porodu objevuje „abstinenční syndrom novorozence“ (poruchy spánku, iritabilita, křeče, febrilie, tachypnoe, pocení, sekrece z nosu, kýčání, průjmovitá stolice, vomitus, excesivní sání). U těhotných uživatelů bývá velmi častá nízká porodní hmotnost novorozence. Ta není ale způsobena přímo samotným užíváním drogy, ale komplexem rizikových faktorů, které vyplývají z chování těhotné ženy (kouření, malnutrice, infekce, ...). Dále se u plodu vyskytují vyšší neonatální mortalita, nižší Apgar skóre a kongenitální anomálie. Kojení je kontraindikováno a doporučuje se dokonce zástava laktace (Binder a Vavřínková 2007). Finnegan (1990) dále u novorozenců doplňuje vysoko laděný pláč, krátký neklidný spánek, hyperaktivní reflexy, časté zívání, zarudnutí sliznice nosu a regurgitaci. Podle Stover a Davis (2015) se k syndromu řadí ještě exkoriace kůže.

Psychostimulační drogy

Stimulancia jsou látky, které mají na centrální nervovou soustavu budivý efekt, zvyšují psychomotorické tempo, bdělost, zkracují spánek a zahánějí únavu. Vyvolávají pocit, že je člověk plný síly, elánu, euforie a energie. Po vymizení účinku se dostavuje vyčerpání, únava, bolesti kloubů, několikadenní spánek, velký hlad, konzumace velkého množství jídla. Řadí se zde pervitin, amfetamin a kokain (Majerová, 2016).

Kokain

Jedná se o alkaloid, který je obsažen v listech jihoamerického keře *Erythroxylon coca*. Binder (2004) uvádí, že psychotropní účinek látky je 20 – 30 minut, což způsobuje u závislých jedinců opakovanou aplikaci 10 x až 20 x za den. Taktéž uvádí, že užívání kokainu zvyšuje sexuální apetenci. U plodu dochází k rychlému prostupu kokainu a jeho metabolitů placentou, což vede ke snížení průtoku krve placentou, ke snížené oxygenaci plodu (k hypoxii), naopak ke zvýšení krevního tlaku a tepové frekvence.

Metamfetamin (Pervitin)

Jedná se o velmi populární a celosvětově zneužívanou návykovou látku. V organismu se odbourává pomalu a jeho účinky přetrvávají 8 – 24 hodin. Ženy dokonce původně používaly metamfetamin pro jeho anorektické účinky jako lék na hubnutí. Snadno prochází přes placentu do těla plodu, dále přes hematoencefalickou bariéru do mozku plodu. Játra dítěte drogu odbourávají pomaleji, proto koncentrace drogy u dítěte může převýšit koncentraci v organismu matky. Metamfetamin se dostává i do mateřského mléka

(Šlamberová, 2020). Binder (2004) poukazuje na fakt, že opakované užívání metamfetaminu vyvolává halucinačně paranoidní psychózu, klinicky nerozeznatelnou od schizofrenie. Pervitin působí vazokonstrikčně, zvyšuje dráždivost myometria a způsobuje hypoxické ataky plodu. Vazokonstrikce vede ke zvýšení krevního tlaku u matky a snížení průtoku krve arteria uterina. Zvyšuje se riziko abrupce placenty a předčasného porodu.

Halucinogeny

Jde o látky, které způsobují změnu vnímání a patří bezesporu k nejméně předvídatelným látkám. Intenzita užití látky může vyvolat až obraz toxické psychózy. V populaci těhotných žen jsou halucinogeny raritním jevem. Nejčastějším představitelem této skupiny drog je lysergamid – LSD. Nicméně pokud těhotná žena v době těhotenství užívá LSD, je těhotenství ohroženo abrupcí placenty, prematuritou i intrauterinní růstovou retardací. Novorozenec je ohrožen hypertonem, poruchami příjmu potravy a poruchami spánku (Binder, 2004; Binder a Vavřínková, 2007; Majerová 2016).

Těkavé látky

Do této skupiny můžeme zařadit rozpouštědla, ředidla, lepidla a plynné látky. Všechny tyto látky vykazují společný jev, a to že po jejich inhalaci dojde k ovlivnění CNS, zrakové a sluchové halucinace. V ČR je nejčastěji užívaný toluen. Toluén je bezbarvá kapalina, která se získává z ropy lehkého oleje nebo kokosových plynů. Tato látka se používá jako rozpouštědlo nebo ředidlo. Toluén je docela snadno dostupný a relativně levný. Lze jej inhalovat „čichat“ přímo z lahve nebo vdechovat jeho výpary z nějaké napuštěné látky. Účinek se dostavuje rychle, ale je krátkodobý, proto se inhalace musí opakovat, aby účinek přetrvál. Toluén silně poškozuje tkáně, se kterými přijde do styku – dýchací cesty, játra, mozek, ... Vzhledem k tomu, že nejde stanovit přesná dávka inhalace, zvyšuje se riziko předávkování (Binder, 2004; Ganeri, 2001).

PŮSOBENÍ DROG NA NOVOROZENCE

Syndrom novorozenecké abstinence (NAS)

Novorozenecký abstinence syndrom je podobný odvykacímu stavu u dospělých osob a literatura uvádí, že jeho projevy jsou „opakem“ primárního účinku dané drogy. Pokud má tedy opioid nebo alkohol tlumivý efekt; v odvykacím stavu se může projevit výrazný psychomotorický neklid. Pokud se jedná o drogu se spasmolytickými účinky – mohou se naopak křeče nebo bolesti objevit. Stimulační drogy v odvykacím stavu způsobují výrazný útlum. Závažnost novorozeneckého abstinence syndromu závisí na tom, jak vysokou toleranci má těhotná žena vůči látce a na dávce, v jaké ji užívá. Nejzávažnější stav je spojován s alkoholem (Zoubková a Popov, 2019). Studií z oblasti negativního působení drog v těhotenství a účinků na novorozence není velké množství. Dlouhodobý účinek expozice nevhodnými a toxickými látkami je minimálně dokumentován v literatuře, proto autor Joseph et al. (2020) provedl přehled s cílem prozkoumat literaturu týkající se dlouhodobého působení expozice perinatálními látkami.

Ze studie vyplynulo, že děti vystavené působení drog intrauterinně, se běžně potýkají s kognitivními problémy, problémy s chováním, zpožděným vývojem, špatnými výsledky ve škole, rozdíly v antropometrickém růstovém vzorci, je u nich změněný motorický vývoj a zhoršený senzorický vývoj. Nediagnostikované nebo neléčené deficity mohou mít negativní dopad na každodenní činnosti u těchto dětí a problematické sociální soužití v kolektivu. Včasná identifikace a spolupráce mohou zabránit celoživotnímu negativnímu důsledku takto poškozeného dítěte. Výsledky studií velmi často pojednávají o přímém negativním působení na zdraví nejen matky, ale hlavně nenarozeného dítěte, potažmo novorozence. V dnešní době je užívání návykových látek bráno jako jeden z celosvětových zdravotnických problémů, který ohrožuje odlišné populace, včetně těhotných žen, ale je také považováno za vysoce rizikové chování vedoucí ke komplikacím a nepříznivému důsledku na matku a plod (Nayeri et al., 2014). Těhotné ženy užívající drogy se stávají vážným problémem, protože tato závislost zvyšuje riziko komplikací během těhotenství a mohou trvale poškodit novorozence (Ashraf et al., 2016). Užívání omamných látek v těhotenství vede k poškození plodu, tyto děti mají nižší porodní váhu, menší obvod hlavy a celkově jsou kratší a jejich růst bude ovlivněn v dalším životě (Hudak et al., 2012). Těhotenství matky závislé na drogách je definováno jako rizikové těhotenství a takový novorozenec je klasifikovaný jako vysoce rizikový novorozenec (Lam et al., 1992). Zneužívání návykových látek během těhotenství je hlavním problémem v USA s mnoha nepříznivými účinky na matku, plod a novorozence. Vnitrostátní instituce zvažují plošný screening na vyšetření drog jako základní součást prenatální péče (Armstrong et al., 2003). Studie vzorků mateřské moči při porodu odhalily 13,3 % pozitivních výsledků na nelegální drogy jako marihuana, kokain, opioidy. Podíl žen užívající drogy se stále zvyšuje a více než 70 % žen závislých na opiátech je v reprodukčním období. Neplánovaná těhotenství jsou častá, vzhledem k chaotickému způsobu života a nepoužívání antikoncepčních metod při pohlavním styku (Ashraf et al., 2016).

Retrospektivní kohortní studie Armstronga et al. (2003) se zaměřila na ženy, které užívaly alkohol, tabák nebo jinou omamnou látku a na základě těchto zjištění připravili pro tyto ženy plán péče, který spočíval v prenatálních konzultacích. Byly využity různé poradenské techniky, včetně motivační terapie, kognitivní-behaviorální terapie a psychodynamické terapie. Určité procento klientek se rozhodlo nepodstoupit tento program a užívalo omamné látky i nadále. Pojem syndrom novorozenecké abstinence (NAS) byl poprvé popsán doktorem Finneganem v 70. letech (Washington et al., 2019). NAS je syndrom novorozenecké abstinence, který je způsobený užíváním drog matkami během těhotenství (Hussaini et al., 2018). NAS je kombinace známek a příznaků, které se projevují u novorozenců, kteří se narodili matkám užívajícím opiáty, kokain, konopí, hašiš atd. Mohou způsobit duševní a fyzickou závislost. Projevy NAS se liší v závislosti na typu, frekvenci a době trvání užívání návykové látky, která se k plodu dostává prostřednictvím krevního oběhu přes placentu (Sweeney et al., 2000). Tolerance opiátů a závislost jsou součástí procesu. Největším problémem je fyzická závislost, která sebou nese iracionální chování. Největším problémem je skutečnost, že léky a nelegální narkotika ovlivňují podobné receptory a posilují návykovou povahu. Opioidy cestují v krevním oběhu opakovaně a ovlivňují mozek, což umožňuje pocit uvolnění dítěte a vytvoření hezkého zážitku. Mozek

obvykle přijímá stimulace, což spouští uvolnění dopaminu, neurotransmiteru, který působí jako chemická látka odpovědná za emoce, potěšení a který aktivuje nukleus accumbens. Paměť si vše ukládá a vytvoří podmíněnou reakci – touhu po této látce, která vede k iracionálnímu chování. Závislost je zrádná, protože tělo vyžaduje navýšení množství látky (Washington et al., 2019). Většina opioidních receptorů je v centrálním nervovém systému a gastrointestinálním systému, proto většina příznaků se projevuje v těchto oblastech. Tedy zvýšená dráždivost novorozenců jako např. pláč s vysokou amplitudou, abnormální spánkový vzorec, zvýšený moorův reflex, třes, podrážděnost, zvýšený svalový tonus, myoklonické trnutí, křeče, zvýšené pocení, abnormální tělesná teplota (hypertermie nebo hypotermie), zvýšené zívání, mramorová kůže, ucpání nosu, tachypnoe, průjem, zvracení a regurgitace (Nayeri et al., 2014). Celkově je třes a podrážděnost známá jako nejčastější příznak (Choo et al., 2004). Nicméně průjem a zvracení jsou dva závažné problémy, které mohou vést k některým komplikacím jako např. dehydratace, nerovnováha elektrolytů. Závažnými komplikacemi jsou také pneumonie, aspirace, respirační alkalóza a křeče (Dysart et al., 2007). Asistovaná ventilace byla u těchto dětí poměrně častým jevem. Dále také docházelo k předčasným porodům a tyto děti měly nižší porodní hmotnost. Dále také zvýšený počet novorozeneckých úmrtí, ke kterým došlo již během hospitalizace (Armstrong et al., 2003). Ze studie Nayeri et al. (2014) také vyplynulo, že novorození chlapci jsou na tom zdravotně hůře než děvčata, potřebovali větší péči a delší dobu léčení oproti děvčatům. Případy syndromu novorozenecké abstinence (NAS) se v průběhu posledních deseti let významně navýšily, a to až na 20 případů na 1 000 živě narozených dětí. Odhaduje se, že až 80 % kojenců s NAS jsou léčeni farmakologicky a o většinu těchto kojenců je pečováno na novorozeneckých jednotkách intenzivní péče. Průměrná délka hospitalizace těchto dětí je 23 dnů. Mezi běžné léky první volby k léčení těchto novorozenců patří morfin, metadon, buprenorfin, fenobarbital a klonidin. Nejlepší léčba je buprenorfinem. Za posledních několik let došlo k posunu směrem k nefarmakologické léčbě těchto dětí, která se projevila významným zlepšením celkového stavu novorozence. Tyto nefarmakologické proměnné tedy jsou obzvláště relevantní pro dnešní postupy péče (Wachman et al., 2019). Bylo také zjištěno, že se u dítěte zmírní příznaky NAS, pokud matka dítě kojí a je s dítětem v úzkém kontaktu. Posílení svazku mezi kojencem a matkou je největší obranou, protože mateřské instinkty pomohou chránit mimo návykové, tak také iracionální chování. Nikdy nebyl vytvořen 100 % efektivní léčebný plán pro závislost (Washington et al., 2019).

Fetální alkoholový syndrom (FAS)

Jedná se o soubor tělesných a mentálních vývojových vad plodu, které vznikají na základě nadměrné konzumace alkoholických nápojů během těhotenství (Kelly et al., 2009). Alkohol překračuje placentární bariéru a vstupuje do těla plodu. Způsobuje zpomalení růstu plodu, nižší porodní hmotnost, dále vývojové vady v obličeji, poškozuje nervovou tkáň, což má za následek poruchy osobnosti a chování. Prenatální expozice etanolu je považována za jedno z hlavních diagnostických kritérií pro fetální alkoholový syndrom (FAS) a poruchu fetálního alkoholového spektra (FASD). V současné době existuje univerzální novorozenecký screening pomocí mekoniového testování biomarkerů

alkoholu, aby se zjistilo, zda dítě bylo v kontaktu s alkoholem během těhotenství (Vagnarelli et al., 2011). Autoři Toutain a Lejeune (2008) zjistili, že kojenci FAS/FASD obvykle pocházeli z dysfunkčních rodin a při propuštění z nemocnice bylo 18 % z nich umístěno do pěstounské péče a matky je mohly navštěvovat. Pokud tito kojenci zůstali v péči svých biologických rodin, tak se manželská situace výrazně zhoršila. Poměrně často se ukázalo, že tyto matky nejsou schopné se o své děti řádně postarat, toto se dále podstoupilo soudům a tyto děti se dostaly do náhradní péče. Na základě výsledků této studie, autoři doporučují přezkoumání rodin s dětmi, které trpí FAS/FASD syndromem.

ZÁVĚR

V České literatuře v současné době neexistují aktuální monografie či články, které by se konkrétně zabývaly účinky návykových látek na těhotenství či vlivem návykových látek na novorozence. Proto se toto téma jeví jako důležité pro zdravotnický personál, včetně laické veřejnosti. Práce s drogově závislými těhotnými ženami i s novorozenci s abstinenčními příznaky má svá specifika a nelze k nim přistupovat rutinně a stejně jako k ostatním těhotným ženám a novorozencům. Proto by byla vhodná primární edukace již mladých věkových skupin o drogách a jejich negativních účincích na těhotenství a vývoj plodu. Je na místě, aby těhotné uživatelky byly edukovány o účincích návykových látek na těhotenství a na dítě. Důležitou součástí edukace by měly představovat informace o tom, kam se může těhotná uživatelka obrátit, kde vyhledat odbornou pomoc, apod. Primárně už by tato základní edukace měla být cílená na žáky základních a středních škol.

Literatura

ARMSTRONG, A. V. et al. Perinatal Substance Abuse Intervention in Obstetric Clinics Decreases Adverse Neonatal Outcomes. *Journal of Perinatology*. 2003, vol. 23, no. 1, p. 3–9. ISSN 0743-8346.

ASHRAF, I. S. et al. Metabolic Effects of Opiate Use during Pregnancy: A Reappraisal. *International Medical Journal*. 2016, vol. 23, no. 5, p. 481–484. ISSN 1341-2051.

BINDER, T. Drogy, alkohol a kouření v těhotenství. In: HÁJEK a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0418-8.

BINDER, T. a VAVŘINKOVÁ, B. Návykové látky v těhotenství. *Zaostřeno na drogy* [online]. 2007, roč. 5, č. 4. [cit. 1. 10. 2020]. ISSN 1214-1089. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4610/584/Zaostreno_na_drogy_200704_drogy_a_tehotenstvi.pdf.

DYSART, K. et al. Sequela of preterm versus term infants born to mothers on a Methadone maintenance Program: differential Course of neonatal abstinence Syndrome. *Journal of Perinat Medicine*. 2007, vol. 35, no. 4, p. 344–6. ISSN 1619-3997.

ESCOHOTADO, A. *Stručné dějiny drog*. Praha: Volvox Globator, 2003. ISBN 80-7207-512-8.

FARKAŠOVÁ, D. et al. *Výzkum v ošetřovatelství*. Martin: Vydavatelstvo Osveta, 2006. ISBN 80-8063-229-4.

FINNEGAN, L. P. *Neonatal abstinence. Current therapy in neonatal perinatal medicine*. Philadelphia: BC Decker, 1990.

GANERI, A. *Drogy: Od extáze k agonii*. Praha: Amulet, 2001. ISBN 80-86299-70-8.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-7367-485-4.

HUDAK, M. L., et al. Committee on Drugs; Committee on Fetus and Newborn; American Academy of Pediatrics. Neonatal drug withdrawal. *Pediatrics*. 2012, vol. 129, no. 2, p. 540–60. ISSN 1098-4275.

HUSSAINI, K. S. et al. Neonatal Abstinence Syndrome (NAS) in Southwestern Border States: Examining Trends, Population Correlates, and Implications for Policy. *Maternal*. 2018, vol. 22, no. 9, p. 1352–1356. ISSN 1092-7875.

CHOO, R. E. et al. Neonatal abstinence syndrome in Methadone – exposed infants is altered by level of prenatal tobacco exposure. *Drug Alcohol Depend.* 2004, vol. 75, no. 3, p. 253–60. ISSN 0376-8716.

JOSEPH, R. et al. Perinatal Substance Exposure and Long-Term Outcomes in Children: A Literature Review. *Pediatric Nursing*. 2020, vol. 46, no. 4, p. 163–173. ISSN 0977-9805.

KELLY, Y. et al. Light drinking in pregnancy, a risk for behavioural problems and cognitive deficits at 3 years of age? *International Journal of Epidemiology*. 2009, vol. 38, no. 1, p. 129–40. ISSN 1464-3685.

KOSTIUK, P. Problematika návykových látek v těhotenství a laktaci. *Edukafarm FarmiNews* [online]. 2013, roč. 11, č. 3, s. 6–7. [cit. 11. 8. 2020]. ISSN 1214-5017. Dostupné z: http://www.edukafarm.cz/data/soubory//farminews-2013/3/06%20Kostiuk_Problematika_navykovych_latek_tehotenstvi_a%20laktaci_2013.pdf.

KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.

LAM, S. K. et al. Narcotic addiction in pregnancy with adverse maternal and perinatal outcome. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1992, vol. 32, no. 3, p. 216–21. ISSN 1479-828X.

MAHDALÍČKOVÁ, J. *Víme o drogách všechno?* Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-589-4.

MAJEROVÁ, J. *Návykové látky v těhotenství a jejich možný vliv na vývoj dítěte.* Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta: 2016. Vedoucí práce I. PRESLOVÁ.

NAYERI, F. M. et al. Frequency of neonatal abstinence syndrome (NAS) and type of the narcotic substance in neonates born from drug addicted mothers. *Iranian Journal of Neonatology*. 2014, vol. 5, no. 4, p. 1–5. ISSN 2251-7510.

PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a dítěti.* Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-653-3.

STOVER, M. W. a DAVIS, J. M. Opioids in pregnancy and neonatal abstinence syndrome. *Seminars in Perinatology* [online]. 2015, vol. 39, no. 7, p. 561–565 [cit. 16. 9. 2020]. ISSN 0146-0005. DOI: 10.1053/j.semperi.2015.08.013.

SWEENEY, P. J. et al. The effect of integrating substance abuse treatment with Prenatal care on birth outcome. *Journal Perinatol.* 2000, vol. 20, no. 4, p. 219–24. ISSN 0743-8346.

ŠLAMBEROVÁ, R. Pervitin, droga těhotných žen. *Vesmír*. 2020, roč. 99, č. 1, s. 23–25. ISSN 042-4544.

TOUTAIN, S. a LEJEUNE, C. Family Management of Infants with Fetal Alcohol Syndrome or Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Journal of Developmental.* 2008, vol. 20, no. 5, p. 425–436. ISSN 1056-263X.

VAGNARELLI, F. et al. A survey of Italian and Spanish neonatologists and paediatricians regarding awareness of the diagnosis of FAS and FASD and maternal ethanol use during pregnancy. *BMC pediatrics*. 2011, vol. 11, no. 51. ISSN 1471-2431.

VAVŘINKOVÁ, B. a BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství.* Praha: TRITON, 2006. ISBN 978-80-725-4829-3.

VAVŘINKOVÁ, B. a DRÁBKOVÁ, J. Nikotinismus. In: PAŘÍZEK, A.: *Kritické stavy v porodnictví.* Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-949-7.

VÉGH, V. Příjem kofeinu v těhotenství – vliv na porodní váhu plodu a délku těhotenství. *Edukafarm FarmiNews* [online]. 2013, č. 2, s. 30–31 [cit. 11. 8. 2020]. Dostupné z: <http://www.edukafarm.cz/data/soubory/casopisy/20/30-kofein.pdf>.

WACHMAN, E. M. et al. Pharmacologic Treatment for Neonatal Abstinence Syndrome: Which Medication Is Best? *JAMA pediatrics*. 2019, vol. 173, no. 3, p. 221–223. ISSN 2168-6211.

WASHINGTON, W. C. et al. Neonatal Abstinence Syndrome. *International Journal of Childbirth Education*. 2019, vol. 34, no. 2, p. 48–50. ISSN 0887-8625.

ZOUBKOVÁ, A. a POPOV, P. Závislost v těhotenství a její vliv na dítě [online]. *Šance dětem*, 2018 [cit. 17. 9. 2020]. ISSN 1805-8876. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/rodice-jsou-zavisli/zavislost-v-tehotenstvi-a-jeji-vliv-na-dite.shtml>.

Kontakt

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

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

	EMPIRICKÁ ŠETŘENÍ A PŮVODNÍ VÝZKUMY	
--	--	--

VLIV FARMAKOTERAPIE NA PÁDY PACIENTŮ

EFFECT OF PHARMACOTHERAPY ON PATIENTS' FALLS

Jana Horová^{1,2}, Iva Brabcová¹

Abstrakt

Východiska: Jedním z ovlivnitelných rizikových faktorů v prevenci pádů pacientů je farmakoterapie. Zvyšující se počet pacientů vyšších věkových skupin bývá doprovázen polymorbiditou a s tím související polypragmazií.

Cíl: Cílem příspěvku bylo posoudit vliv farmakoterapie na následky pádů pacientů velkého zdravotnického zařízení.

Metoda: Kvantitativní analýzou dat z let 2012–2019 byla zjišťována závislost druhu zranění způsobených pádem na užívaných lécích, věku pacientů a oboru poskytované péče. Data byla posuzována na hladině významnosti 5 %.

Výsledky: Výsledky deskriptivní statistiky prokázaly, že v době pádu užívalo 93 % pacientů farmaka a z toho 63 % pacientů užívalo v době pádu kombinaci rizikových léků. V rámci analýzy nebyla prokázána závislost druhu zranění na užívání léků ($p = 0,773$); na věkové kategorii ($p = 0,163$) ani na oboru poskytované péče ($p = 0,163$).

Závěr: I přes neprokázanou korelaci je farmakoterapie pacientů důležitou oblastí, kterou je potřeba v rámci prevence nežádoucích událostí přehodnocovat a indikovaně korigovat.

Klíčová slova

pád, pacient, farmakoterapie, následky pádů, rizikové faktory

Abstract

Background: One of the controllable risk factors in the prevention of falls in patients is pharmacotherapy. The increasing number of elderly patients is usually accompanied by polymorbidity and related polypragmasia.

Aim: The aim of the paper was to assess the impact of drug therapy on the consequences of falls in patients of a large medical institution.

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

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

Method: Quantitative analysis of data from 2012–2019 determined the dependence of the type of injuries caused by falls on the drugs used, the age of patients and the field of care provided. The data were assessed at a significance level of 5 %.

Results: The results of descriptive statistics showed that 93 % of patients were taking drugs at the time of the fall, of which 63 % were taking a combination of high-risk drugs at the time of the fall. The analysis did not show a dependence of the type of injury on drug use ($p = 0.773$); on the age category ($p = 0.163$) or on the field of care provided ($p = 0.163$).

Conclusion: Despite the unproven correlation, pharmacotherapy of patients is an important area that needs to be re-evaluated and corrected as indicated in the prevention of adverse events.

Keywords

falls, patient, pharmacotherapy, consequences of falls, risk factors

ÚVOD

Pády pacientů jsou nejen v České republice považovány za jednu z nejčastějších nežádoucích událostí a stávají se indikátorem kvality poskytované zdravotní péče. V souvislosti s pádem osob je zmiňováno až 400 rizikových faktorů (COT, 2015, s. 7). Za vnější rizikové faktory jsou považovány ty, které nevycházejí přímo z organismu jedince, ale ovlivňuje je prostředí. Do této skupiny je mimo jiné zařazena polypragmatie (JCR, 2007, s. 24). Mezi rizikovými léky jsou uváděna psychofarmaka (benzodiazepiny, hypnotika, tricyklická antidepresiva i selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), antipsychotika, centrálně působící myorelaxancia, hypotenziva, antihistaminika, opioidy, méně častá antiarytmika třídy IA, vazodilatancia a digoxin (Topinková, 2005, s. 45). Trvale rostoucí spotřeba farmak a současné podávání několika léčiv znamená i zvýšené riziko interakcí. Pády pacientů bývají zmiňovány v souvislosti s kombinovanou terapií více léky (Brabcová a Bártlová, 2016, s. 89). Některé typy léků, zvláště hypnotika, benzodiazepiny a nesteroidní antirevmatika, jsou seniorům předepisována nadměrně a neindikovaně (tzv. „overprescribing“), (Červený, Topinková et al., 2014, s. 3). Demografický vývoj a související prognózy predikují zvyšující se počet pacientů vyšších věkových skupin. Vyšší věk bývá doprovázen polymorbiditou, kdy se často jedná o choroby chronické povahy a polyfarmakoterapií, které riziko pádů zvyšují (Grundmann, 2001, s. 82–83). Mezi nejzávažnější následky pádů patří morbidita, mortalita a související finanční náklady (JCR, 2007, s. 29). Tyto důsledky pak v mnoha oblastech zasahují převážně seniory. Zranění způsobená pádem mohou u starších osob způsobit zhoršení funkčního stavu jedince

a snížení kvality života, navýšit náklady na následnou léčbu a rehabilitaci a obavy z dalších pádů mohou v konečném důsledku vést až společenské izolaci seniora (Svobodová, 2013, s. 23–32). Problematika pádů pacientů se tak v posledních letech stává jedním z nejvíce diskutovaných témat v oblasti kvality a bezpečí poskytované ošetrovatelské péče.

CÍL PRÁCE

Cílem práce bylo zjistit vliv farmakoterapie pacientů vliv na výskyt a následky pádů pacientů velkého zdravotnického zařízení.

Charakteristika sledovaného souboru

Do analýzy byli zařazeni dospělí pacienti velkého zdravotnického zařízení, kteří upadli v období 1/2012–6/2019. Zkoumaný poskytovatel zdravotních služeb disponuje 1 739 lůžky na 21 klinikách, 19 oddělení a 6 ústavech a zaměstnává 4 828 zdravotníků (2019) a poskytuje základní, specializovanou a superspecializovanou medicínskou péči pro spádovou oblast cca 800 000 obyvatel České republiky. V zařízení je zaveden preventivní program pro oblast prevence pádů pacientů, který zahrnuje edukační materiál pro pacienty obsahující základní preventivní instrukce, vyhodnocování a pravidelně přehodnocování rizika pádu dle screeningového nástroje (dle Conley, v České republice v roce 2006 modifikována Juráskovou) a e-learningový program pro zaměstnance zabývající se oblastí prevence pádů pacientů. Ve sledovaném období bylo ve zdravotnickém zařízení hospitalizováno 532 672 pacientů (průměrně 71 000 za rok). Za uvedené období bylo nahlášeno celkem 3 043 pádů pacientů. Data o proběhlých pádech pacientů a okolnostech s nimi spojených byla získána ze zdravotníky povinně vyplňovaných formulářů Protokol o pádu pacienta, které zahrnují 33 charakteristik pacientů a okolností pádu. V tomto formuláři jsou zaznamenávána riziková farmaka, která pacienti užívali v době pádu, a to antipsychotika, anxiolytika/hypnotika/sedativa, antidepressiva, kardiovaskulární léky, diuretika, inzulín, perorální antidiabetika a jiné léky (personál zde slovně vypisuje další užívané léky v době pádu).

METODIKA

Kvantitativní analýzou dat o proběhlých pádech pacientů za uvedené období byla zjišťována souvislost mezi farmakoterapií a následky pádů pacientů velkého poskytovatele zdravotních služeb. Do výzkumného souboru byli zařazeni pouze dospělí pacienti. Poskytovatel zdravotních služeb udělil souhlas s poskytnutím dat v uvedeném období a s jejich zpracováním.

Všechny proměnné zájmu byly popsány deskriptivní statistikou. Závislost druhu zranění na kategoriálních faktorech byla testována pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti. Pro popis velikosti efektu byly použity rozdíly mezi očekávanými a pozorovanými relativními četnostmi. Pokud byly přítomny alespoň 3 kategoriální proměnné, byla závislost graficky

popsána pomocí korespondenční analýzy. Analýza byla změřena na oblasti věk, obor poskytované péče a farmakoterapie u pacientů s pádem.

Všechny výpočty a výstupy byly vytvořeny v programu STATISTICA EN 13. Statistické testy byly vyhodnoceny na hladině významnosti 5%.

VÝSLEDKY

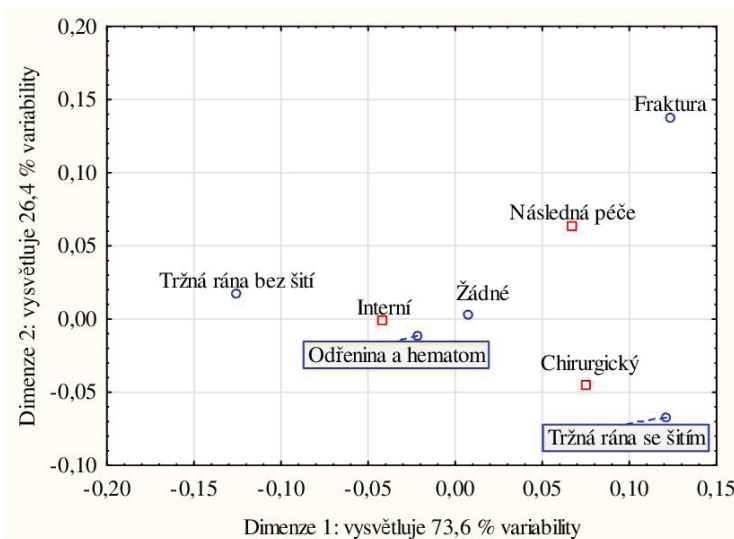
Ve sledovaném období došlo k pádu u 3043 dospělých pacientů. 21% osob upadlo na chirurgických pracovištích, 62% na interních, 15% na lůžkách následné péče a 2% na ostatních pracovištích (ambulance, operační sál, ...). Nejčastěji upadli pacienti ve věkové kategorii 75–84 let (33%) a 65–74let (26%). Ve věku 85 a více let upadlo 21% pacientů, ve věku 18–64 let (20%).

Výsledky deskriptivní statistiky zaměřené na rizikovou farmakoterapii pacientů v době pádu ukázaly, že 7% pacientů neužívalo v době pádu žádná farmaka, 93% léky užívalo. U 31% osob byl uveden v době pádu pouze 1 rizikový lék. 63% pacientů užívalo kombinaci rizikových léků. Nejvíce pacientů s pádem užívalo v době pádu některý z kardiovaskulárních farmak (57%), diuretika (35%), inzulin či antidiabetika (22%). Četnost užívání dalších léčiv byla: antidepressiva (18%), antipsychotika (18%), anxiolytika/hypnotika/sedativa (19%). Jiné typy léčiv užívalo v době pádu 30% pacientů.

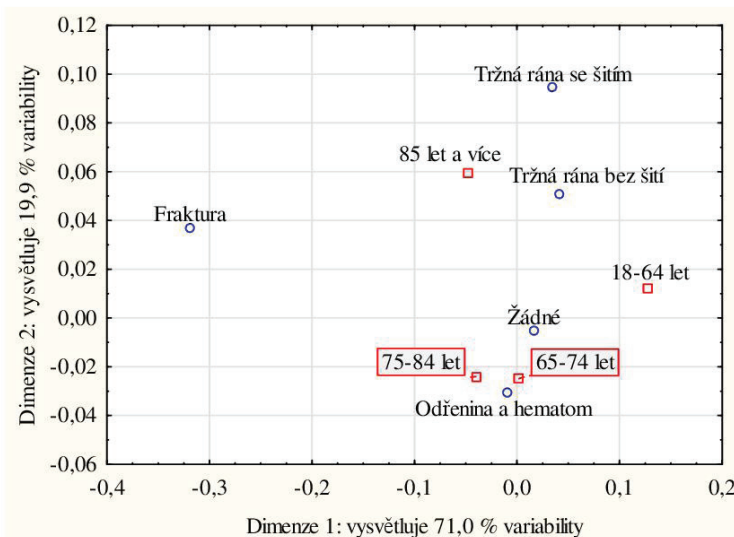
Ve věkové kategorii 18–64 let užívalo v době pádu více léčiv současně 49% pacientů, ve věkové kategorii 65–74 let již 65%, ve věku 75–84 let 70% a osoby 85leté a starší užívaly kombinaci více farmak v 66%.

V rámci korespondenční analýzy byl dále zjišťován druh zranění v rámci jednotlivých oborů, s ohledem na věk pacientů a následně případná korelace užívaných farmak s těmito následky pádů.

Na základě dvoudimenzionálního řešení, které vysvětluje celkem 100% variability dat, lze výsledky interpretovat tak, že typ zranění „tržná rána se šitím“ byla nejsilněji spjata s chirurgickým oborem, tržná rána bez šití, odřenina a hematom a žádné zranění byly nejvíce spjaty s interním oborem a fraktura byla nejsilněji spjata s následnou péčí. Nebyla však statisticky prokázána závislost druhu zranění na oboru ($p = 0,163$).

Graf 1 Korespondenční analýza - dvoudimenzionální řešení, druh zranění v rámci oborů

S ohledem na věk pacientů v době pádu bylo zjištěno, že ve věkových kategoriích 75–84 let a 65–74 let nejčastěji docházelo ke zranění „odřenina a hematoma“, zatímco pacienti ve věku 85 let a více nejčastěji v souvislosti s pádem utrpěli tržnou ránu. Nebyla však prokázána závislost druhu zranění na věkové kategorii ($p = 0,163$). Korespondenční analýza vysvětluje celkem 91 % variability dat.

Graf 2 Korespondenční analýza - dvoudimenzionální řešení, druh zranění v rámci věkových kategorií

V rámci analýzy vlivu jednotlivých rizikových farmak na typ zranění nebyla na hladině významnosti 0,05 prokázána závislost druhu zranění na užívání léků ($p = 0,773$).

Tab. 1 Podíl druhů zranění dle počtu užívaných léků

užívání rizikových léků	žádné léky	jeden lék	kombinace léků
druh zranění			
odřenina a hematom	29 %	27 %	30 %
komoce	1 %	0 %	0 %
fraktura	3 %	4 %	4 %
tržná rána se šitím	9 %	8 %	5 %
tržná rána bez šití	8 %	8 %	8 %
jiné	2 %	1 %	2 %
žádné	49 %	52 %	51 %
celkem N	200	930	1913
chí-kvadrát test nezávislosti: $p=0,123$			

Závislost nebyla prokázána u žádného typu rizikového léčiva: antipsychotika ($p = 0,458$); anxiolytika/hypnotika/sedativa ($p = 0,406$); antidepresiva ($p = 0,157$); kardiovaskulární léky ($p = 0,470$); diuretika ($p = 0,513$); inzulin/perorální antidiabetika ($p = 0,087$) a ostatní léky ($p = 0,813$). Výsledky lze interpretovat, že varianta „užívání více léků“ je nejsilněji spjata s následkem pádu – odřenina a hematom, zatímco varianta „jednoho léku“ je nejsilněji spjata s „tržnou ránou bez šití“. Vzhledem k dalším výsledkům (nevýznamný chí-kvadrát test a nízké odchylky pozorovaných procent od nezávislosti) se jedná o velmi mírné tendence. Nutné je však uvést, že nejsilněji neznámá silně, v rámci všech slabých asociací jde však o jednu z nejsilnějších variant.

DISKUSE

Výsledky výzkumu neprokázaly statistickou významnost mezi užíváním rizikových farmak a některým typem zranění způsobených pádem. Korelace nebyla prokázána ani mezi zraněním pacientů a oblastmi věku pacientů s pádem a obory, ve kterých k pádu a zranění pacienta v souvislosti s pádem došlo.

Vietnamská průřezová studie Vu et al. (2020) provedená ve 13 nemocnicích poskytujících základní a specializovanou zdravotní péči v jedné z 58 vietnamských provincií se zabývala pády 405 pacientů starších 60 let z období jednoho roku. Zjišťovány byly mimo jiné souvislosti pádů s farmakoterapií pacientů. V oblasti polyfarmakoterapie (v daném případě užívání 5 a více léků) také nebyla zjištěna statistická významnost mezi pády (i opakovanými) a užíváním více léčiv ($p = 0,35$). Statisticky významná souvislost mezi pádem a užíváním lékem byla prokázána u pacientů s opakovaným pádem, kteří

užívali nesteroidní protizánětlivá léčiva nebo analgetika ($p < 0,01$). Naše studie došla k podobným závěrům. Nabízí se tak úvaha, zda jsou pacienti užívající více léčiv, lépe a důsledněji edukováni o vedlejších účincích a interakcích či jim věnuje personál zvýšený dohled s ohledem na jejich zdravotní stav.

Souvislostí mezi farmakoterapií a pády starších osob (> 75 let; 369 osob) žijících v domech s pečovatelskou službou nebo tuto službu využívající ve vlastním domově se zabýval švédský výzkumný tým Milos et al. (2014). Výzkum sledoval interakce ve dvou liniích, a to mezi pády osob a užíváním léčiv zvyšujících riziko pádu (opioidy, antipsychotika, antidepresiva, anxiolytika, hypnotika a sedativa) a užíváním léků, které mohou způsobit ortostatismus (vasodilatancia, kardiotonika, diuretika, antihypertenziva). Analyzována byla farmakoterapie v posledních 12 měsících před pádem. Prokázána byla statistická významnost u situací, kdy došlo ke zranění způsobené pádem u osoby užívající léčivo zvyšující riziko pádu ($p < 0,01$). U osob, které užívaly druhou skupinu léků (způsobující ortostatismus) statistická významnost nalezena nebyla.

Častější výskyt pádů pacientů je popisován i u inkontinentních pacientů nebo vyžadujících častější frekvenci vyprazdňování (Healey 2011). Evans (2001, s. 38–45) v této souvislosti zmiňuje, že diuretika zvyšují frekvenci návštěv toalety, což může vést k rizikovým situacím, ovšem jako samostatný rizikový faktor pádu jejich užívání nepovažuje. Užívání diuretik je však jako rizikový faktor pádu zmíněno i v české verzi klinického doporučeného postupu adaptovaného (Jarošová et al., 2014, s. 27). V naší studii diuretika nekorelovala s výskytem zranění pacientů, ovšem naše výsledky potvrdily, že spotřeba diuretik s věkem stoupá (80% pacientů s pádem ve věku 75 let a více užívalo diuretika). U 51% osob s pádem, které užívaly v době pádu diuretika, došlo ke zranění (30% hematoma a odřenina, 4% fraktura, 15% tržná rána, 2% jiné).

Australský výzkum Turner et al. (2017) se zabýval prevalencí pádů u 383 onkologických pacientů starších 70 let a užíváním rizikových farmak. Výsledky ukázaly, že 76% pacientů s pádem užívalo psychotropní farmaka a 70% léky způsobující ortostatickou hypotenzi. Pacienti s anamnézou pádu v uplynulých 6 měsících (24%) užívali statisticky významně vyšší počet léčiv (psychotropní léčiva $p < 0,001$; opioidy $p = 0,013$; antidepresiva $p < 0,001$) nežli pacienti bez pádu v anamnéze. Nebyl však zjištěn významný rozdíl ve výskytu pádů u pacientů užívajících vs. neužívajících léky způsobující ortostatickou hypotenzi ($p = 0,142$).

V českém prostředí se vlivem farmak v souvislosti s pádem pacienta zabývala studie Doseděl et al. (2018, s. 205–211). V prezentované kazuistice polymorbidního pacienta užívajícího 8 a více léčiv autoři upozorňují na vliv léků posílený kromě samotné polyfarmakoterapie i zhoršenou funkcí ledvin, kdy mohlo docházet ke kumulaci léčiv vylučovaných ledvinami a dala se předpokládat klinická manifestace nežádoucích účinků. Další česká studie Vlček et al. (2019, s. 31) popsala teorii tří pilířů pro úspěšnou minimalizaci rizik farmakoterapie. První pilíř se zabývá definováním rizikových faktorů, které činí pacienta citlivějším pro vznik nežádoucího účinku léčiva, druhý pilíř hledá informace, jak a kdy je třeba monitorovat rizika z prvního pilíře a třetí oblast sumarizuje možnosti, jak předejít výskytu nežádoucího účinku léčiva a ev. jak snižovat jejich klinickou závažnost působením na ovlivnitelné rizikové faktory.

S ohledem na zjištěné výsledky, které popisují 7,5leté výsledky sledování výskytu pádů a následků pádů pacientů velkého zdravotnického zařízení, lze konstatovat, že i přes statisticky nepotvrzenou korelaci farmakoterapie a následků pádů je potřeba riziková farmaka v rámci preventivních opatření (edukace pacienta, blízkých osob, personálu) zohledňovat z důvodu nárůstu počtu geriatrických pacientů, u nichž je jejich prognóza v případě pádu výrazně zhoršená.

ZÁVĚR

Pro minimalizaci výskytu pádů pacientů a souvisejících zranění (i dalších nežádoucích událostí) je nezbytné aktivně vyhledávat a analyzovat faktory vedoucí ke vzniku těchto situací. Užívání léčiv patří mezi ovlivnitelné rizikové faktory v oblasti pádové problematiky. Uvědomění si lékových interakcí a případné snížení polypragmzie v neindikovaných případech může pomoci k redukci výskytu nežádoucích událostí. Pro zajištění bezpečnosti pacientů by tedy mělo být samozřejmostí aktivní vyhledávání rizikových faktorů, monitorace aktuálního stavu pacienta a pravidelná revize podávané farmakoterapie. I přes veškerá preventivní opatření nelze očekávat nulovou incidenci pádů pacientů. Důležitou úlohou managementu nemocnic je však zavádění efektivních preventivních opatření do praxe, například moderních a sofistikovaných metod vzdělávání zdravotnických pracovníků, jako je e-learning s cílem minimalizovat počet pádů pacientů a zmírňovat jejich následky. Nezbytným předpokladem pro poskytování kvalitní péče je pak spolupráce zdravotnických pracovníků na všech úrovních poskytování ošetřovatelské péče.

Literatura

BRABCOVÁ, I., BÁRTLOVÁ, S. et al. *Management v ošetřovatelské praxi*. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 2016. ISBN 978-80-7422-402-7.

COT. College of Occupational Therapists. *Occupational therapy in the prevention and management of falls in Adults*. [online]. London: College of Occupational Therapists, 2015. [cit. 18. 7. 2020]. Available from: <https://www.rcot.co.uk/file/549/download?token=MLwQJBBm69>.

ČERVENÝ, R., TOPINKOVÁ, E. et al. *Geriatric. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2014. ISBN 978-80-86998-69-5.

DOSEDĚL, M. et al. Zapojení klinického farmaceuta do managementu pádů u polymorbidního geriatrického pacienta s opakovanými pády v anamnéze. *Česká a slovenská farmacie*. 2018, roč. 21, č. 5–6, s. 205–211. ISSN 1803-6597.

EVANS, D. et al. Falls risk factors in the hospital setting: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*. 2001, vol. 7, no. 1, p. 38–45. ISSN 1440-172X. DOI: 10.1046/j.1440-172x.2001.00269.x.

GRUNDMANN, M. Problematika s podáváním léků ve stáří. Nežádoucí účinky léků. *Interní medicína pro praxi*. 2001, roč. 3, č. 2, s. 82–83. ISSN 1212-7299.

HEALEY, F. *Implementing a Fall Prevention Program, US Department of Health and Human Services: December 2011* [online]. U.S.: Agency for Healthcare Research of Quality (AHRQ), 2011. [cit. 20. 7. 2020]. Available from: <http://webmm.ahrq.gov/perspective.aspx?perspectiveID=114>.

JAROŠOVÁ, D. et al. *Prevence pádů a zranění způsobených pády u starších dospělých. Klinický doporučený postup adaptovaný* [online]. Ostrava: Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě, 2014. [cit. 22. 7. 2020]. Dostupné z: <http://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/kdp-pady-plna-verze.pdf>.

JCR. JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádů ve zdravotnických zařízeních. Cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-20-247-1715-9.
MILOS, V., BONDESSON, Å., MAGNUSSON, M. et al. Fall risk-increasing drugs and falls: a cross-sectional study among elderly patients in primary care. *Bmc geriatrics*. 2014, vol. 14, no. 40. ISSN 1471-2318.

SVOBODOVÁ, D. Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2011–2012. *Florence*. 2013. roč. IX., č. 6, s. 23–32. ISSN 1801-464X.

TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.

TURNER, J. P. et al. Factors associated with use of falls risk-increasing drugs among patients of a geriatric oncology outpatient clinic in Australia: a cross-sectional study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2017, vol. 23, no. 2, p. 361–368. ISSN 1365-2753.

VLČEK, J. et al. Minimalizace rizik a teorie tří pilířů u léčiv zvyšujících riziko pádů. *Klinická farmakologie a farmacie*. 2019, roč. 33, č. 4, s. 30–34. ISSN 1212-7973.

VU, H. M. et al. Individual and Environmental Factors Associated with Recurrent Falls in Elderly Patients Hospitalized after Falls. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020, vol. 17, no. 7, 2441. ISSN 1660-4601.

Kontakt

PhDr. Jana Horová

Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Husova 11, 301 00 Plzeň, Česká republika

jhorova@kos.zcu.cz

PSYCHOMETRICKÁ VALIDIZACE DOTAZNÍKU SNAP-CZ: PILOTNÍ STUDIE

PSYCHOMETRIC VALIDATION OF SNAP-CZ QUESTIONNAIRE: PILOT STUDY

Lucie Mráčková^{1,2}, Helena Kisvetrová¹

Abstrakt

Úvod: Spiritualita je integrální součástí lidského života. V sekulárním prostředí dochází k přehlížení spirituálních potřeb zejména v akutní ošetrovatelské péči. K objektivnímu zhodnocení lze využít Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP), jež existuje i v české verzi (SNAP-CZ).

Cíl: Zjistit psychometrické vlastnosti dotazníku SNAP-CZ.

Metody: Průřezová pilotní studie s dotazníky hodnotícími spirituální potřeby (SNAP-CZ), úzkost (Beck anxiety inventory; BAI), depresi (Beck's depression inventory; BDI), bolest (Vizuální analogová škála; VAS), soběstačnost (Barthel index; BI), doplněné o sociodemografická data. Spolehlivost SNAP-CZ byla ověřena metodou test-retest. Pro statistické zpracování byly použity Spearmanův korelační koeficient, Pearsonův korelační koeficient, Cronbachova α , Mann-Whitneyův U test a Kruskal-Wallisova ANOVA.

Výsledky: Zúčastnilo se 50 traumatologických pacientů z Fakultní nemocnice v Ostravě. Reliabilita dotazníku SNAP-CZ byla velmi dobrá (Cronbachova $\alpha = 0.91$). Korelace test-retest dosáhla vysokých hodnot (Pearsonova korelace $r = 0,940$; Spearmanova korelace $r = 0,917$). Pozitivní korelace s celkovým skóre SNAP-CZ byla zjištěna u BDI ($r = 0,368$; $p < 0,05$) a víry ($p = 0,025$).

Závěr: Psychometrické vlastnosti dotazníku SNAP-CZ lze považovat za velmi dobré.

Klíčová slova

spiritualita, akutní ošetrovatelská péče, psychometrická validizace, hodnocení spirituálních potřeb, pacient

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

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

Abstract

Introduction: Spirituality is an integral part of human life. In a secular environment, spiritual needs are overlooked, especially in acute nursing care. Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP), which also exists in the Czech version (SNAP-CZ), can be used for objective evaluation.

Aim: Measure the psychometric properties of the SNAP-CZ.

Methods: Cross-sectional pilot study with tools assessing spiritual needs (SNAP-CZ), anxiety (Beck anxiety inventory; BAI), depression (Beck's depression inventory; BDI), pain (Visual Analogue Scale; VAS), self-sufficiency (Barthel index; BI) and Socio-demographic data. The reliability of SNAP-CZ was verified by the test-retest.

Spearman's correlation coefficient, Pearson's correlation coefficient, Cronbach's alfa, Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis ANOVA were used for statistical processing.

Results: 50 trauma patients from the University Hospital in Ostrava took part. The reliability of the SNAP-CZ questionnaire was good (Cronbach's $\alpha = 0.91$). The test-retest correlation reached high values (Pearson correlation $r = 0.94$, Spearman correlation $r = 0.917$). Positive correlations were found between BDI (Spearman's correlation coefficient; $r = 0.368$; $p < 0,05$) and the question of faith (Mann-Whitney U test; $p = 0.025$) with the total SNAP-CZ score.

Conclusion: The psychometric properties of the SNAP-CZ questionnaire appear to be very good.

Keywords

spirituality, acute nursing care, psychometric validation, assessment of spiritual needs, patient

ÚVOD

Definice spirituality je složitá. Řada lidí zaměňuje pojem spiritualita za náboženství, a to především v sekulární společnosti. Spiritualita ale zahrnuje jak religiozní, tak i existenciální dimenzi a je charakterizována jako integrační faktor hledání důležitosti a smyslu života, včetně problematiky odpuštění (Puchalski et al., 2014; Reed, 1992). Ošetřovatelství jako holistický obor zohledňuje, že spiritualita představuje jednu z dimenzí lidského života (Ramezani et al., 2014). Z toho vyplývá, že spirituální péče patří k důležitým oblastem ošetřovatelské péče (Burkhart and Hogan, 2008).

Naplnění duchovních potřeb pacientů je obtížným ošetřovatelským úkolem, který je navíc komplikován skutečností, že pacienti mohou mít na způsob poskytování

duchovní péče jiný názor než zdravotníci (Ramezani et al., 2014). Mnoho lidí se považuje za věřící, ale neinklinuje k žádné konkrétní církvi. Z tohoto důvodu je obtížné pochopit a operacionalizovat koncept duchovní péče v klinických podmínkách (Smith, 2006). Spirituální potřeby ateistů nemohou být naplněny tradiční pastorační péčí. Balboni et al. (2007) připomíná, že 72 % onkologických pacientů uvedlo, že jejich spirituální potřeby v průběhu hospitalizace nebyly nebo byly jen minimálně podpořeny. Tato zjištění mají vliv na hodnocení kvality ošetrovatelské péče, spokojenosti a kvality života nemocných (Sharma et al., 2012). Umožnit pacientovi vyřešení spirituálních potřeb je přitom v kompetenci sester. Sestra ale musí umět identifikovat tyto nenaplněné potřeby.

Česká republika je zemí s největším počtem ateistů v evropském měřítku. Přitom je zde ale velký počet jedinců, kteří i když se označují za nevěřící, uznávají nějakou podobu transcendentní dimenze lidského života. I pacienta, který sám sebe označí za ateistu, mohou proto trápit otázky typu „proč zrovna já?“ nebo „co když po smrti přece jen něco bude?“. V České republice však dosud neexistuje spolehlivý a validní nástroj pro hodnocení spirituálních potřeb pacientů. Proto jsou v akutní péči tyto potřeby často přehlíženy. Úkolem sestry v akutní péči není přímé řešení spirituálních problémů pacientů, ale jejich identifikace a vytvoření adekvátního prostředí pro jejich zvládnutí (Brown and Lo, 1999), například prostou přítomností (du Plessis, 2016).

Vhodným nástrojem pro posouzení duchovních potřeb pacientů s různým náboženským vyznáním je Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP), který byl původně vytvořený pro účely hodnocení spirituálních potřeb amerických pacientů (Sharma et al., 2012). V USA do té doby neexistoval spolehlivý a jednoduchý nástroj pro posouzení spirituálních potřeb pacientů využitelný pro pacienty s různým náboženským vyznáním a širokou škálou diagnóz. SNAP je rozdělen do tří subškál (psychosociální, duchovní, náboženská) a zahrnuje celkem 23 položek s čtyřstupňovou Likertovou škálou. Celkové skóre SNAP je v rozmezí 23 až 92, kdy vyšší skóre znamená více duchovních potřeb (Sharma et al., 2012). Dotazník SNAP byl již přeložen a validizován do portugalského (Toloi et al., 2016) a mandarinského (Astrow et al., 2012). V současné době existuje také český překlad dotazníku (SNAP-CZ), který prošel jazykovou validizací (Mráčková and Kisvetrová, 2019). Pro využití SNAP-CZ v českém klinickém prostředí je potřeba provést ještě jeho psychometrickou validizaci.

CÍL PRÁCE

Cílem této studie je pilotní ověření psychometrických vlastností české verze dotazníku SNAP-CZ.

METODIKA

Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor pilotní studie tvořilo 50 respondentů, pacientů Kliniky úrazové chirurgie ve Fakultní nemocnici v Ostravě. Zařazující kritéria pro účast na výzkumu zahrnovala: věk 18–60 let, prodělané polytrauma nebo závažné monotrauma (např. ztrátové poranění končetiny, komplikované zlomeniny s předpokladem trvalých následků), minimální délka hospitalizace jeden týden. Do výzkumu nebyli zahrnuti pacienti s významným smyslovým a kognitivním deficitem a pacienti v terminálním stádiu onemocnění. Všichni respondenti byli s cílem výzkumu seznámeni prostřednictvím informovaného souhlasu, který podepsali před zařazením do studie. Součástí informovaného souhlasu byly informace týkající se vybraných výzkumných nástrojů. Respondenti byli osloveni přímo výzkumníkem, který je poučil o způsobu vyplňování a dotazníky byly vyplněny za jeho přítomnosti.

Design výzkumu

Pro realizaci průřezové pilotní studie byla využita baterie standardizovaných dotazníků v české verzi zaměřených na hodnocení: spirituálních potřeb pacientů (SNAP-CZ), úzkosti (Beck anxiety inventory; BAI), deprese (Beck depression inventory; BDI), bolesti (Visual analogy scale; VAS) a soběstačnosti (Barthel's index; BI). Soubor výzkumných nástrojů byl doplněn o základní sociodemografické údaje (věk, vzdělání, sociální situace a víra).

Spolehlivost SNAP-CZ byla ověřena metodou test-retest. Prvních 25 respondentů, kteří kompletně vyplnili dotazník, byli požádáni po jednom týdnu o jeho opětovné vyplnění. Dále byly zjišťovány korelace jednotlivých proměnných s celkovým skóre SNAP-CZ. Pro statistické zpracování byly použity Spearmanův korelační koeficient, Pearsonův korelační koeficient, Cronbachova α , Mann-Whitneyův U test a Kruskal-Wallisova ANOVA. Výpočty byly provedeny na hladině statistické významnosti 0,05.

Data byla zpracována v programu MS Excel a ke statistickému zpracování byl využit program SPSS.

VÝSLEDKY

Studie se zúčastnilo 50 pacientů Kliniky úrazové chirurgie ve Fakultní nemocnici v Ostravě. Průměrný věk činil 40,2 let ($\pm 11,9$); 39 (78 %) bylo mužů; 15 (30 %) respondentů se označilo za věřící. Průměrná délka pobytu na klinice činila 9,7 ($\pm 7,16$) dní. Celkový přehled sociodemografických charakteristik ukazuje tab. 1. Vnitřní konzistence dotazníku SNAP-CZ byla velmi dobrá (Cronbachova $\alpha = 0,91$ pro celkové skóre SNAP-CZ; 0,76 pro psychosociální subškálu; 0,89 pro duchovní subškálu a 0,92 pro náboženskou subškálu).

Tab. 1 Sociodemografické údaje

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pohlaví		
Muž	39	78 %
Žena	11	22 %
Sociální status		
Žiji sám	8	16 %
Žiji s blízkou rodinou	30	60 %
Žiji s více lidmi	12	24 %
Víra		
Věřící	15	30 %
Nevěřící	35	70 %
Vzdělání		
Základní	2	4 %
Výuční list	14	28 %
Maturita	18	36 %
Vysokoškolské	16	32 %
Pracovní anamnéza		
Student	4	8 %
Zaměstnaný	40	80 %
Nezaměstnaný	5	10 %
Důchodce	1	2 %
	Průměr	SD
Věk	40,21	11,9
Délka pobytu	9,72	7,16

Test spolehlivosti nástroje byl proveden metodou test-retest s intervalem jednoho týdne. Naše studie prokázala velmi dobrou spolehlivost nástroje metodou Pearsonova korelačního koeficientu ($r = 0,940$) a Spearmanova korelačního koeficientu ($r = 0,917$) pro celkové skóre SNAP-CZ. Vysokých hodnot bylo dosaženo také v jednotlivých subškálách SNAP-CZ ($r = 0,880$ pro psychosociální; $r = 0,906$ pro duchovní; $r = 0,982$ pro náboženskou), viz tab. 2.

Tab. 2 Výsledky test – retest dle Spearmanova korelačního koeficientu

	SNAP - celkově	SNAP - PSYCH.	SNAP - DUCH.	SNAP - Náb.	RETEST SNAP - celkově	RETEST SNAP - PSYCH.	RETEST SNAP - DUCH.	RETEST SNAP - Náb.
SNAP - celkově	1	0,825	0,936	0,724	0,918	0,729	0,887	0,718
SNAP - PSYCH.	0,825	1	0,708	0,414	0,777	0,880	0,680	0,437
SNAP - DUCH.	0,936	0,708	1	0,564	0,871	0,610	0,906	0,548
SNAP - Náb.	0,724	0,414	0,564	1	0,678	0,441	0,604	0,982
RETEST SNAP - celkově	0,918	0,777	0,871	0,678	1	0,829	0,969	0,681
RETEST SNAP - PSYCH.	0,729	0,880	0,610	0,441	0,829	1	0,699	0,469
RETEST SNAP - DUCH.	0,887	0,680	0,906	0,604	0,969	0,699	1	0,597
RETEST SNAP - Náb.	0,718	0,437	0,548	0,981	0,680	0,467	0,597	1

Pozitivní korelace s celkovým skóre SNAP-CZ byla zjištěna u víry ($p = 0,025$), kdy věřící dosahovali vyšších hodnot SNAP-CZ (měli více spirituálních potřeb) než skupina respondentů, kteří se označili za nevěřící. Další proměnnou, která korelovala významně s celkovým skóre SNAP-CZ, byla deprese hodnocená dotazníkem BDI ($r = 0,368$), kdy vyšší stupeň deprese koreloval s vyšším skóre SNAP-CZ (více spirituálních potřeb). U ostatních proměnných se signifikantní korelace neprokázala, jak ukazuje tab. 3.

Tab. 2 Výsledky test – retest dle Spearmanova korelačního koeficientu

BI ¹	BDI ¹	BAI ¹	VAS ¹	Víra ²	Vzdělání ³	Soc. status ³
-0,027	0,368*	0,024	0,110	0,025*	0,387	0,180
¹ Spearmannův korelační koeficient ² Mann-whitneyův U test ³ Kruskal-Wallisova ANOVA * $p < 0,05$						

DISKUZE

Dotazník pro hodnocení spirituálních potřeb pacientů (SNAP) vytvořila v anglickém jazyce Rashmi K. Sharma se svým kolektivem. Následná psychometrická validizace ukázala, že dotazník je vhodným nástrojem pro hodnocení spirituálních potřeb i u pacientů, kteří sami sebe označili za nevěřící (Sharma et al., 2012). Výzkumný tým provedl psychometrické testy u 47 onkologických pacientů v ambulantní péči. Cronbachova alfa pro celkové skóre byla 0,95, což potvrzuje vynikající vnitřní konzistenci dotazníku (Sharma et al., 2012). U české verze bylo dosaženo výsledku $\alpha = 0,91$, který je srovnatelný i s výsledky portugalské verze ($\alpha = 0,90$; Tolo et al., 2016) a mandarinské verze ($\alpha = 0,89$; Astrow et al., 2012).

Srovnatelných výsledků bylo dosaženo také v jednotlivých subškálách dotazníku SNAP. V anglické verzi měla Psychosociální subškála hodnotu $\alpha = 0,74$ (Sharma et al., 2012) a 0,72 v portugalské verzi (Tolo et al., 2016). Česká verze SNAP-CZ v psychosociální subškále měla $\alpha = 0,76$. Podobných hodnot bylo dosaženo také v subškále duchovní a náboženské.

Autoři originální anglické verze realizovali test spolehlivosti metodou test-retest. Hodnota Spearmanova korelačního koeficientu pro celkové skóre SNAP byla $r = 0,69$. Jejich testy proběhly na vzorku 32 pacientů (Sharma et al., 2012). Česká verze (SNAP-CZ) dosáhla u 25 traumatologických pacientů hodnoty $r = 0,91$. V brazilské verzi provedli test-retest u 30 pacientů s výsledkem $r = 0,95$ (Tolo et al., 2016). V čínské verzi SNAP byl test-retest proveden pomocí ICC (Interclass Correlation Coefficients) s výslednou hodnotou 0,75 (Astrow et al., 2012). Srovnatelnost výsledků české verze jak s originální anglickou, tak i čínskou a portugalskou verzí ukazuje, že dotazník je velmi dobře využitelný v různých kulturních prostředích. Jednotlivé studie se lišily v poměru věřících a nevěřících pacientů. V originální anglické verzi se za nevěřící označilo pouze 4,3% respondentů a 68,1% se považovalo za spirituální, ale nenáboženské (Sharma et al., 2012). Naopak v čínské verzi se 63,3% respondentů považovalo za ateisty (Astrow et al., 2012) a v portugalské verzi se všichni respondenti označili za věřící (Tolo et al., 2016).

Signifikantní proměnná ovlivňující celkové skóre SNAP-CZ byla víra. V naší studii se ukázalo, že vyšší hodnoty SNAP-CZ (více spirituálních potřeb) měli věřící pacienti. Výsledek může

souviset se skutečností, že díky negativním zkušenostem z období totalitního režimu je v českém kulturním prostředí víra vnímána jako něco velmi soukromého. Čeští pacienti proto často nechtějí o spirituálních otázkách mluvit se zdravotníky. Naproti tomu lidé, kteří se považují za věřící a jsou aktivně zapojeni do nějakého náboženského společenství, mají religiózní potřeby, které potřebují řešit i v prostředí nemocnice. Můžeme to porovnat se studií Sharma et al. (2012), kde pacienti, kteří primárně uvedli, že mají své spirituální potřeby neuspokojené, měli výrazně vyšší průměrné celkové skóre SNAP.

Pozitivní korelace byla také mezi hodnotou BDI a celkovým skóre SNAP-CZ, kdy celková hodnota korelačního koeficientu dosáhla hodnoty $r = 0,368$. Významný vztah mezi výskytem deprese a nenaplněnými spirituálními potřebami potvrdil také Indonéský výzkum. Na vzorku 3 103 respondentů byl potvrzen významný vztah mezi spiritualitou a depresí (Mahwati, 2017). Pacienti s depresí často mohou trpět duchovní krizí, zejména v akutním stadiu nemoci, kvůli nízké sebeúctě, negativním postojům k životním cílům, problémům každodenního života a nejistotou způsobenou fyzickým stavem a psychologickou nebo pracovní dysfunkcí (Kao and Lin, 2018). Sestry v akutní péči by proto neměly zapomínat na spojitost depresivních symptomů a spirituálních potřeb pacientů.

V závěru je potřeba zmínit limity tohoto výzkumu. Jedním z nich je poměrně malý počet respondentů, na což je potřeba reagovat rozsáhlejší studií s větším počtem pacientů. Druhým limitem je malá heterogenita souboru, která neumožňuje zobecnit výsledky na celou populaci českých pacientů. V další studii bude proto potřeba vytvořit více heterogenní soubor respondentů, a to jak z hlediska klinické diagnózy, tak i sociodemografických charakteristik.

ZÁVĚR

V současné době v podmínkách českého ošetrovatelství chybí relevantní a validní nástroj k hodnocení naplněnosti spirituálních potřeb pacientů zejména v akutní péči. Dotazník SNAP-CZ v pilotní studii prokázal dobré psychometrické vlastnosti a jeví se jako nástroj vhodný k hodnocení spirituálních potřeb pacientů v českém sociokulturním prostředí. K potvrzení validity našich výsledků bude v navazujícím výzkumu zařazen větší soubor respondentů s různými sociodemografickými a klinickými charakteristikami. Příspěvek je dedikován projektu IGA_FZV_2020_003.

Literatura

ASTROW, A. B., et al. A Chinese Version of the Spiritual Needs Assessment for Patients Survey Instrument. *Journal of Palliative Medicine* [online]. 2012, vol. 15, no. 12, p. 1297–1315. [cit. 13. 10. 2020]. ISSN 1096-6218. DOI: 10.1089/jpm.2012.0131.

BALBONI, T. A., VANDERWERKER, L. C., et al. Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology* [online]. 2007, vol. 25, no. 5, p. 555–560. [cit. 13. 10. 2020]. ISSN 0732-183X. DOI: 10.1200/JCO.2006.07.9046.

BROWN, R. and LO, R. Holistic care and spirituality: potential for increasing spiritual dimensions of nursing [online]. *Australian Journal of Holistic Nursing*. 1999, vol. 6, No. 2, p. 4–9. [cit. 13. 10. 2020]. ISSN 1322-8803. Available from: <https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=492774225698512;res=IELHEA>.

BURKHART, L. and HOGAN, L. An Experiential Theory of Spiritual Care in Nursing Practice. *Qualitative Health Research* [online]. 2008, vol. 18, no. 7, p. 928–938. [cit. 13. 10. 2020]. ISSN 1049-7323. DOI: 10.1177/1049732308318027.

DU PLESSIS, E. Presence. *Holistic Nursing Practice* [online]. 2016, vol. 30, no. 1, p. 47–53. [cit. 13. 10. 2020]. ISSN 0887-9311. DOI: 10.1097/HNP.0000000000000124.

KAO, C. C. and LIN, Y. H. Spiritual Care of Patients With Depression. *Hu Li Za Zhi*. 2018, vol. 65, no. 3, p. 17–21. ISSN 0047-262X. DOI: 10.6224/JN.201806_65(3).04.

MAHWATI, Y. The Relationship between Spirituality and Depression Among the Elderly in Indonesia. *Makara Journal of Health Research* [online]. 2017, vol. 21, no. 1, p. 13–19. [cit. 9. 10. 2020]. ISSN 2356-3656. DOI: 10.7454/msk.v21i1.6206.

MRÁČKOVÁ, L. and KISVETROVÁ, H. Jazyková validizace dotazníku SNAP (Spiritual Needs Assessment for Patients). In: TUPÝ, J., LACKO, A. et al. *Ružomberské zdravotnícké dni 2019 – XIV. ročník*. 2019, s. 281–282. ISBN 978-80-561-0699-0.

PUCHALSKI, C. M., VITILLO, R., et al. Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus. *Journal of Palliative Medicine*. 2014, vol. 17, no. 6, p. 642–656. ISSN 1096-6218.

RAMEZANI, M., AHMADI, E. et al. Spiritual care in nursing: a concept analysis. *International Nursing Review* [online]. 2014, vol. 61, no. 2, p. 211–219. [cit. 2020-03-18]. ISSN 0020-8132. DOI: 10.1111/inr.12099. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/inr.12099>.

REED, P. G. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing Health*. 1992, vol. 15, no. 5, p. 349–357. ISSN 0160-6891.

SHARMA, R.K., ASTROW, A.B. et al. The Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP): Development and Validation of a Comprehensive Instrument to Assess Unmet Spiritual Needs. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2012, vol. 44, no. 1, p. 44–51. ISSN 08853924. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2011.07.008.

SMITH, A. R. Using the Synergy Model to Provide Spiritual Nursing Care in Critical Care Settings. *Critical Care Nurse* [online]. 2006, vol. 26, no. 4, p. 41–47. [cit. 15. 10. 2020]. ISSN 0279-5442. DOI: 10.4037/ccn2006.26.4.41.

TOLOI, D., UEMA, D., MATSUSHITA, F., et al. Validation of questionnaire on the Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP) questionnaire in Brazilian Portuguese. *Ecancermedicalscience* [online]. 2016, vol. 10. [cit. 13. 10. 2020]. ISSN 1754-6605. DOI:10.3332/ecancer.2016.694.

Kontakt

Mgr. Lucie Mráčková
Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci
Centrum vědy a výzkumu
Hněvotínská 976/3, Olomouc, 775 15
lucie.mrackova@fvp.slu.cz

TRAINING OF GENERAL NURSES IN THE CONTEXT OF DECONTAMINATION OF REUSABLE MEDICAL DEVICES AND SURFACES

ŠKOLENÍ VŠEOBECNÝCH SESTER V KONTEXTU DEKONTAMINACE OPAKOVANĚ POUŽÍVANÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PROSTŘEDKŮ A PLOCH

Martin Krause^{1,2}, František Dolák¹

Abstract

Background: Prevention of healthcare associated infections is still an actual issue. Decontamination is one of the most basic activities of general nurses in the provision of health services. An important role in the decontamination process is also the training of general nurses about the observance of principles related to the chemical disinfection.

Aim: To find out the current state of training of general nurses in the issue of decontamination of repeatedly used medical devices and surfaces in clinical practice.

Methods: The research was realized by a quantitative method using a questionnaire technique. The research was carried out in a selected regional hospital. The research group consisted of general nurses working in standard departments.

Results: The research found out that respondents were trained in the last 2 years most often in the use of personal protective equipment (88.0% of respondents), the use of cleaning and disinfecting agents (81.5% of respondents). Furthermore, it was found out that 77.8% of respondents always emphasize the disinfection of reusable medical devices and surfaces.

Discussion: The results of the research brought interesting findings and correspond to some realized researches. Based on the results, it can be recommended to increase the effectiveness of training and implement new aspects of decontamination and prevention of infection transmission, for example, using simulation training for provision of effective feedback.

Conclusion: Training of general nurses about sanitary-epidemiological measures is an important part of preventing the transmission of healthcare associated infections.

¹ University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Sciences, Institute of Nursing, Midwifery and Emergency Care

² Technical University of Liberec, Faculty of Health Studies, Institute of Nursing and Emergency Care

Keywords

decontamination, disinfection, training, general nurse, medical device

Abstrakt

Východiska: Prevence infekcí spojených se zdravotní péčí je stále aktuálním tématem. Dekontaminace patří mezi nejzákladnější činnosti všeobecných sester při poskytování zdravotních služeb. Důležitou úlohu v procesu dekontaminace představuje také školení všeobecných sester o dodržování zásad souvisejících s chemickou dezinfekcí.

Cíl: Zjistit současný stav školení všeobecných sester v problematice dekontaminace opakovaně používaných zdravotnických prostředků a ploch v klinické praxi.

Metody: Výzkum byl realizován kvantitativní metodou s využitím techniky dotazníku. Výzkum byl realizován ve vybrané nemocnici krajského typu. Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry pracující na standardních odděleních.

Výsledky: Výzkumem bylo zjištěno, že respondenti byli v posledních 2 letech školeni nejčastěji v problematice používání osobních ochranných pracovních prostředků (88,0% respondentů), používání čisticích a dezinfekčních prostředků (81,5% respondentů). Dále bylo zjištěno, že 77,8% respondentů vždy klade důraz na provedení dezinfekce opakovaně používaných zdravotnických prostředků a ploch.

Diskuze: Výsledky výzkumu přinesly zajímavá zjištění a odpovídají některým realizovaným výzkumům. Na základě výsledků lze doporučit zvýšit efektivitu školení a implementovat nové aspekty dekontaminace a prevence přenosu infekcí, například s využitím simulační výuky pro poskytnutí efektivní zpětné vazby.

Závěr: Školení všeobecných sester o hygienicko-epidemiologických opatření je důležitou součástí prevence přenosu infekcí spojených se zdravotní péčí.

Klíčová slova

dekontaminace, dezinfekce, školení, všeobecná sestra, zdravotnický prostředek

INTRODUCTION

Healthcare associated infections are one of the adverse events that occur at national and international health care providers (Slawomirski et al., 2017). The World Health Organization (WHO) reports that healthcare associated infections account for approximately 12.2% of all adverse events (WHO, 2017). Healthcare associated infections significantly affect the safety of care provided to patients (WHO, 2016a). It is important to mention that healthcare associated infections can be prevented by a variety of preventive measures. These aspects are, in particular, compliance with hygienic hand disinfection, decontamination of used medical devices and surfaces in nursing care and education of health professionals, as stated by WHO (2018) or Haque et al. (2018). Prevention of infections also includes patient's education and involvement, as reported by the Royal College of Nursing (2017), or student's education, as reported by Korhonen et al. (2019). General nurses' education and training are an effective source of the latest requirements for infection prevention and control (Luebbert and Chinnes, 2015). The World Health Organization mentions that the training contributes significantly to the development of prevention of healthcare associated infections and also to the awareness of the importance of the identified deficiencies for their subsequent minimization (WHO, 2016b). One aspect of the training focus is the issue of decontamination of reusable medical devices and surfaces, which can be stethoscopes, tonometer cuffs and more (Suleyman et al., 2018). Training in this area should be realized at the beginning of the employment relationship and also during the exercise of the profession (PIDAC, 2018).

THE AIM OF THE RESEARCH

By the main aim of the research was to find out the current state in the issue of general nurses' training about the decontamination of reusable medical devices and surfaces in the context of prevention of healthcare associated infections.

METHODOLOGY

The research was carried out using a quantitative research method using the technique of a non-standardized questionnaire. The construction of the questionnaire was based on the current state of relevant sources, recommendations of international organizations, legislation of the Czech Republic and also on the implementation of other stages of research. The questionnaire contained two basic parts, namely demographic questions and questions focusing on the researched problematics. The research was carried out in a selected regional hospital from March to June 2020. Before starting the research itself, a preliminary research was conducted on 15 respondents. The questionnaire was anonymous and respondents' participation in the research was voluntary. The research was conducted with the consent of the health service provider. The research group

consisted of general nurses and the selection of the research group was intentional. A total of 184 (100.0%) general nurses participated in the research. The obtained data were processed using descriptive statistics with relevant and absolute frequencies. For some questionnaire questions, the form of answer using the Likert scale was chosen. The Likert scale was used for the question dealing with compliance with the exposure time, as well as the evaluation of knowledge in the field of medical devices disinfection, the use of disinfectant wipes etc. The presented results are one of the parts of more extensive research in this problematics.

RESULTS

A total of 184 (100.0%) general nurses took part in the questionnaire survey, when 94 (51.1%) respondents were from standard internal medicine departments and 90 (48.9%) respondents were from standard surgical departments. The most common age range was 40–49 years, which was stated by 68 (37.0%) respondents. The most frequent period of experience was 21 or more years, which was chosen by 77 (41.9%) respondents. The most frequently achieved qualification education was the medical high school variant, which was mentioned by 114 (62.0%) respondents.

In the area of importance for compliance with the disinfection of reusable medical devices and other tools and surfaces, it was found that 143 (77.8%) respondents always emphasize disinfection, almost always 40 (21.7%) respondents and sometimes 1 (0.5%) respondent. No (0.0%) respondent chose variant almost never and variant never.

Furthermore, the respondents were asked how they would evaluate their knowledge about the decontamination of medical devices and surfaces using the answer by the form of the Likert scale (1 excellent and 5 insufficient). It was found out that 35 (19.0%) respondents would rate their knowledge with a mark of 1, 119 (64.7%) respondents would rate their knowledge with a mark of 2, 29 (15.8%) respondents would rate their knowledge with a mark of 3 and 1 (0.5%) respondent would rate his knowledge with a grade of 4. No (0.0%) respondent chose that he would rate his knowledge with a grade of 5.

In the next part, it was being found out whether the respondents had been trained in the last two years in some areas of prevention of healthcare associated infections, including the principles of decontamination. By the research was found out that respondents were most often trained in the use of personal protective equipment in the last two years, 162 (88.0%) respondents, and in the use of cleaning and disinfecting agents, 150 (81.5%) respondents, see Tab. 1.

Tab. 1 Training in various areas in the last two years

In what areas have you been trained in the last two years?	yes		no		don't know		Σ	
	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	f _i [%]
healthcare associated infections	111	60.3	27	14.7	46	25.0	184	100.0
principles of mechanical cleaning of medical devices and surfaces	115	62.5	34	18.5	35	19.0	184	100.0
principles of chemical disinfection of medical devices and surfaces	127	69.0	20	10.9	37	20.1	184	100.0
use of cleaning and disinfecting agents	150	81.5	11	6.0	23	12.5	184	100.0
use of personal protective equipment	162	88.0	3	1.6	19	10.4	184	100.0
disinfection control issues	114	62.0	32	17.4	38	20.6	184	100.0
principles for the use of reusable medical devices	108	58.7	23	12.5	53	28.8	184	100.0

In the area of compliance with the disinfectant exposure time according to the manufacturer's instructions, it was found out that 131 (71.2%) respondents always follow the exposure time, almost always 44 (23.9%) respondents, sometimes 6 (3.3%) respondents and almost never 3 (1.6%) respondents. No respondent chose variant never (0.0%). The results for surgical and internal medicine departments, see Tab. 2.

Tab. 2 Compliance with the exposure time of disinfectant

Do you observe the exposure time of disinfectant according to the manufacturer's instructions?	Surgical departments		Internal medicine departments		All departments	
	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	f _i [%]
yes always	59	65.5	72	76.5	131	71.2
almost always	24	26.7	20	21.3	44	23.9
sometimes	5	5.6	1	1.1	6	3.3
almost never	2	2.2	1	1.1	3	1.6
never	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Σ	90	100.0	94	100.0	184	100.0

The area of whether respondents use personal protective equipment when preparing disinfectant solutions was also examined. It was found out that 153 (83.2%) respondents will use safety glasses or a face shield, 128 (69.6%) respondents will wear a coat or protective apron, 177 (96.2%) respondents will wear gloves and 145 (78.8%) respondents will use face mask, see Tab. 3.

Tab. 3 Use of personal protective equipment in the preparation of disinfectant solutions

What personal protective equipment do you use in the preparation of disinfectant solutions?	yes		no		Σ	
	n_i [-]	f_i [%]	n_i [-]	f_i [%]	n_i [-]	f_i [%]
safety glasses or face shield	153	83.2	31	16.8	184	100.0
coat or protective apron	128	69.6	56	30.4	184	100.0
gloves	177	96.2	7	3.8	184	100.0
face mask	145	78.8	39	21.2	184	100.0

Next interesting area is the result of a question that dealt with the use of single-use medical devices repeatedly. The results for surgical and internal medicine departments, see Tab. 4.

Tab. 4 Use of personal protective equipment in the preparation of disinfectant solutions

Do you repeatedly use medical devices that are intended for single use?	Surgical departments		Internal medicine departments		All departments	
	n_i [-]	f_i [%]	n_i [-]	f_i [%]	n_i [-]	f_i [%]
yes always	0	0.0	2	2.1	2	1.1
almost always	1	1.1	1	1.1	2	1.1
sometimes	7	7.8	5	5.3	12	6.5
almost never	7	7.8	7	7.4	14	7.6
never	75	83.3	79	84.1	154	83.7
Σ	90	100.0	94	100.0	184	100.0

DISCUSSION

The results of the research brought interesting findings. General nurses who use reusable medical devices and surfaces in clinical practice should have the knowledge and should be regularly trained in the prevention of healthcare associated infections. Continuous training of health professionals is a key component for providing quality and safe nursing care (WHO, 2016b).

Effective decontamination of reusable medical devices (for example tools, instruments etc.) and surfaces requires compliance of several principles. Above all, these are the principles of mechanical cleaning of medical devices and surfaces and chemical disinfection of medical devices and surfaces. The key task is above all the choice of a suitable procedure, the implementation of the procedure and the use of personal protective equipment (Vyhlaška č. 306/2012 Sb, 2012). By the research was positively found out that 150 (81.5%) general nurses have been trained in the use of cleaning and disinfecting agents in the last two years. The aspect of the correct use of the selected disinfectant is very important, as the wrong disinfectant can damage the disinfected material or the health of the nurse (PIDAC, 2018). The training should also focus on ensuring the safety of healthcare professionals, i.e. on the selection of adequate personal protective equipment. The main personal protective equipment are gloves, plastic apron, face shield or safety glasses and a face mask (WHO, 2018). By the research was found out that 7 (3.8%) respondents do not wear gloves, 31 (16.8%) respondents do not use safety glasses or a face shield, or 56 (30.4%) respondents do not use a protective coat or apron. However, in the context of the training, it was found out that 162 (88.0%) respondents were trained in the last two years about the principles of using personal protective equipment. The use of a protective apron minimizes the risk of skin damage or safety glasses minimize the risk of eyes damage by the chemical solutions (WHO, 2018). It is also important to mention that the choice of the selected personal protective equipment is also related to the use of a disinfectant, which is used for preparation of decontamination solutions.

The research also provided further recommendations for practice. Above all, it is important to increase the effectiveness of training of general nurses in the issue of healthcare associated infections, the principles of mechanical cleaning and chemical disinfection of medical devices and surfaces, the principles of using reusable medical devices and, last but not least, of disinfection control. Current recommendations state that control is very important to provide effective feedback and may be evidence of the setting of further preventive measures. The efficiency of the training and also the observance of the principles of decontamination can be increased with the use of a face-to-face training, e-learning, simulation teaching and practical training, with use of multimedia support (WHO, 2018). Another research found out that 95.9% of general nurses reported that the provided training contributed to compliance with infection control measures (Erdek et al., 2017).

Another important aspect is also training in the use of reusable medical devices. Respondents were asked whether in clinical practice they use single-use medical devices,

which are intended for single use. An example is a needle one-use holder. It is interesting that 154 (83.7%) respondents answered the variant never, variant almost never 14 (7.6%) respondents and variant sometimes 12 (6.5%) respondents. However, the use of a single-use medical device, such as a needle one-use holder, is prohibited according to the legislation and instructions of the manufacturer (Vyhláška č. 306/2012 Sb, 2012). It is important to note that the data were found out using a questionnaire, where the variants of answers could be subjectively influenced, and thus may be different in connection with clinical practice. The analysis was also interesting in terms of comparing surgical and internal medicine departments. It was found out that of 90 (100.0%) respondents working in surgical departments, 75 (83.3%) respondents never use a single-use medical device. Similar results were obtained for respondents working in internal medicine departments. Of the 94 (100.0%) respondents, 79 (84.1%) respondents never use the single-use medical device.

As part of the training, it is important to pay attention to the timeliness of the provided information. An example is the use of disinfectant wipes. E.g. the Royal College of Nursing (2017) states that there is currently minimal evidence to support the widespread use of disinfectant wipes. Sattar et al. (2015) state that the use of disinfectant wipes is not recommended, as they are often used on more than one surface at a time. This can occur to the transmission of healthcare associated infections. In Ireland, disinfectant wipes are not recommended at all (Lemass et al., 2013). By this research was found out that disinfectant wipes are always used by 31 (16.8%) respondents, almost always by 43 (23.4%) respondents or sometimes by 67 (36.5%) respondents.

As part of the training, it is also important to focus on compliance with the exposure time of disinfectant. By the detailed analysis were also found out the differences between the departments. It was interesting that 59 (65.5%) respondents out of 90 (100.0%) respondents working in surgical departments always adhere to the disinfectant exposure time. On the other hand, out of 94 (100.0%) respondents working on internal medicine departments, 72 (76.5%) respondents always adhere to the disinfectant exposure time. Last but not least, it is important to look for new ways of prevention of healthcare associated infections transmission. One of the possibilities is the use of antimicrobial surfaces or the use of nanomaterials, which can reduce the presence of microorganisms (bacteria, viruses etc.) on surfaces (WHO, 2018). The research results apply only to this research.

CONCLUSION

Training in the prevention of healthcare associated infections is very important for setting up and maintaining effective sanitary-epidemiological measures. Within the training, it is necessary to actively approach new knowledge so that the provided information is understandable and effective. It is also important to take into account the fact that the healthcare professional participates in various trainings. It is necessary to focus on the daily activities of general nurses, including decontamination and prevention of healthcare

associated infections. The results of the research brought interesting findings, which can be further followed, for example, by the effectiveness of training of general nurses in the decontamination of medical devices or the principles of safe provision of nursing care in the context of prevention of healthcare associated infections.

References

ERDEK, F. et al. The effects of training inpatients and their relatives about infection control measures and subsequent rate of infection. *Northern clinics of Istanbul*. 2017, vol. 4, no. 1, p. 29–35. ISSN 2148-4902. DOI 10.14744/nci.2016.40316.

HAQUE, M. et al. Health Care-Associated Infections – an Overview. *Infection and Drug Resistance*. 2018, no. 11, p. 2321–2333. ISSN 1178-6973.

KORHONEN, A. et al. Increasing Nursing Students' Knowledge of Evidence-Based Hand-Hygiene: A Quasi-Experimental Study. *Nurse Education in Practice*. 2019, vol. 35, no. 3, p. 104–110. ISSN 1471-5953.

LEMAS, H. et al. *Infection Prevention and Control for Primary Care in Ireland: A Guide for General Practice* [online]. Dublin: Health Protection Surveillance Centre, 2013. [cit. 1. 10. 2020]. Available from: <http://www.hpsc.ie/a-z/microbiologyantimicrobialresistance/infectioncontrolandhai/guidelines/File,14612,en.pdf>.

LUEBBERT, P., CHINNES, L. *Preventing Healthcare-Associated Infections*. Brentwood: HCPro, 2015. ISBN 978-1-55645-289-5.

PIDAC. *Best Practices for Environmental Cleaning for Prevention and Control of Infections in All Health Care Settings* [online]. Toronto: Public Health Ontario, 2018. [cit. 1. 10. 2020]. Available from: <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/B/2018/bp-environmental-cleaning.pdf>.

RCN. *Essential Practice for Infection Prevention and Control: Guidance for nursing staff* [online]. London: Royal College of Nursing, 2017. [cit. 1. 10. 2020]. Available from: <https://www.rcn.org.uk/-/media/royal-college-of-nursing/documents/publications/2017/november/pub-005940.pdf>.

SATTAR, S. A. et al. Disinfectant Wipes are Appropriate to Control Microbial Bioburden From Surfaces: Use of a New ASTM Standard Test Protocol to Demonstrate Efficacy. *Journal of Hospital Infection*. 2015, vol. 91, no. 4, p. 319–325. ISSN 0195-6701.

SLAWOMIRSKI, L., AURAAEN, A. and KLAZINGA, N. *The Economics of Patient Safety: Strengthening a Value-Based Approach to Reducing Patient Harm at National Level*

[online]. Paris: OECD, 2017. [cit. 1. 10. 2020]. Available from: <https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>.

SULEYMAN, G., ALANGADEN, G. and BARDOSSY, A. The Role of Environmental Contamination in the Transmission of Nosocomial Pathogens and Healthcare-Associated Infections. *Current Infectious Disease Reports*. 2018, vol. 20, no. 12, p. 1–12. ISSN 1523-3847.

Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1. 10. 2012. ISSN 1211-1244.

WHO. *Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection*. Geneva: World Health Organization, 2016a. ISBN 978-92-4-154988-2.

WHO. *Decontamination and Reprocessing of medical devices for health-care facilities*. Geneva: World Health Organization, 2016b. ISBN 978-92-4-154985-1.

WHO. *Patient Safety: Making Health Care Safer*. Geneva: World Health Organization, 2017. [cit. 1. 10. 2020]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf?sequence=1>.

WHO. *Prevention and Control of Healthcare-Associated Infections. Basic Recommendations*. Washington: Pan American Health Organization, 2018. ISBN 978-92-75-11954-9.

Contact

Mgr. Martin Krause, DiS.
Technical University of Liberec, Faculty of Health Studies,
Institute of Nursing and Emergency Care
Studentská 1402/2, 461 17 Liberec
martin.krause@tul.cz

OTÁZKY KLINICKÉ PRAXE

PODTLAKOVÁ TERAPIE V CHIRURGICKÝCH OBORECH

VACUUM THERAPY IN SURGERY

Petra Gombalová¹, Hana Horelová²

Abstrakt

Principem léčby podtlakovou terapií (NPWT – Negative Pressure Wound Treatment) je vytvoření negativního tlaku v ráně, který z rány průběžně odstraňuje intersticiální tekutinu, redukuje tak bakteriální kolonizaci a urychluje tvorbu granulační tkáně. Tím podstatně zkracuje dobu přípravy podkladu pro definitivní zakrytí rány a celkovou dobu léčení pacienta. Podtlaková terapie je také využívána jako sekundární léčba hojení ran v mnoha chirurgických oborech, břišní, cévní chirurgii a kardiouchirurgii nevylímaje.

Klíčová slova

rána, léčba, V.A.C. terapie, chirurgie, kardiouchirurgie

Abstract

The principle of treatment with vacuum therapy is the creation of negative pressure in the wound, which continuously removes interstitial fluid from the wound, reducing bacterial colonization and accelerating the formation of granulation tissue. This significantly shortens the preparation time of the substrate for the final covering of the wound and the total treatment time of the patient. Vacuum therapy is also used as a secondary treatment for wound healing in many surgical fields, including abdominal, vascular surgery and cardiac surgery.

Keywords

wound, therapy, V.A.C. therapy, surgery, cardiac surgery

¹ Kardiouchirurgické centrum FNO

² Chirurgická klinika FNO

ÚVOD

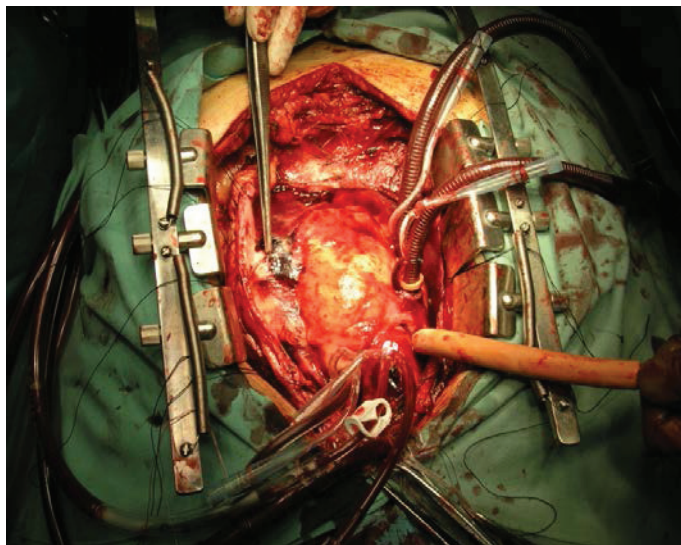
Aplikace podtlakové lokální terapie byla patentována již v roce 1991. V současnosti mění komplexní přístupy léčby ran v klinických praxích napříč chirurgickými obory. Pozitivně ovlivňuje tato terapie celkovou dobu léčby, komfort pacientů i jejich následnou kvalitu života (Šímek a Bém, 2013, s. 10). Indikací k aplikaci V.A.C. terapie (Vacuum Assisted Closure) v chirurgických oborech je léčba rozsáhlých, komplikovaných ran, dehiscencí a trofických kožních defektů v primární, nebo sekundární fázi hojení.

Principem podtlakové terapie je využití subatmosférického tlaku v ráně s aktivním odváděním nežádoucího exudátu z rány. V.A.C. terapie stimuluje hojení rány pomocí mikropnutí, které vede ke snížení otoku, stimulaci prokrvení a granulaci tkáně. (Jurkovič, Bartoš, Benčurik, Martinek a Škrovina, 2019). Makropnutí vede k přiblížení okraje rány, rovnoměrnému rozdělení podtlaku. Odstranění intersticiální tekutiny bohaté na prozánětlivé mediátory vede k rychlejší tkáňové reparaci (Šímek a Bém 2013, s. 21).

Nejčastějším operačním přístupem v kardiouchirurgii je podélná střední sternotomie, tedy poměrně velká operační rána. Ta sebou přináší, krom rizika z přidružených chorob pacienta, délky operačního výkonu, vyšších krevních ztrát, často odběru štěpů aa. thoracicae internae, také vyšší riziko infekce. Sekundární hojení rány po sternotomii je zdoluhavé a pro pacienta náročné.

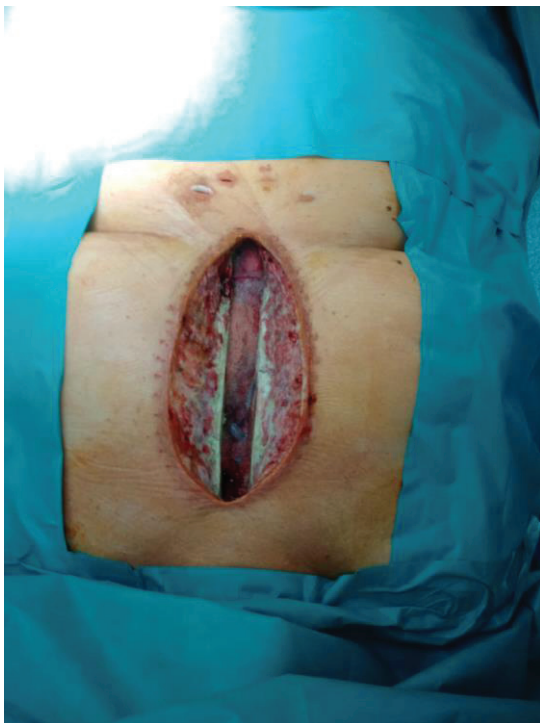
Fotodokumentace v článku je z vlastních zdrojů.

Obr. 1 Sternotomie



Infekce může postihnout povrch měkkých tkání až po zánět sternální kosti. Nejzávažnější infekční komplikací kardiouchirurgických operací je hluboká sternální infekce (poststernotomická mediastinitida).

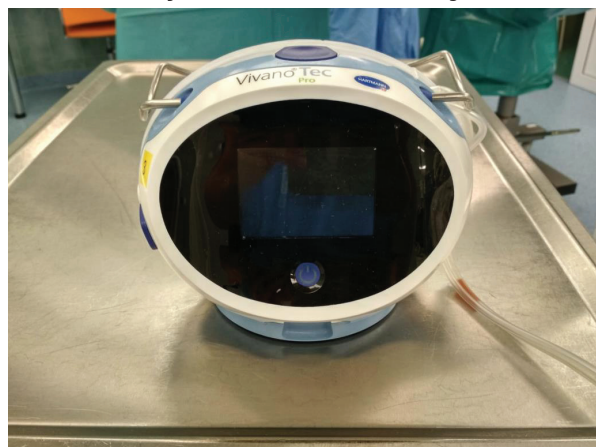
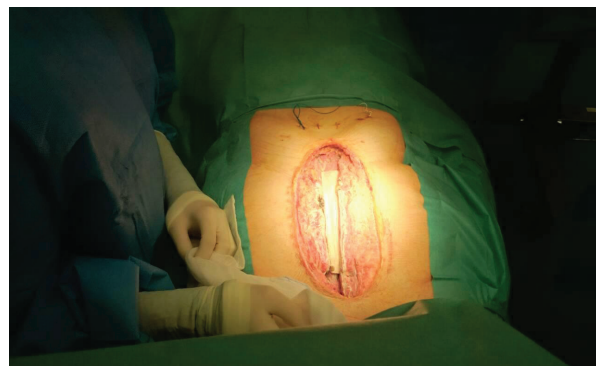
Obr. 2 Infekce sternální kosti



Podtlaková terapie má již dnes v léčbě komplikací spojených s operační kardiokirurgickou ránou nezastupitelné místo a vzhledem ke svému multifaktoriálnímu působení velmi dobré výsledky. V roce 2019 bylo aplikováno v Kardiokirurgickém centru Fakultní nemocnice Ostrava (dále jen KCHC FNO) 37 podtlakových terapií.

V případě indikace NPWT se po první aplikaci podtlaku v celkové anestezii převazy opakují cca co 3 dny, dle stavu a těsnosti terapie do vytvoření granulační tkáně s možností ránu znova uzavřít suturou. Aplikace i převazy jsou prováděny za aseptických podmínek na operačním sále, nebo pokud stav pacienta toto neumožňuje, na boxe jednotky intenzivní péče. Z rány lékař opakovaně odebírá stěr na bakteriologické vyšetření.

Krom sterilního materiálu, polyuretanová černá houba s póry o průměru 600µm a polyvinyl-alkoholová bílá houba s póry o průměru 400µm, dále terčík s evakuačním drénem a neprodyšná fólie, musí sestry k převazu připravit také přístroj a sběrnou nádobu. Lékař ve spolupráci se sestrou vždy musí spočítat počet kusů houby, které aplikuje do rány, sestra tento počet dokumentuje do perioperačního záznamu, který je součástí zdravotnické dokumentace pacienta. Při dalším převazu musí tento počet odstraněné houby souhlasit.

Obr. 3 Sterilní stolek**Obr. 4 Přístroj k odsátí exudátu z rány****Obr. 5 Naložení bílé houby pod sternum**

Obr. 6 Naložení černé houby mezi a nad sternum



Obr. 7 Finální černá houba před překrytím neprodyšnou fólií



Obr. 8 Neprodyšná fólie a terčik



Fotodokumentace ran je dnes pro KCHC FNO součástí denní práce sester, které snímky ukládají do NIS (Nemocniční informační systém) a lékaři tak mohou porovnávat stav rány během aplikace a následných převazů až k výsledné resuturě rány.

Po aplikaci NPWT je pacient monitorován, je sledována celistvost těsnicí fólie a přilnavost houby k ráně a kontrola množství a charakteru sekrece ve sběrné nádobě. Součástí léčby je užívání antibiotik a monitoring bolesti pacienta. Velmi důležitou roli hraje také vyvážená strava a rehabilitace pacienta.

KAZUISTIKA PACIENTA KCHC FNO

Pacientka, 75 let, přijata pro AIM, dle nálezu z cathlab indikace k časnému kardiokirurgickému výkonu – CABG (revaskularizace myokardu). Pacientka se dlouhodobě léčila s hypertenzí, s DM II. typu, byla na PAD a inzulinoterapii, BMI 26,22, kuřačka 4–5 cigaret denně.

Perioperačně pacientka bez komplikací, na JIP KCHC časná extubace, kardiopulmonálně kompenzovaná, klidná, orientovaná, spolupracující. 7. pooperační den pacientka schvácená, subfebrilní, vzestup zánětlivých markerů, hnisavá sekrece z rány, převaz rány kardiokirurgem, nasazena ATB léčba, stěr z rány na bakteriologické vyšetření. 9. pooperační den indikována revize sternotomie, kdy rozpuštěna kůže, podkoží i sternum. Hnisavá sekrece ze sternu i mediastinu, odebrán stěr na bakteriologické vyšetření. Bypassy dle vzhledu funkční, provedena laváž operační rány a aplikována podtlaková terapie naloženou bílou a černou houbou na 110 torr. Následují tři sterilní převazy s výměnou bílé i černé houby. 19. pooperační den od primoooperace resutura sternu drátěnými kličkami a sutura kůže adaptačními matracovými stehy přes podložky a jednotlivými Donnatiho stehy, naložení Redon drénů (Obr. 9). Pokračuje ATB léčba, rána po resuturě klidná, sternum pevné, bez hmatné krepitace. Stehy kožní sutury částečně postupně extrahovány, částečně ponechány k extrakci při ambulantní plánované kontrole. Pacientka propuštěna domů 34. pooperační den po primoooperaci bez obtíží, bez bolesti, afebrilní, oběhově a tlakově stabilní.

Obr. 9 Resutura rány



V roce 2018 na Chirurgické klinice Fakultní nemocnice Ostrava (dále jen CHK FNO) byla V.A.C. terapie aplikována u 51 pacientů a v roce 2019 u 47 pacientů. Délka využití

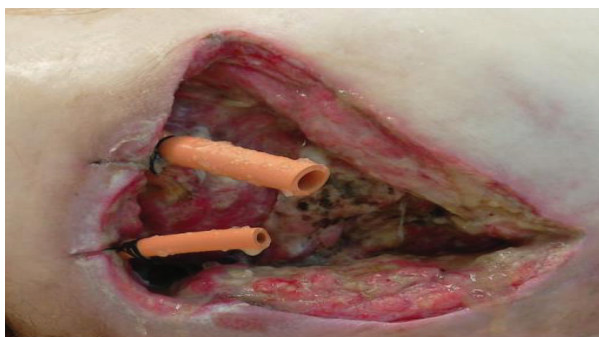
terapie u jednotlivých pacientů se pohybuje v průměru mezi pěti až dvaceti dny. Množství převazů kolísá mezi dvěma až pěti převazy u jednotlivých pacientů. Tato délka využití terapie je srovnatelná s výsledky prospektivní studie autorů (Jurkovič, Bartoš, Benčurík, Martinek a Škrovina, 2019).

V rámci péče o pacienty hospitalizované na CHK FNO často využíváme metodu V.A.C. terapie k léčbě sekundárně se hojících defektů. Velmi často se jedná o nehojící se defekty ve středních laparotomiích a dekubity.

KAZUISTIKA PACIENTA CHK FNO

58letý pacient, který byl účastníkem autonehody v roce 1984, během které došlo k poranění míchy a následné paraplegii. Pacienti s tímto postižením mají vyšší incidenci vzniku dekubitu až o 20%. V oblasti sakra vznikne poškození až u 75% pacientů. Vzhledem k stávající poruše nocicepce bolesti, se klinický projev poškození projeví až při velmi rozsáhlém postižení (Mrňa, Frajer, Hoch et al., 2019). Tento muž byl 10. 7. 2018 odeslán k hospitalizaci obvodním lékařem pro zhoršení lokálního i celkového zdravotního stavu. V době přijetí hodnota CRP 302, subfebrilie, zimnice. Pacient v domácím ošetření Agentury domácí péče a rodiny, v posledních několika týdnech výrazně zhubl, udává nechutenství. V době přijetí identifikován dekubit 4. st. v oblasti sakra a levé hýždě cirkulárně o velikosti 6 cm v průměru, okolí dekubitu klidné, spodina povleklá, páchnoucí s povrchními nekrotickými povlaky, na spodině hmatná kost, kavita směrem proximálně do podkoží velikosti cca 5 cm, kavita směrem do hloubky cca 10 cm. Primárně přistoupeno k nekrektomii v oblasti sakra. V době revize na operačním sále při palpaci hlubokého defektu jsou zde hmatné tři choboty vyplněné hnisem. Dominují dvě kapsy. Operatér přistupuje k nekrektomii avitální tkáně a sanaci jednotlivých chobotů. První o délce 7 cm směřuje mediálně, druhý o délce 7 cm odstupuje kaudálně pod sedací kost a třetí chobot, který směřuje v oblasti lampasu kaudálně je dlouhý 20 cm. Provedeny stěry z defektů. Proplach defektů a založení gumových drénů. Po chirurgickém ošetření prováděny převazy a proplachy s frekvencí 3x denně (Obr. 10).

Obr. 10



Přes zahájení antibiotické terapie, polohování, opakované převazy, proplachy drenáží dochází postupně ke zhoršení lokálního nálezu (Obr. 11).

Obr. 11



Zarudnutí a fluktuaci levého třísla, zarudnutí a otoku levého scrota. Pacient indikován k sigmoideostomii. V jedné době na operačním sále následně přistoupeno k incisi inguiny l. sin. nad zarudlou a fluktuující kůží. Proběhla evakuace abscesu, revize scrota, kde se nachází otok scrota, hnis podél spermatického provazce a nekróza levé části scrota velikosti 6 x 6 cm. Operatér přistupuje k necrectomii scrota l. sin., kontrole třísla. V tuto chvíli se nejedná o Fornierovu gangrénu. Do třísla zaveden gumový drén, proplach Betadine (Obr. 12).

Obr. 12



Zdravotní stav pacienta se postupně zhoršuje. V průběhu prvotní nekrektomie již byla patrná osteomyelitida, která se postupně zhoršuje a po patnácti dnech od přijetí v průběhu revize na operačním sále je patrná rozsáhlá destruktivní osteomyelitida skeletu pánve, chronické fistuly. Je zde patrný infikovaný tříselný vaz, infekce stéká do scrota, skelet pánve se operatérovi drolí mezi prsty. Jsou zde známky infekce kloubního pouzdra, kyčle a celého vazivového aparátu levé poloviny pánve. Z mezisvalových prostor a hloubky pánevního prostoru vytéká smetanový hnis. Přes pravidelné převazy, proplachy, polohování

tento stav není řešitelný nekrektomiemi. Dle výsledků stěrů z rány aplikována antibiotická terapie, sledovány nutriční parametry. V této chvíli léčby je jedinou možností pacientovi navrhnout exartikulaci levé kyčle s resekcí sakra. Zdravotní stav pacienta je velmi závažný. 22. 8. 2018 za aseptických podmínek přistupují chirurgové k snesení avitální tkáně. Obnažena distální třetina sakra a kostrč, která prakticky rozpuštěna. Operatér přistupuje k extirpaci kostrče, resekci distální třetiny sakra, resekci levého kyčelního kloubu včetně vazivového aparátu a exkochleaci kyčelní jamky. Vzniklý defekt po extirpaci kyčle uzavřen posunem gluteálního svalu. Oblast sakra ošetřena V.A.C. terapií. Nadále přetrvává u pacienta zarudnutí levého scrota, u kterého v minulých dnech proběhla incize. V režii urologické kliniky je provedena revize levého scrota, rozšíření již stávající incize a sondáž prostoru směrem ke skrotu. I zde je patrný spontánní odchod pusy. Obaly varlete jsou ztluštělé, fibrotické, kraniomediálně od varlete se nachází další dutina s nekrotickými hmotami. Varle se jeví bez poškození. Pečlivá revize operačního pole, kontrola krvácení. Vzhledem k tomu, že varle samotné a jeho provazec se jeví bez poškození, ponecháno k zachování hormonální funkce pacienta. Scrotum ponecháno otevřené k sekundárním hojení a do scrota vloženy záložky s Prontosanem. Po urologické fázi převazu chirurg přistupuje k výměně V.A.C. terapie na operačním sále. Odstranění obou gumových drénů z rány. V acetábulu přetrvává retence pusy a abscedovaný hematoma, ten extirpován. Spodina rány čistá. Sakrálně nekrotický lem, resekován. Rektum resekováno, slepě zakončeno. Parciální sutura rozpuštěné rány, do acetabula vložen gumový drén. Houba tvarována do jednotlivých chobotů ke kyčli a scrotu. Zapojena podtlaková terapie. Další dva převazy a výměny V.A.C. terapie proběhly v odstupu deseti dnů v celkové anestezii na operačním sále. 12. 9. 2018 přistoupeno k exartikulaci kyčle vpravo a naložena V.A.C. terapie (Obr. 13).

Obr. 13



Další převazy, výměna houby a celého systému podtlakové terapie, probíhaly v dalších třech termínech za aseptických podmínek na boxu jednotky intenzivní péče CHK. Pacient postupně rehabilitoval, stomie funkční, derivuje. Defekty v oblasti sakra granulují, spodina čistá (Obr. 14).

Obr. 14



Za hospitalizace byly pacientovi opakovaně aplikovány EBR a EDR, antibiotická terapie dle aktuálních bakteriologických stěrů z rány. Dle kultivace se v ráně nacházela *Klebsiella pneumoniae* ESBL, *Pseudomona aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*. K následné léčbě pacient přeložen do Léčebny dlouhodobě nemocných.

ZÁVĚR

Sekundárně se hojící defekty u pacientů s paraplegií a délka léčby je u těchto pacientů velmi nákladná. V.A.C terapie délku léčby podstatně zkracuje. Při použití této terapie dochází k vyčištění jednotlivých defektů a přípravě ran k resuturě. Je zde velmi důležitá multioborová spolupráce.

Literatura

JURKOVIČ, A., BARTOŠ, J., BENČURIK, V., MARTINEK, L. a ŠKROVINA, M. Instalační podtlaková terapie ULTRAVAC v terapii infikovaných laparotomií s fascitidou, *Rozhledy v chirurgii*. 2019, roč. 98, č. 4, s. 152–158. ISSN 0035-935.

MRŇA, L., FRAJER, L., HOCH, J. et. al. Dekubity u paraplegiků. *Rozhledy v chirurgii*. 2015, roč. 94, č. 8, s. 329–333. ISSN 0035-935.

ŠIMEK, M. a BÉM, R. *Podtlaková léčba ran*. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-352-7.

	PODTLAKOVÁ TERAPIE V CHIRURGICKÝCH OBORECH	PETRA GOMBALOVÁ HANA HORELOVÁ	81
--	---	--	-----------

Kontakt

Mgr. Petra Gombalová
Fakultní nemocnice Ostrava, Kardiochirurgické centrum
17. listopadu 1790/5, 708 52 Ostrava-Poruba, Česká republika
petra.gombalova@fno.cz

Mgr. Hana Horelová
Fakultní nemocnice Ostrava, Chirurgická klinika
17. listopadu 1790/5, 708 52 Ostrava-Poruba, Česká republika
hana.horelova@fno.cz

PŘÍKLAD FUNGOVÁNÍ INTERDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU HOSPICE V USA – HOSPICE OF WESTERN KENTUCKY

EXAMPLE OF THE FUNCTIONING OF THE HOSPICE INTERDISCIPLINARY TEAM IN THE USA – HOSPICE OF WESTERN KENTUCKY

Zlatica Dorková¹, Anna Šamajová¹, Tatiana Matulayová¹

Abstrakt

Východiska: Článek se zabývá fungováním interdisciplinárního týmu v Hospice of Western Kentucky v USA.

Cíl: Cílem je popsat fungování tohoto týmu v hospici a v jeho zařízení Heartford House.

Metody: Článek uvádí výsledky z polostrukturovaných rozhovorů s vybranými členy týmu. Rozhovor byl zaměřen na oblast náplně práce a roli členů týmu, komunikaci, aktivity týmu, zaměřené proti syndromu vyhoření, řešení konfliktů, motivaci, řízení organizace a důležité prvky ve fungování interdisciplinárního týmu.

Výsledky: Ve výsledcích výzkumného šetření z USA se ukázalo, že významnou roli ve fungování tamního týmu je komunikace, spolupráce, jasné rozdělení rolí, samostatnost pracovníků, společný cíl a celkově rodinná atmosféra spojená s dobrým řízením těchto týmů.

Diskuse: Kritéria pro fungující týmovou práci popsané v literatuře se tedy v týmu HWK ukázaly jako splněné. Výsledky z výzkumného šetření se nezdají být příliš překvapivé, spíše potvrzují, že existence těchto prvků uvnitř týmu popsaných v literatuře, pomáhá v jeho fungování a popisuje konkrétní způsob fungování týmu v HWK.

Závěr: Interdisciplinární tým je v případě dobrého fungování velmi efektivním nástrojem k dosahování cíle. Z výsledků můžeme říci, že sestavení týmů je téměř shodné s týmy v ČR a role jednotlivých členů se také příliš neliší.

Klíčová slova

hospic, tým, paliativní péče, řízení, spolupráce

¹ Katedra křesťanské sociální práce, Cyrilometodějská teologická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

Abstract

Background: The article deals with the functioning of an interdisciplinary team at the Hospice of Western Kentucky in the USA.

Aim: The aim is to describe the functioning of this team in the hospice and its Hartford House facility.

Methods: The article presents the results of semi-structured interviews with selected team members. The interview focused on the scope of work and the role of team members, communication, team activities against burnout, conflict resolution, motivation, organizational management and essential elements in the functioning of the interdisciplinary team.

Results: The results of a research survey from the USA showed that an essential role in the functioning of the team is communication, cooperation, clear division of roles, independence of employees, a common goal and overall family atmosphere associated with good management of these teams.

Discussion: The criteria for functioning teamwork described in the literature thus proved to be met in the HWK team. The results of the research do not seem to be very surprising, but rather confirm that the existence of these elements within the team described in the literature, helps in its functioning and describes the specific way the team works in HWK. Conclusion: An interdisciplinary team is a handy tool for achieving a goal if it works well. We can say that the composition of the teams is almost identical to the teams in the Czech Republic, and the roles of individual members also do not differ much.

Keywords

hospice, team, palliative care, management, cooperation

ÚVOD

Hospice of Western Kentucky (dále jen HWK) byl založen v roce 1978 ve městě Owensboro. Stejně jako mnohé jiné hospice v USA, se také tento vyvinul původně z dobrovolnické organizace v profesionálního poskytovatele hospicové a paliativní péče.

HWK je nezisková organizace certifikovaná pojištěním Medicare a Medicaid. Je členem National Hospice and Palliative Care Organization, Kentucky Hospice and Palliative Care a Kentucky Hospice Network. Nyní má hospic kolem 90 zaměstnanců a 160 dobrovolníků, kteří denně pečují o 90 až 130 klientů (Hospice of Western Kentucky, About us, 2019).

Posláním HWK je pomocí týmového přístupu poskytovat klientům kvalitní zdravotní, emocionální, sociální a spirituální péči na konci jejich života (Hospice of Western Kentucky, nedatováno, s. 1).

V USA se interdisciplinární tým (v hospici v USA jsme se častěji setkávali s pojmem interdisciplinární tým, interdisciplinární setkání, nicméně za oběma výrazy (jak

multidisciplinárním, tak interdisciplinárním týmem) se skrýval téměř totožný význam) obvykle skládá z pacientova lékaře, lékaře hospice nebo primáře hospice (jedná se o překlad z anglického „medical director“), všeobecných sester, pečovatelů, sociálních pracovníků, poradců pro pozůstalé, duchovního nebo spirituálního poradce, dobrovolníků, kteří prošli tréninkem a popřípadě dalších terapeutů (National Hospice and Palliative Care Organization, About Us, 2019). HWK využívá tzv. team approach, tedy týmový přístup. Je to model, který zahrnuje různé profesionály s různými znalostmi a dovednostmi, které se vzájemně doplňují a společně směřují ke stejnému cíli (Duncan, Vivanti, 2019).

V hospici je primářka, která dohlíží na lékařskou péči o všechny pacienty s výjimkou těch, kteří si ponechali svého dosavadního lékaře (je lékařkou asi třetiny pacientů celého hospice). Primářka a další lékaři hospice koordinují péči o klienta a jsou zodpovědní za zmírňování symptomů a řešení terminálního onemocnění klienta (Hospice of Western Kentucky, Hospice Care, 2019).

Dalšími členy týmů jsou všeobecné sestry. Všeobecná sestra v týmu koordinuje ošetrovatelskou péči o klienta a je základní složkou každého týmu. Řeší zdravotní problémy klienta (zvládání bolesti, nežádoucí účinky lékové terapie apod.), učí pečující osoby, jak o své blízké pečovat, ujišťuje se o tom, zda má klient k dispozici všechny zdravotnické pomůcky a materiál. Celkově pomáhá klientům a rodinám lépe rozumět průběhu onemocnění a vytvářet rozhodnutí.

V celém hospici (včetně služby Heartford House) jsou tři sociální pracovníci a spirituální poradci. Každý z nich tedy patří do několika týmů zároveň. V praxi to vypadá například tak, že jedna sociální pracovnice pracuje spolu s jedním spirituálním poradcem ve třech týmech, tedy se třemi všeobecnými sestrami. Je to dáno tím, že sociálních pracovníků a spirituálních poradců není potřeba v takové míře jako všeobecných sester.

Sociální pracovník poskytuje klientovi a rodině emocionální podporu, poradenství a podporu při zvládání stresu spojeného s onemocněním. Vyhledává zdroje komunity, které klientovi mohou pomoci, asistuje při plánování pohřbu, umístění do ošetrovatelského domu, Heartford House atp. Nabízí informace o poslední vůli, či určení náhradní osoby rozhodující o zdravotních otázkách v době, kdy klient již nemůže činit rozhodnutí.

Spirituální poradce se věnuje poradenství v oblasti spirituálních potřeb pacienta a rodiny, zprostředkovává návštěvy kněze, asistuje při plánování pohřbu či vzpomínkových akcí a zprostředkovává spirituální péči i celému týmu (Hospice of Western Kentucky, Hospice Care, 2019).

Kromě devíti týmů poskytujících domácí péči, je ještě jeden tým ve službě Heartford House, kde je – vzhledem k tomu že jde o službu pobytovou – několik dalších všeobecných sester, pečovatelek a kde zároveň dochází sociální pracovníci, spirituální poradci i primářka hospice poskytovat své služby klientům podle toho, jak je potřeba. Týmy se tedy do určité míry prolínají a jsou si vzájemně otevřené, aby co nejlépe odpovídaly potřebám klientů.

Existuje také tzv. admission team, což je tým mající na starosti přijetí klientů do hospice, zjištění, zda do této služby patří, první návštěvy, předání prvních informací a dokumentaci spojenou s přijetím klienta. Nalezneme tam také paliativní tým oddělený od týmů hospice,

složený především ze všeobecných sester. Ten poskytuje péči klientům nacházejícím se v paliativním programu. Všechny tyto týmy spolu úzce spolupracují, předávají si informace a v případě potřeby si vypomáhají.

Spolupráce všech osob patřících do týmu je naprosto nezbytná pro chod celé organizace.

CÍL PRÁCE

Cílem práce je popsat fungování interdisciplinárního týmu v HWK. Výběr popisu tohoto hospice byl ovlivněn několika faktory: a) hospic má dlouholeté zkušenosti s poskytováním hospicové péče od roku 1978, b) jedna z autorek tohoto příspěvku měla možnost realizovat dvouměsíční stáž v tomto zařízení a vést rozhovory s jednotlivými pracovníky, c) hospic má několik dobře fungujících týmů, v příspěvku popisujeme zkušenosti jednotlivých členů těchto týmů v kontextu poskytovaných hospicových služeb v USA.

METODIKA

Fungující tým je stěžejní pro naplňování myšlenky hospicové péče a celkově je velice přínosný pro organizaci. Výzkumné šetření probíhalo v rámci stáže jedné spoluautorky v měsících říjen až prosinec 2018 s pracovníky hospice. Cílem šetření bylo popsat fungování interdisciplinárního týmu v HWK v mobilním hospici a jeho zařízení Heartford House, tedy zodpovědět na výzkumnou otázku „*Jak funguje interdisciplinární tým v HWK a jeho zařízení Heartford House?*“ Dílčími cíli šetření bylo: zjistit náplň práce jednotlivých členů týmů; popsat organizační řízení týmů a komunikační strategie jednotlivých členů týmů; identifikovat specifické znaky hospicového týmu; zaznamenat copingové strategie zvládání stresu a prevence syndromu vyhoření; určit, jakým způsobem řeší tým problémy či konflikty a co je pro fungující týmovou práci důležité. V návaznosti na hlavní výzkumnou otázku jsme si vytýčili tyto dílčí výzkumné otázky: Co je náplň práce jednotlivých členů týmu?; Jakým způsobem probíhá komunikace v týmu?; Jak obvykle probíhá pracovní den členů týmu?; Jaké existují aktivity týmu bránící syndromu vyhoření?; Jakým způsobem se v týmu řeší problémy či konflikty?; Co pokládají členové týmu za důležité pro fungující týmovou práci?

Pro účely výzkumného šetření byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, technika řízeného polostrukturovaného rozhovoru. V rámci scénáře rozhovoru jsme se zaměřili na oblast náplně práce a roli členů týmu, komunikaci, aktivity týmu zaměřené proti syndromu vyhoření, řešení konfliktů, motivaci, řízení organizace a důležité prvky ve fungování interdisciplinárního týmu.

Popis výzkumného souboru

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem sedm participantů – tři sociální pracovníce, dvě všeobecné sestry, jeden spirituální poradce a jedna lékařka (primářka hospice).

Výzkumný soubor jsme vybrali pomocí metody stratifikovaného účelového výběru.

Kritérium výběru byla pracovní pozice participantů v týmu. Z každé profese (sociální pracovník, všeobecná sestra, spirituální poradce, lékař) jsme vybrali minimálně jednoho participanta z různých týmů hospice (včetně dvou participantů pracujících v týmu specializovaného zařízení Heartford House).

Způsob zpracování dat

Rozhovory se členy IDT, nahrané na diktafon jsme zpracovali pomocí doslovné transkripce. Takto vytvořené transkripce jsme vložili do počítačového programu MAXQDA, který umožňuje jeho další zpracování. Pro toto výzkumné šetření jsme se rozhodli data dále analyzovat pomocí otevřeného kódování. V programu MAXQDA jsme vytvořili síť hlavních kódů a subkódů. Mezi hlavní kódy patřily: náplň práce členů týmu; organizační řízení týmu; znaky týmu HWK; řešení konfliktů; pocit respektu; komunikace v týmu; aktivity proti syndromu vyhoření; důležité prvky pro IDT.

Hlavní kódy představují důležitá témata, jimž se participanti během rozhovoru věnovali, a subkódy označují jejich konkrétní poznatky a názory.

Etické aspekty výzkumného šetření

Před zahájením výzkumného šetření jsme si vyžádali souhlas HWK s prováděním výzkumného šetření. Rozhovory jsme vedli pouze s participanty, kteří s účastí na výzkumném šetření souhlasili. Před zahájením rozhovoru podepsali informovaný souhlas, který byl přeložen do angličtiny a obsahoval cíl výzkumu, výzkumnou metodu, práva a povinnosti participanta a informace o ochraně osobních údajů. Také participantům bylo sděleno, že mohou kdykoli odmítnout spolupráci či ukončit rozhovor bez udání důvodů. Rozhovor jsme nahrávali na diktafon, o kterém byli účastníci výzkumného šetření informováni. V prezentaci výsledků neuvádíme jména účastníků, ale uvádíme jejich profesi. Participantů jsou tedy označeni jako sociální pracovníce, všeobecné sestry, spirituální poradce a lékařka.

VÝSLEDKY

Výsledky prezentují výpovědi z rozhovorů. V tamním hospici pracuje několik týmů a (jak bylo dříve vysvětleno) někteří pracovníci patří zároveň do několika týmů. Jsou to týmy mobilní specializované hospicové služby a jeden tým pracující v zařízení Heartford House. Výsledky výzkumného šetření nejsou rozděleny zvlášť na tým v zařízení Heartford House a HWK, a to z důvodu prolínání se těchto týmů, a tedy v podstatě totožného fungování. Rozhovory jsme vedli s pracovníky obou těchto týmů.

Náplň práce členů týmu

Jedna z otázek, které jsme při rozhovorech kladli, se týkala náplně práce participantů a jejich zodpovědnosti v rámci týmu. Náplň práce sociálních pracovníků byla především emoční podpora a pomoc se situací, v níž se klient a jeho rodina ocitli. Sociální pracovníci vykonávají poradenskou činnost, zprostředkovávají možné zdroje pomoci,

poskytují informace spojené s finančními otázkami a s pojištěním Medicare. Pomáhají také s vyřizováním dokumentů jako je living will (Institut dříve vysloveného přání), Do not resuscitate (DNR) atp. Také asistují při zařizování pohřbu. V případě, že má klient specifické přání nebo nedořešené záležitosti před smrtí (např. chce se setkat se synem), je sociální pracovník ten, který se snaží pomoci tyto přání splnit. Sociální pracovníce musí klienta navštívit během prvních pěti dnů po jeho přijetí a poté minimálně jednou měsíčně.

Sestra navštěvuje klienty hned následující den po jejich přijetí do hospice a poté minimálně jednou týdně. Klienti se tedy spolu se všeobecnými sestrami a pečovatelkami, které docházejí i dvakrát týdně pomoci s hygienou, setkávají nejčastěji. Poskytují ošetřovatelskou péči.

Spirituální poradce uspokojuje spirituální potřeby klienta. Hovoří s ním o strachu ze smrti a o víře, celkově klienta povzbuzuje.

Primářka hospice je zodpovědná za zdravotnickou péči o pacienty. Dává souhlas s přijetím klienta do hospice a posuzuje, zda jeho stav vyžaduje hospicovou péči. Kvůli benefitům pojištění Medicare provádí každých devadesát dní šetření u klienta, kde zjišťuje, zda stále splňuje podmínky pro hospic. Je lékařkou asi třetiny pacientů celého hospice. Dále řeší problémové zdravotní situace u klientů, například pokud se symptomy nedaří držet pod kontrolou. V případě potřeby také konzultuje situaci s rodinou a klientem.

Je důležité také říct, že v určitém bodě se zodpovědnost jednotlivých členů týmů překrývá. Je to známka toho, že pracují jako tým. Sociální pracovníce někdy popisují rodině, s jakými známky umírání se mohou setkat, nebo všeobecné sestry například často poskytují emoční podporu klientům a rodině.

Organizační řízení týmů

V rámci týmu v hospici figurují tzv. supervizoři. V HWK jsou to dvě bývalé všeobecné sestry hospice. Ty mají za úkol supervidovat sociální pracovníce, pečovatelky a všeobecné sestry. Dohlíží na jejich práci, setkávají se s administrativními pracovníci hospice a podílejí se na řízení a změnách na základě podnětů týmů. Zjišťují aktuální podmínky pro poskytování hospicové péče a informují o nich členy týmu. Tým se na ně může obracet s nejasnostmi a mohou je požádat o pomoc. Spirituálními poradci v hospici dělá supervizora poradce pro pozůstalé. Přínos supervizorů popisuje sociální pracovníce takto: „Když potřebuji změnit svůj denní plán, potřebuji pauzu, nebo když potřebuji pomoci, tak oni (supervizoři) jsou ti, za kterými jdu. Můžu jim říct: potřebuji pomoc dalšího sociálního pracovníka, protože jsem unavená. Nebo jdu za nimi, když mám nějaké otázky.“ Nadřazený těmto supervizorům je klinický supervizor. Ten zodpovídá za práci supervizorů a spolupracuje s nimi.

V HWK je také hlavní výkonný ředitel (jde o překlad tzv. CEO, chief executive officer), který řídí hospic a zodpovídá se správni radě hospice.

Důležitou roli hraje také hlavní finanční ředitel (jde o překlad tzv. CFO, chief financial offices), kterému se pracovníci zodpovídají ve finančních otázkách. Často s ním zaměstnanci spolupracují, pokud se například snaží splnit klientovi přání, které vyžaduje nějaký finanční obnos.

V samotném týmu chybí psycholog. Tuto roli zastávají společně sociální pracovník, spirituální poradce a poradce pro pozůstalé.

V HWK pracuje také tým zdravotníků, jejichž úkolem je přijímání klientů. Jejich prací je v případě zájmu o služby hospice dojet za klientem, zhodnotit jeho zdravotní stav, zda je či není pro hospic vhodný, a získat souhlas lékařky pro přijetí. Tito zdravotníci (zpravidla všeobecné sestry) denně vyjíždějí za klienty, vysvětlují jim, co je to hospic, podepisují s nimi smlouvy a poskytují základní informace.

Znaky týmu v HWK

Z rozhovorů s participanty vyplynuly určité znaky, které charakterizují interdisciplinární tým v HWK. Jedním ze znaků je společný cíl pracovníků, díky němuž fungují jako tým. Lze to vyjádřit slovy, která sděluje jedna participantka: *„Stojíme vedle sebe, ale snažíme se dosáhnout stejného cíle“*.

Mnozí participanti též zdůrazňovali fakt, že je jejich tým flexibilní, tj. je schopen reagovat na nově vzniklé situace a přizpůsobit se jim. V případech, kdy někdo z daného týmu nemůže ke klientovi z nějakých důvodů dorazit, může jej zastoupit někdo z jiného týmu. Flexibilita se ukázala jako vlastnost nezbytná pro tým. Každé ráno se může ukázat, že den proběhne úplně jinak, než bylo v plánu. Tým vždy vychází z potřeb klienta.

Mnohdy se také stává, že jeden pracovník má spoustu práce, protože jej najednou potřebuje více klientů a situaci sám nezvládá. V takovýchto případech mu často pomáhají pracovníci z jiných týmů, kteří nemají zrovna tolik práce. Mluvíme o vzájemné spolupráci a zastupitelnosti.

Členové týmu často jezdí ke klientovi společně. Například všeobecná sestra se sociálním pracovníkem, nebo spirituálním poradcem. Bývá to v případech, kdy buďto potřebují oba s klientem něco řešit, nebo když potřebuje jeden z nich podporu vzhledem k situaci klienta. Některé týmy také navštívily nového klienta vždy společně jako jeden tým, aby se takto všichni představili klientovi a rodině.

Jako velice silný znak týmu v tomto hospici se ukázala rodinná atmosféra. Tu bylo možné pocítit, kdykoli byl tým pohromadě. Projevovala se především humorem členů týmu, drobnými aktivitami v rámci kanceláře, kdy se tu a tam na něčem stole objevilo něco hezkého, nebo legračního. Členové týmu si byli vzájemně oporou. Tato atmosféra vládla i při návštěvách klientů, klient a jeho rodina byli považováni za součást této velké rodiny. Participanti rodinnou atmosféru popisují takto: *„Máme tady skvělou týmovou atmosféru. Jsme jako rodina, rádi se navzájem škádlíme. Myslím si, že to je to, co vytváří naše klidné prostředí. A spolupracujeme díky tomu dobře. Je to opravdu mimořádné“* nebo *„Někdy pořádáme společné jídlo, jako vánoční večírek, a vždy se sejdem a jsme jako jedna velká rodina. Zní to šíleně, ale mám dojem, že každý z nás je součástí jedné velké rodiny. Mám to ráda.“*

Mnozí pracovníci spolu mají velmi dobré vztahy i mimo práci. Setkávají se na společné večeři, navštěvují se a jezdí spolu na rodinné výlety. Někteří chodí do stejné církve, takže se pravidelně potkávají.

Pracovníci mají též silnou motivaci pro práci v této oblasti. Někteří z nich si práci v hospici sami nevybrali, ale jakmile tam začali pracovat, poznali, že je to jejich poslání a pociťovali naplnění. Jejich motivací je často poskytnout co největší komfort klientovi ve fázi umírání, o čemž svědčí výrok jednoho participanta: *„Tak, aby bylo umírání stejně krásné jako zrození.“*

Řešení konfliktů

Týmy v HWK se vyznačují zralostí v řešení konfliktů. Hospic celkově vytváří prostředí, kde fungují nezávislé pracovní týmy, které jsou schopné tyto věci samostatně řešit. Překvapivý fakt, se kterým jsme se v rozhovorech setkali, bylo tvrzení všech participantů, že se v týmu s většími konflikty nikdy nesetkali. Pokud se přece jenom s někým nepohodli, řešili to většinou tím, že nad vzniklou situací přemýšleli a snažili se pochopit toho, s kým měli problém, nebo tento problém otevřeně řešili s daným člověkem. Všichni participanté vnímali velkou potřebu dohodnout se, protože všem šlo na prvním místě o klienta a jeho komfort.

Za prevenci konfliktů považovali participanté především otevřenost, schopnost uznat vlastní chybu, schopnost přiznat si, že nejsou odborníky na všechno a to, že druhý může mít pravdu: *„Myslím, že jsme docela otevřená skupina lidí, která je schopná prostě vyjádřit své znepokojení. Můžu jít k nějakému členu mého týmu a zeptat se, kde je problém. Když vidím, že to nejde, můžu jít za svým supervizorem.“* Také se objevoval názor, že je důležitá sebereflexe a čestnost. Kdyby vznikl problém, který žádná strana není schopna řešit, mají zaměstnanci možnost zúčastnit se intervize.

Mnozí participanté též referovali o tom, že je v této oblasti práce důležité se respektovat a být schopni se dohodnout, odhodit svou pýchu a ambice proto, aby společně poskytovali dobrou péči klientům. Opět se tedy ukázala myšlenka společného cíle, silně zakořeněná ve členech týmu.

Pocit respektu

Všichni participanté řekli, že se cítí v týmu respektováni a nezbytní pro tým. Někteří to potvrdili i zkušeností z minulosti, kdy nebylo dostatek pracovníků v dané oblasti. Každý člen týmu si je vědom důležitosti své profese i ostatních profesí. Jsou si vědomi toho, že mají své jedinečné schopnosti, ale nestačí na všechno, a je tedy potřeba týmové práce. Členové týmu mají pocit, že jsou si všichni rovni, a tato myšlenka je potvrzována chováním a vzájemnými vztahy všech osob pracujících v hospici. Jeden z participantů vzájemný respekt v týmu popisuje následovně: *„My všichni máme své vlastní dary, které používáme. Je tady opravdu dobrá blízká rodinná atmosféra se spoustou lásky a respektu k druhým. Jsme velmi různorodí a je to tak hezké, když se potkáme a dáme ty odlišnosti dohromady, abychom vytvořili jeden tým.“*

Způsob komunikace

Jedna z otázek kladených participantům byla, jakým způsobem si předávají informace a vzájemně komunikují. Převažujícím nástrojem komunikace bylo telefonování, kterým se sdělovaly především aktuální otázky, které bylo potřeba promptně řešit. Záznamy o klientech provádějí pracovníci v informačním systému. Důležité informace se rovněž sdělovaly mailem. Někteří participanté preferují přímou komunikaci, kdy je menší pravděpodobnost, že dojde k nedorozumění.

Tým se setkává každé ráno na tzv. „huddle“ (shromáždění), kdy se všechny týmy setkají v budově hospice a debatují spolu o potřebách klientů a novinkách. V jednotlivých týmech poté proberou, koho musí navštívit a domluví se, zda pojedou k někomu společně. Tímto

způsobem si naplánují den a vzájemně si předají informace. Mimo tato ranní setkání se tým potká každých čtrnáct dní ve čtvrtek na setkání interdisciplinárního týmu (překlad z IDT – interdisciplinary team meeting) společně s lékařkou hospice. V tyto čtvrtky se probírají všichni klienti, jejich zdravotní stav a aktuální problémy. Všeobecné sestry shrnou zdravotní stav klienta a ostatní členové týmu poté mohou přidávat další informace. Toto setkání slouží především k tomu, aby se celý tým sjednotil v péči o klienta a znal jeho aktuální situaci. Interdisciplinárních týmových setkání se účastní i koordinátorka dobrovolníků, poradce pro pozůstalé, pečovatelky a některé administrativní pracovnice hospice. Ve středu (v týdnech, kdy neprobíhají setkání s lékařkou), se konají tzv. IDG – interdisciplinary group a jejím cílem je sdílení informací o klientech.

Aktivity proti syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření může snadno narušit dobrou spolupráci v týmu, je proto důležité, aby organizace zamezovala jeho vzniku, a také aby s ním členové týmu uměli bojovat. Participantů často mluvili o aktivitách, které HWK pro své zaměstnance organizuje. Bývají to společná tradiční setkání pořádána asi jednou za tři měsíce, kde je vždy dobré občerstvení, volná zábava a možnost účastnit se menší aktivity v podobě kvízu atd. Příkladem může být Halloween večírek. Týmy také jednou za čas před prací pořádají společně snídaně v nějaké z restaurací ve městě. Každé pondělí ráno se týmy v budově hospice sejdou o něco dříve, aby zavzpomínaly na klienty, kteří během minulého týdne zemřeli, a také se za ně pomodlili.

Významným pomocníkem v boji proti syndromu vyhoření týmu je humor, který je v HWK hojně využíván, jak uvádí participant: „*Myslím si, že protože mám dobrý smysl pro humor, i když je to trochu černý humor, tak se tady hodně smějeme. Lidé jsou překvapeni tím, že jsme tak šťastní.*“ S humorem jako faktorem ovlivňujícím regeneraci pracovníků hospiců se setkáváme i v publikaci Rozvoj hospicové a paliativní péče (Tomeš, 2015, s. 81).

Co se týče individuálního zvládání pracovního stresu, participantů často mluvili o tom, že mnohdy po prožití těžkého okamžiku potřebují jen chvíli času, aby si utříbili myšlenky. Hospic jim v takovýchto chvílích byl schopen poskytnout pár dní volna, nebo chvíli na odpočinek. Odpočinek je jedním z nejlepších prostředků proti stresu, je i důležitou prevencí proti nahromadění vlivů z přepracování, starostí, zodpovědnosti a všech ostatních mentálních a fyzických činností, které pracovníci hospiců mají. Členové týmu často v těžkých chvílích nacházejí oporu u svých spolupracovníků, se kterými si mohou promluvit a kteří jim poskytnou oporu. Pracovníci také mohou využít péči poradce pro pozůstalé, který jim nabízí oporu.

Participantů také předcházejí syndromu vyhoření vlastními zálibami, kterým se věnují mimo práci. Někomu pomáhá hudba, jinému zahradničení, cvičení nebo práce na farmě. Očekává se, že pracovníci dokážou oddělovat svůj profesní život od soukromého. Většina participantů uvedla, že jim velmi pomáhá osobní modlitba a víra v Boha: „*Moje víra má hodně co dělat s tím, jak se vypořádávám s problémy. Já věřím v Boha, věřím, že modlitba je velká věc, která pomáhá se přes to přenést. Pak si myslím, že pomáhá mluvit s někým, komu opravdu věříš. Je tady několik takových lidí v hospici. Jsou to velmi silní lidé a rozumí tomu, čím si procházím a já rozumím tomu, čím si prochází oni.*“

Důležité prvky pro fungující IDT

Participantům byla položena otázka, co považují ve svém týmu za důležité pro to, aby dobře fungoval. Častými odpověďmi byla schopnost spolupracovat. Pracovníci považovali za důležité umět dělat kompromisy. To vyžaduje určité osobnostní předpoklady. Překážkou mohou být přílišné ambice a sobeckost.

Mnozí participanté považovali za důležité „nechat členy týmu dělat svou práci“, a to především tak, aby nebyli neustále někým kontrolováni, zda svou práci dělají dobře. Jednoduše jde o vědomí samostatnosti a zodpovědnosti členů týmu. Dalším často zmiňovaným prvkem fungujícího týmu byla diverzita disciplín v týmu. Všichni participanté pochopitelně považují multidisciplinaritu za nedílnou součást týmu v hospici.

V neposlední řadě participanté označili za důležité také mít společné poslání. Tím posláním má být především skvělá péče o klienta v závěru jeho života, zaměřená na kvalitu a komfort, jak uvádí participant: *„Všichni bychom měli být řízeni společným posláním. Je důležité, aby lidé odcházel v pokoji a v lásce, protože je to o lásce a mnozí lidé o tom nemluví. Je to přirozená součást života, takže pomáhat, aby se nebáli.“*

Pro dobrou spolupráci v týmu je podle participantů důležitá možnost nalézt oporu u spolupracovníků a starost o sebe navzájem. Důležitou roli hraje osobnost pracovníka, schopnost se dohodnout a společný cíl.

Řízení týmu by mělo být podle participantů pevné, tak aby byly nastaveny potřebné hranice a jistota v tom, v jaké situaci se, na koho obrátit a podobně. Také by však mělo dávat potřebnou svobodu týmům tak, aby pracovníci dokázali reagovat na aktuální potřeby klientů.

Nejčastějšími potřebami pro správné fungování v začínajícím týmu je nastavení pravidel a rolí jednotlivých členů, sehnání nezbytných profesionálů a vyřešení finančních otázek. Během práce se tým může setkat s nedostatečnou otevřeností a vzájemnou nedůvěrou členů týmu. Spolupráci v týmu zlepšuje společný cíl, schopnost se dohodnout, vzájemná opora členů týmu, možnost se na sebe spolehnout a pevné a zároveň otevřené řízení.

DISKUSE

Zde prezentujeme závěry výzkumného šetření a konfrontujeme je s dostupnou literaturou. Uvádíme zde rovněž vybrané bariéry a možnosti spolupráce interdisciplinárního týmu v České republice, které jsme získali rozhovory se 2 participanty, kteří pracují ve vznikajících českých mobilních hospicích (Šamajová, 2019, s. 49–50). Ve výsledcích výzkumného šetření z USA se ukázalo, že významnou roli ve fungování tamního týmu je komunikace, spolupráce, jasné rozdělení rolí, samostatnost pracovníků, společný cíl a celkově rodinná atmosféra spojená s dobrým řízením těchto týmů. Participanté z českých hospiců potvrzují, že pro dobrou spolupráci v týmu je důležité mít podporu u spolupracovníků a společný cíl.

V literatuře zabývající se hospicem je možné nalézt kratší části zabývající se IDT v hospici. V těchto částech se lze dozvědět, že tým si potřebuje nastavit jasný cíl a principy, které mají naplňovat všichni členové týmu (Jankovský, 2015, s. 8), dále rozdělení rolí tak, aby

každý z týmu věděl, kdo co dělá a odkazoval na něj, s tím, že v IDT v hospici by neměl chybět lékař, všeobecná sestra, sociální pracovník a další členové jako je psycholog a duchovní (Sláma, Špinková, Kabelka, 2019). Výjimku tvoří psycholog, který v HWK chybí, jeho roli zastávají společně sociální pracovník, spirituální poradce a poradce pro pozůstalé. Participantů uvádí, že nejdůležitější a v českých podmínkách aktuálně i nejtěžší je personální obsazení týmu (zejména lékaře a všeobecné sestry). Rovněž potvrzují, že zásadním bodem pro budování týmu je správné rozdělení rolí a kompetencí a celkové přijetí nastaveného modelu spolupráce všemi členy týmu. Pacient a rodina by měli být též součástí týmu a pozornost celého týmu by měla směřovat na ně (National Hospice and Palliative Care Organization, Facts and Figures, 2019). V týmu by měla být pozornost věnována také řešení konfliktů, vzájemné vztahy mezi podřízenými i nadřízenými by měly být plné respektu a všímavosti. Členové týmu by měli mít možnost vyjadřovat své názory (Parkes, 2007, s. 41). Je také důležité, aby v týmu existovala partnerská komunikace, spojená s dobrým vedením dokumentace a častými schůzkami IDT (Marková, 2010, s. 36). Kromě spolupráce pracovníků jsou také velmi důležité takové vztahy, které poskytují podporu a pochopení. Vedoucí by měli dbát na to, aby tým nebyl přetěžován a v případě nutnosti ponechat členům týmu chvíli volna, aby nedošlo k syndromu vyhoření. Vedoucí by též měl poskytovat možnost supervize, teambuildingu a podobných aktivit (Parkes, 2007, s. 31–35). U hospicových týmů jsou důležitá pevně stanovená pravidla poskytované péče. Současně je však důležitá určitá „svoboda“ týmu, aby pracovníci dokázali reagovat na aktuální potřeby klientů. Tuto zkušenost uvádí participant z českého prostředí.

Neexistuje velké množství tuzemských výzkumů, které by se zabývaly fungováním interdisciplinárního týmu přímo v hospici. V zahraniční literatuře je možné nalézt větší množství takových titulů, například z výzkumu zabývajícím se úspěšnou spoluprací interdisciplinárního paliativního týmu (Jünger, 2007, s. 351) vyšlo, že pro dobré fungování týmu je důležitá pracovní atmosféra, jasně stanovené rozdělení rolí a postupů. K výkonu též přispívá optimistický přístup, identifikace s cíli a pracovní angažovanost pracovníků spojená s otevřeností a flexibilitou.

Všechny tyto prvky se objevují v IDT v HWK. Participantů často zmiňovali dobrou pracovní atmosféru, otevřenost a optimistický přístup. V celé organizaci byly tyto prvky patrné již po krátké době v ní strávené. Optimistický přístup se objevoval i v některých momentech během rozhovoru formou vtipných poznámek. Humor byl v týmech HWK velmi silným povzbuzujícím faktorem.

V literatuře zabývajícím se managementem týmu je popsáno, že je řízen samotnými členy, kteří jsou si rovni a funguje mezi nimi důvěra a zpětná vazba (Belbin, 2013; Krüger, 2004; Meier, 2009). V týmu má každý své individuální schopnosti, se kterými může přispět. V organizaci by také neměla chybět neustálá snaha o rozvoj a zlepšení, protože to přispívá k fungování týmu (Hayes, 2005, s. 25–26). Participantů z našeho výzkumu v českých podmínkách uvádí, že mezi největší bariéry dobré spolupráce v týmu patří uzavřenost a malá důvěra. Přičemž schopnost otevřít se je velmi důležitá pro to, aby se tým dokázal vzájemně podpořit, jak sděluje participant: *„Bojíme se dát najevo emoce, jak co vnímáme, co nás rozčilí, co nás rozpláče, co nás rozesměje. Vnímám to jako specifikum českého zdravotnictví, vnímala jsem to tam, kde jsem pracovala předtím. Takže se prostě*

neotevřeme tak nějak do hloubky. V tomhle vnímám potřebu té otevřenosti, nehrát si na hrdinu, vyslovit to, že z toho mám strach a přijmout nabídnutou oporu. Na tom musíme pracovat.“

Kritéria pro fungující týmovou práci popsané v literatuře se tedy v týmu HWK ukázaly jako splněné. Výsledky z výzkumného šetření se nezdají být příliš překvapivé, spíše potvrzují, že existence těchto prvků uvnitř týmu popsaných v literatuře, pomáhá v jeho fungování a popisuje konkrétní způsob fungování týmu v HWK. V rozhovorech se často objevovaly zmínky o tom, jak týmy pracovaly kdysi a jak se to nyní zlepšilo. Vypovídá to o neustálém rozvoji celého hospice. Jako poněkud překvapivý fakt plynoucí z rozhovorů je velice silný pocit sounáležitosti pracovníků s hospicem a také to, že pracovníci mají mezi sebou osoby, se kterými mohou důvěrně probrat své pocity a problémy, cítí-li se jimi přehlčeni. Tato pomoc členů týmů jim velice pomáhá ve zvládání různých situací. Je možné, že tento fakt přispívá k vytváření oné „rodinné atmosféry“, pro kterou participanti v rozhovorech někdy nedokázali najít slova a která je mnohdy velmi dojemná. Z tohoto výzkumného šetření se také ukázal jako klíčový výběr pracovníků do hospice, kdy každý pracovník musel splňovat mnohé osobnostní předpoklady pro to, aby v hospici mohl pracovat. Díky pečlivému výběru pracovníků se předcházelo vzniku různých konfliktů a dařilo se vytvářet dobré vztahy. Specifický způsob řízení napomáhá celému týmu i hospici poskytovat kvalitní péči.

Limity výzkumného šetření

Z tohoto výzkumného šetření vyplynulo, že dobré fungování IDT je velice podstatnou součástí poskytování hospicové a paliativní péče. Slabinou tohoto výzkumného šetření může být jeho příliš široké zaměření. Ve fungování týmu hraje roli velké množství aspektů z různých oborů, například psychologie, manažerství, personalistiky a dalších. Toto výzkumné šetření tedy poskytuje jakýsi neúplný průřez těmito oblastmi, které v týmu působí, avšak na kterém se dá vybudovat dobře fungující tým. V rámci výzkumného šetření jsme zachytili prvky, na kterých je postavená dobrá spolupráce týmů v HWK. Určitou roli během získávání a zpracování dat určitě hrála jazyková a kulturní bariéra.

I přes výše uvedené limity nám kromě výzkumných zkušeností přinesl výzkum mnohé detailní poznatky o fungování interdisciplinárního týmu v USA a podněty pro expertizu v České republice.

ZÁVĚR

HWK patří mezi velké organizace. Jeho fungování je sice poměrně komplikované, nicméně systematické a poskytované služby jsou uzpůsobeny tak, aby co nejlépe reagovaly na potřeby klientů. Všichni členové IDT týmů mezi sebou úzce spolupracují. V tomto hospici funguje tzv. admission team, který podává žadatelům o hospic informace, provádí základní edukaci, zjišťuje a posuzuje, zda klient služby hospice potřebuje. V České republice tyto činnosti obvykle vykonává sociální pracovník, který je touto administrativou často zahlcen. Velký důraz kladl management hospice HWK na pravidelná setkání IDT

týmů, kterých se zúčastnili všichni členové týmu (včetně pečovatелů, dobrovolníků a administrativních pracovníků). I v mnoha českých hospicích se tak děje. Členové IDT týmů navštěvovali své klienty velmi často společně (např. všeobecná sestra, spirituální pracovník a sociální pracovník), čímž byla zajištěna provázanost jednotlivých služeb a vytvořil se tím větší prostor pro péči o klienta a o rodinu. To považujeme za podnětné i pro české hospice, neboť většina služeb se klientům poskytuje odděleně. Zajímavostí je, že v týmu HWK chyběl psycholog, jeho roli z velké části zastával poradce pro pozůstalé, sociální pracovník nebo spirituální poradce. V České republice přibývá poradců pro pozůstalé, kteří se stávají členy hospicového týmu (a třeba současně vykonávají funkci psychologa, sociálního pracovníka či duchovního).

Interdisciplinární tým je v případě dobrého fungování velmi efektivním nástrojem k dosahování cíle. Z výsledků můžeme říci, že sestavení týmů je téměř shodné s týmy v ČR a role jednotlivých členů se také příliš neliší. Na závěr uvádíme doporučení pro management hospiců vztahující se k podpoře interdisciplinární spolupráce a fungování pracovníků v hospicích:

- Interdisciplinární spolupráce je jedna z hlavních charakteristik hospicové péče a existují jasné důkazy, že tato spolupráce je pro pacienty výhodná (Doporučení Rady ministrů Rady Evropy pro členské státy týkající se organizace paliativní péče 2003, 2004). Doporučujeme nadále podporovat tuto spolupráci v rámci managementu týmu. Každý jednotlivý člen by za svou práci měl být schopen převzít zodpovědnost. Vedoucí týmu by měl být pro členy týmu oporou a umět tým vést správným směrem.
- Složení týmu v hospicích je poměrně ustálené, do týmu jsou zařazeni zejména lékaři, všeobecné sestry, sociální pracovníci, psychologové a duchovní/spirituální poradci, poradce pro pozůstalé, dobrovolníci apod. Klade se důraz na jejich odbornost a celoživotní vzdělávání. Péče o pacienty s nevléčitelnými nemocemi a jejich blízké vyžaduje od pracovníků rovněž osobnostní předpoklady. Považujeme za důležité u uchazečů mimo splnění profesních a dalších požadavků zjišťovat také jejich postoje ke smrti a vlastní smrtelnosti (Tomeš, 2015, s. 60).
- Péče o zaměstnance a týmy hospiců s cílem zajistit spokojenost zaměstnanců, adekvátní pracovní podmínky a nízkou fluktuaci je nezbytná. Doporučujeme systematickou podporu zaměstnanců hospice a vytvoření optimálních podmínek pro hospicové pracovníky, kde by bylo zejména přihlédnuto k jejich fyzické a psychické zátěži a emocionálním výzvám, kterým zaměstnanci hospiců neustále čelí (Tomeš, 2015, s. 60).
- Intervize a supervize vytváří podmínky pro reflektování postojů, pocitů, hodnot a pracovních postupů jednotlivých zaměstnanců. Reflexe vlastní práce v hospicích je velmi důležitá a klíčová. Doporučujeme různé formy supervize a intervize členů týmu podle aktuálních potřeb pracovníků.

Závěrem se domníváme, že dobře fungující interdisciplinární tým je takový, který je schopen naplňovat všechny potřeby svých klientů.

Poděkování

Teoretická východiska a výzkum byl zpracován v rámci bakalářské práce: Anna ŠAMAJOVÁ, *Fungování multidisciplinárního týmu hospice v USA (bakalářská práce)*.

Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. 62 s. Vedoucí práce Zlatica Dorková, oponent práce Tatiana Matulayová.

Vznik tohoto článku byl podpořen specifickým vysokoškolským výzkumným projektem IGA Univerzity Palackého v Olomouci, č. IGA_CMTF_2019_007.

Literatura

BELBIN, R. M. *Nové obzory týmů*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2013. ISBN 978-80-7357-893-0.

Doporučení Rady ministrů Rady Evropy pro členské státy týkající se organizace paliativní péče 2003. Praha: Cesta domů, 2004.

DUNCAN, E., VIVANTI, G. Team Approach. In VOLKMAR, F. R. *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders*. Springer [online]. [cit. 14. 2. 2019]. Dostupné z: https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4419-1698-3_193.

HAYES, N. *Psychologie týmové práce: strategie efektivního vedení týmů*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-983-6.

HOSPICE OF WESTERN KENTUCKY. *About us* [online]. [cit. 13. 2. 2019]. Dostupné z: https://www.hospiceofwky.org/about_us.html.

HOSPICE OF WESTERN KENTUCKY. *Hospice care* [online]. [cit. 13. 12. 2019]. Dostupné z: https://hospiceofwky.org/hospice_care.html.

Hospice of Western Kentucky. In *Hospice Admission Booklet*, (nedatováno), s. 1. In: JANKOVSKÝ, J. Multidisciplinární tým z hlediska sociálního pracovníka. In: *Sešit sociální práce*. Praha: MPSV, 2015, č. 3, s. 8. ISBN 978-80-7421-088-4.

JÜNGER, S. et al. Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. Department of palliative medicine. *Paliative Medicine*. 2007, roč. 21, č. 4, s. 351. ISSN 0269-2163. DOI: 10.1177/0269216307078505.

KRÜGER, W. *Vedení týmů: jak sestavit, organizovat a povzbuzovat pracovní tým*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0780-2.

MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.

MEIER, R. *Úspěšná práce s týmem: 25 pravidel pro vedoucí týmu a členy týmu*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2308-2.

NATIONAL HOSPICE AND PALLIATIVE CARE ORGANIZATION, NHPCO. *About Us* [online]. [cit. 13. 2. 2019]. Dostupné z: <https://www.nhpc.org/about-nhpc>.

NATIONAL HOSPICE AND PALLIATIVE CARE ORGANIZATION, NHPCO. *Facts and Figures* [online]. [cit. 13. 2. 2019]. Dostupné z: <https://www.nhpc.org/research>.

PARKES, C. M. et al. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-23-7.

SLÁMA, O., ŠPINKOVÁ, M., KABELKA, L. *Standardy paliativní péče* [online]. [cit. 15. 12. 2019]. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp-cspm_2013_def.pdf.

ŠAMAJOVÁ, A. *Fungování multidisciplinárního týmu hospice v USA*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2019. Vedoucí práce Z. DORKOVÁ.

TOMEŠ, I. et al. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.

Kontakt

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
Cyrilometodějská teologická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra křesťanské sociální práce
Univerzitní 22, 771 11 Olomouc
zlatica.dorkova@upol.cz

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

RECENZE KNIHY MANAGEMENT KVALITY A RIZIK PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Autor: Adam Žaludek

Praha: Grada Publishing, 1. vydání, 2020, 248 stran, ISBN 978-80-271-2275-2

Uvedená publikace přináší informace z oblasti managementu, kvality a rizik ve zdravotnictví, z oblasti bezpečného prostředí ve zdravotnictví a psychiatrie. Obsah publikace tvoří 9 nosných kapitol. První kapitola popisuje základní východiska managementu a část kapitoly se věnuje strategickému managementu, který je úzce spjatý s řízením kvality. Následující kapitoly jsou věnovány tématu kvalitě ve zdravotnictví a jejímu řízení. Autor zde stručně popisuje význam kvality ve zdravotnictví a její vnímání, dále legislativní východiska, včetně interního a externího hodnocení kvality a organizační kulturu. Jsou zde zmíněny organizace hodnotící kvalitu a bezpečí zdravotních služeb (JCAHO, SAK, ISO). Přehledně je zpracována kapitola indikátorů kvality, kde je ponechán prostor pro indikátory kvality v oblasti psychiatrie a opomenutá nezůstala ani problematika možností zlepšování kvality péče. Předposlední kapitola je věnována bezpečnému prostředí ve zdravotnictví, kde je pozornost soustředěná na bezpečnost pokojů pacientů, izolačních místností, chodeb a vyšetřoven, místnostem nepřístupným pacientům a denním místnostem. Kapitoly jsou prokládány péčí o duševní zdraví vztahující se k dané tematice. Poslední kapitola se soustředí na řízení klinických rizik v psychiatrii se zaměřením na sebevražedné a násilné jednání. Jako bonus ve výše zmíněné kapitole vnímám přehled nástrojů sloužících ke zhodnocení rizika v oblasti psychiatrie. Publikaci mohou využít studenti nelékařských oborů, kteří mají ve svém portfoliu nejen výuku



managementu, ale také problematiku psychiatrické péče. Dále najde kniha své uplatnění u zdravotnických pracovníků, kteří pracují v psychiatrických léčebnách a taktéž u manažerů kvalit.

Kontakt

Mgr. Daniela Nedvědová, Ph.D.

Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

Ústav ošetrovatelství

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

daniela.nedvedova@fvp.slu.cz

RECENZE KNIHY KOMUNIKACE S NEMOCNÝM: SDĚLOVÁNÍ NEPŘÍZNIVÝCH INFORMACÍ

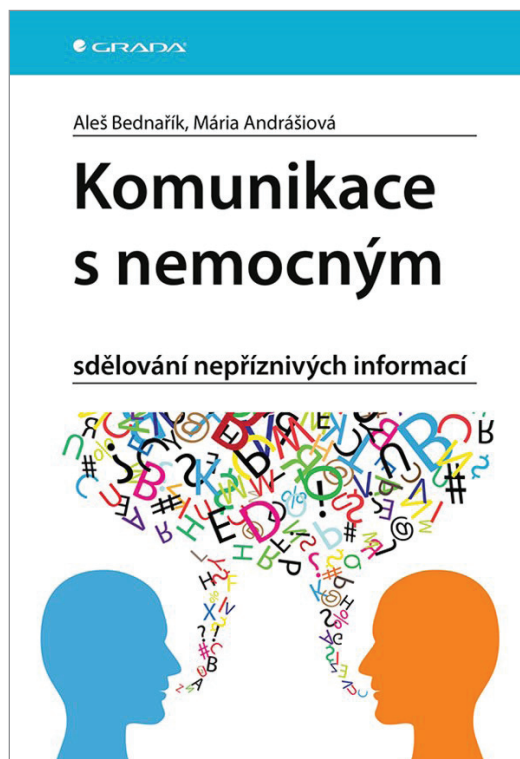
Autoři: Aleš Bednařík, Mária Andrášiová

Praha: Grada Publishing, překlad 1. vydání, 2020, 227 stran, ISBN 978-80-271-2288-2

Pacienti přijatí do zdravotnického zařízení jak plánovaně, tak i akutně, jsou vystaveni mnoha stresorům: nemoci a nepříjemným pocitům souvisejícím s nemocí, její diagnostikou a léčbou; neznámému prostředí a osobám/zdravotnickým profesionálům, kteří jim poskytují odbornou péči vedoucí k vyléčení, nebo alespoň ke zlepšení nepříjemných projevů nemoci a oddálení komplikací, popř. ke zmírnění nepříjemných projevů a k saturaci potřeb v konečném stadiu nemoci. Tyto a další stresující faktory vyvolávají u pacientů i jejich blízkých úzkost, strach, nejistotu a nepřiměřené emoční reakce. Zvládnout tyto stavy a reakce jim může pomoci profesionálně a lidsky dobře zvládnutá komunikace.

Autoři se ve velmi inspirativní knize věnují vztahu a citlivé komunikaci mezi lékařem a pacientem. V knize jsou důkladně rozebrána témata, jako např.: Obranné mechanismy osobnosti, Základní komunikační dovednosti lékaře, Proč je komunikace s pacientem tak klíčová, Zvládání čtyř fází komunikační interakce, Komunikační dovednosti v rozhovorech s pacienty, Jak hovořit o diagnóze, Rozhovor o diagnóze, Postup vedení prvního rozhovoru, Jak hovořit o špatné prognóze, Rozhovor o relapsu, Aktivní naslouchání, Jak hovořit o smrti a umírání, Jak hovořit s rodinou pacienta, Specifické situace v rozhovorech aj. Součástí knihy je 18 rozhovorů lékařů vedených s různými pacienty či příbuznými v odlišných situacích a v různém průběhu jejich onemocnění a léčby. To vše a ještě více je obsaženo v této knize.

I když je kniha primárně určena



lékařům, naleznou zde poznatky, podněty, praktické ukázky a rady „jak zlepšit komunikaci“, i jiní zdravotničtí pracovníci, kteří jsou si vědomi faktu, že kromě odborné péče se pacienti neobejdou bez dobré komunikace založené na podávání pravdivých informací empaticky, s respektováním individuality pacienta, na úctě, důstojném zacházení a ohleduplnosti.

Kniha vznikla na základě bohatých zkušeností autorů z klinické praxe, z jejich dlouhodobé spolupráce s lékaři, z výpovědí pacientů a rodinných příslušníků. Zdravotnickým pracovníkům může tato kniha napomoci k lepší komunikaci s pacienty a jejich blízkými, k získání důvěry pacienta nutné k aktivní spolupráci na léčbě. Knihu vřele doporučuji.

Kontakt

PhDr. Mgr. Pavla Kudlová, PhD.

Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Ústav zdravotnických věd

Štefánikova 5670, 760 01 Zlín, Česká republika

kudlova@utb.cz

RECENZE KNIHY PSYCHOSOCIÁLNÍ PODPORA PŘI ÚMRTÍ MIMINKA: PRŮVODCE PRO UČITELE POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ

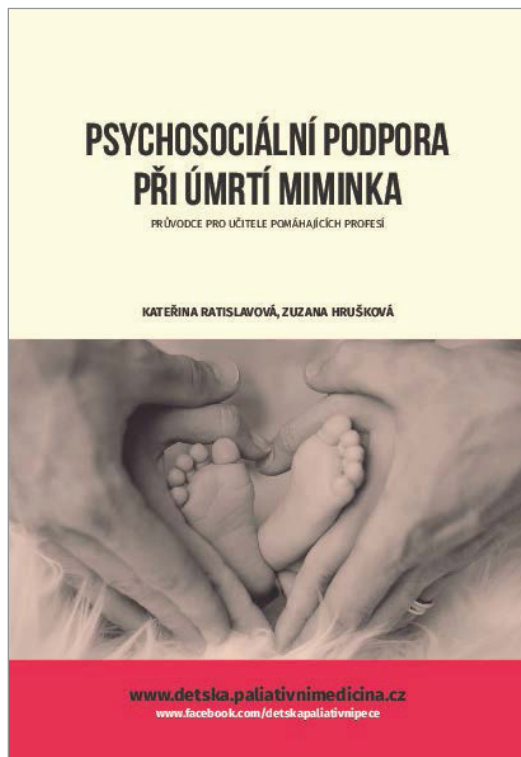
Autoři: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D., Mgr. Zuzana Hrušková

Praha: Sekce dětské paliativní medicíny ČSPM ČLS JEP, 1. vydání, 2020, 137 stran, ISBN 978-80-270-6935-4

Publikace předkládá komplexní pohled na poskytování paliativní péče rodinám po perinatální ztrátě. Jejím cílem je nabídnout praktické rady pro přípravu studentů na okamžiky komunikace s rodiči, kteří přišli o dítě.

Publikace nabízí zásady přístupu k výuce tohoto citlivého tématu. Ve 13 kapitolách jsou objasněny pojmy, se kterými se můžeme v souvislosti s úmrtím dítěte setkat. Text nabízí rovněž řadu praktických rad, podnětů k zamyšlení, diskuzi, cvičení. Velmi působivé jsou autentické výpovědi truchlících, které pomáhají zprostředkovat opačný úhel pohledu na konkrétní situace související s perinatální ztrátou. Možnosti podpory ze strany pomáhajících jsou vhodně navrženy na základě vnímání situace rodiči. Komplexní pohled na perinatální ztrátu doplňuje popis truchlení u dětí nebo prarodičů. Neocenitelná je rovněž část, věnující se bio-psycho-sociální a spirituální rovině sebepéče pomáhajících, která je často opomíjená.

Z textu je patrná dlouhodobá zkušenost autorek s poskytováním péče truchlícím rodinám a s vedením kurzů pro zdravotníky. Navození atmosféry důvěry, individuální posouzení a citlivý přístup jsou atributy, na které autorky kladou důraz a které provází, i přes variabilitu okolností ztráty dítěte, celou publikaci. Text je zpracován přehledně, je ucelený, srozumitelný a v praxi velmi



dobře využitelný. Doporučen může být rovněž zdravotníkům, kteří se ve své praxi setkávají s úmrtím dítěte a mohou se inspirovat v přístupu k truchlící rodině.

Kontakt

Mgr. Jana Kučová, Ph.D.

Fakultní nemocnice Ostrava, Oddělení neonatologie

17. listopadu 1790/5, 708 52 Ostrava-Poruba, Česká republika

jana.kucova@fno.cz

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

CHIRURGICKÁ PROPEDEUTIKA: ZÁKLADY CHIRURGIE PRO STUDENTY LÉKAŘSKÝCH FAKULT

Jiří Páral

Praha: Grada Publishing, 2020, 1. vydání, 192 stran, ISBN 978-80-271-1235-7

Stejně jako v jiných medicínských oborech dochází i v chirurgii, především díky rozvoji přístrojové techniky, elektronizace a robotizace, ale i objevům nových léků, k rychlým změnám, které mnohdy radikálně mění dlouhá léta zavedené postupy a v mnohých případech i zásadně mění filozofii přístupu k chirurgickému pacientovi a jeho onemocnění. Novodobá chirurgie se těmito trendům pružně přizpůsobuje, nicméně základní chirurgické postupy, přístupy a postuláty zůstávají, mnohdy i po staletí, neměnné.

Především přístup k elektronickým médiím nabízí dnešnímu studentovi medicíny nepřehledné množství informací z různých zdrojů, což ale může být současně určitou pastí a hendikepem kvůli neutříděnosti a nadbytku informací, nebo naopak povrchnosti a zjednodušení poskytovaných údajů. Cílem předkládané publikace bylo sjednotit základní fakta a informace o oboru chirurgie, tak aby studentovi přinesla potřebné informace, ale nezahřtila ho informačním bias.

Propedeutika znamená „předvýchova“, a tak by tato učebnice měla studentům otevřít okno do světa chirurgických oborů tak, aby v dalších letech studia mohli navázat na získané znalosti a tyto dále prohlubovat. Učebnice by měla korespondovat a vzájemně se doplňovat s poznatky, které student obdrží v rámci praktických cvičení a přednášek.

Kniha je určena studentům lékařských fakult, ale užitečné informace v ní najdou i mladí lékaři.



PORODNICTVÍ V KOSTCE

Aleš Roztočil a kolektiv

Praha: Grada Publishing, 2020, 1. vydání, 592 stran, ISBN 978-80-271-2098-7

Barevná publikace s velkým množstvím obrázků a tabulek je určena medikům, mladým lékařům v předatestační přípravě, ale i porodním asistentkám.

Obsahuje kapitulu o fyziologickém těhotenství, dále jsou probrány vyšetřovací metody. Další kapitoly se týkají rizikového a patologického těhotenství (a probírá kromě jiného i jednotlivé nemoci, které mohou nastávající matku v průběhu těhotenství ohrožovat).

V dalších kapitolách najdeme vývojové nepravidelnosti a abnormality plodového vejce, porod, patologický porod, porodnické operace a patologické šestinedělí. Knihu uzavírají „Perinatologická data“, jako je natalita, perinatální a mateřská mortalita, perinatální a mateřská morbidita.



NEMOCNÉ ROZHOVORY: KOMUNIKACE A NARATIVNÍ TERAPIE S NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÝMI PACIENTY A JEJICH BLÍZKÝMI

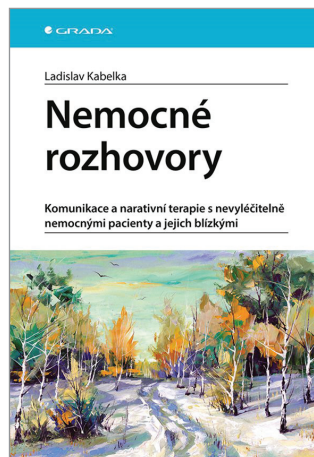
Ladislav Kabelka

Praha: Grada Publishing, 2020, 1. vydání, 240 stran, ISBN 978-80-271-1688-1

Komunikace je nástrojem vztahu a my jsme nástrojem vztahu – to je motto, které již řadu let provází oblíbené kurzy, jež autor pořádá pro své kolegy – lékaře, ale i další zdravotníky. Vytváří platformu pro interaktivní scénky, jimiž autor lékaře provází. Ne vždy je to cesta snadná – kniha otevírá i Pandořiny skříňky emocí, strachu a úzkostí.

Monografie se věnuje dobré klinické praxi ve vzájemné komunikaci mezi lékařem, resp. zdravotníkem, pacientem a jeho blízkými. Zaměřuje se na různá specifická prostředí, kde se lékař s paliativní péčí setkává – přes kliniku, okresní nemocnici až k hospici nebo domovu pro seniory. Čtenář se seznámí se sdělováním špatných zpráv v jednotlivých lékařských oborech, sdílením, osobními postoji i obranou v komunikaci, dozví se, jak pracovat s emocemi. Zařazeny jsou i kapitoly věnované neonatologii a péči o nevyléčitelně nemocné děti, doprovázení a péči o pozůstalé.

Kniha je psána formou příběhů a kazuistik s komentáři, vysvětlením a návody lékaře i klinického psychologa



LÉČBA KARDIOVASKULÁRNÍCH ONEMOCNĚNÍ

Jiří Vítovec, Jindřich Špinar, Lenka Špinarová, Ondřej Ludka a kolektiv

Praha: Grada Publishing, 2020, 2., aktualizované a doplněné vydání, 256 stran, ISBN 978-80-271-2931-7

Aktualizovaná monografie Léčba kardiovaskulárních onemocnění navazuje na 1. vydání z roku 2018. Přináší léčebné postupy u nejčastějších nebo nejdůležitějších kardiovaskulárních onemocnění. Vzhledem k velmi rychlému pokroku v některých oblastech kardiologie bylo třeba některé kapitoly oproti předchozímu vydání aktualizovat, přibyly kapitoly nové...

Autoři v ní aktuálně shrnují moderní postupy léčby srdečních a cévních onemocnění od hypertenze, přes srdeční selhání, zánětlivá onemocnění, ischemickou chorobu srdeční jak akutní, tak chronickou, hypertrofické kardiomyopatie, léčbu poruch srdečního rytmu, tromboembolické choroby, včetně plicní embolie a plicní hypertenze, dále ischemickou chorobu končetin, léčbu spánkové apnoe, dyslipidemie, léčbu po srdeční transplantaci, léčbu erektilní dysfunkce, pro kardiologie jak interpretovat závěry klinických studií. Nově jsou dodány kapitoly o léčbě a prevenci diabetes mellitus a kardiovaskulárního onemocnění, problematice adherence k léčbě vs. polypragmaziie či paliativní léčbě v kardiologii.

Kniha je určena jak praktickým lékařům a internistům, tak i kardiologům v klinické praxi. Ocení ji ale také lékaři urgentních příjmů a medicí.



POKYNY PRO AUTORY

PRŮBĚH RECENZNÍHO ŘÍZENÍ

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

POKYNY PRO AUTORY – FORMÁLNÍ A OBSAHOVÉ NÁLEŽITOSTI PŘÍSPĚVKŮ

Základní členění textu:

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

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

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

² Chirurgická klinika, Nemocnice Horní

Příspěvky výzkumného charakteru

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

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

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

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

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

Cíl práce: cíl práce, organizace výzkumu.

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

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

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

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

Poděkování: dedikace projektu, grantu.

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

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

Příspěvky přehledového a teoretického charakteru

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

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

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

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

Recenze aktuálních publikací

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

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

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

Rozsah: max. 9 000 znaků.

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

Formální požadavky rukopisu:

Rukopis zasílejte v textovém editoru MS Word.

Font písma: Times New Roman.

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

