

2015

ROČNÍK 6

ČÍSLO 1

LOGOS POLYTECHNIKOS

V Š P

J

Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

VÁŽENÉ ČTENÁŘKY A VÁŽENÍ ČTENÁŘI,

do rukou se Vám dostává v pořadí již šesté vydání časopisu LOGOS POLYTECHNIKOS zaměřené na ošetrovatelství a porodní asistenci. Přijměte naše pozvání na cestu ošetrovatelstvím a dále nahlédněte do krásné profese porodní asistentky.

Toto číslo obsahuje články zaměřené nejen na ošetrovatelskou péči, ale i články se zaměřením na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví, historii ošetrovatelství a vzdělávání sester. Z oblasti porodní asistence nabízíme zajímavé téma porodních poranění a také historii porodnických kleští.

Věříme, že Vás LOGOS POLYTECHNIKOS s ošetrovatelskou a porodnickou problematikou zaujme a jeho prostřednictvím budete mít jedinečnou příležitost seznámit se s nejnovějšími trendy v ošetrovatelství a porodní asistenci.

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry zdravotnických studií
Vysoká škola polytechnická Jihlava

5

PROBLEMATIKA NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÝCH A ŽIVOT PRODLUŽUJÍCÍ LÉČBY
Mgr. Jana Bubláková

14

MANAŽMENT BOLESTI V OŠETROVATELSTVE
doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD., Dr. n. med. Anna Bednarek, Mgr. Ferdinand Mohnyánszki

23

HISTORIE PORODNICKÝCH KLEŠTÍ
PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.

29

PŘÍRŮSTEK TĚLESNÉ HMOTNOSTI V PRŮBĚHU GRAVIDITY
Mgr. Pavla Erbenová, Ph.D., Mgr. Petra Horáčková

43

SROVNÁNÍ DIETETICKÉHO A KOMPLEXNÍHO PŘÍSTUPU V TERAPII NADVÁHY A OBEZITY –
PŘÍPADOVÁ STUDIE
Mgr. Pavla Erbenová, Ph.D.

55

PORODNÍ ASISTENTKY A PORODNÍ PORANĚNÍ
PhDr. Lenka Görnerová, Bc. Denisa Smrčková

67

ALERGIE A ANAFYLAKTICKÁ REAKCE V PRVNÍ POMOCI
Mgr. Radim Křivák, BBA

75

VÝVOJ OŠETŘOVATELSTVÍ V ČECHÁCH
Mgr. Magdaléna Lavičková

85

MANAŽMENT STAROSTLIVOSTI PRI AKÚTNEJ DIALÝZE Z POHLADU SESTRY
Mgr. Ferdinand Mohnyánszki

96

EDUKACE - SOUČÁST OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU
Mgr. Lada Nováková, Mgr. Marta Jenerálová

104

RATING OF SATISFACTION WITH CARE IN PATIENTS HOSPITALIZED IN THE HOSPITAL
WARD OF A SURGERY
Dorota Ozga, Justyna Kosydar–Bochenek, Marek Wojtaszek, Aleksandra Gutysz Wojnicka

CONTENTS

THE ISSUE OF THE TERMINALLY ILL AND LIFE-PROLONGING TREATMENT Mgr. Jana BublÁková	5
NURSING PAIN MANAGEMENT doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD., Dr. n. med. Anna Bednarek, Mgr. Ferdinand MohnyÁnszki	14
HISTORY OF OBSTETRIC FORCEPS PhDr. Vlasta DvořÁková, PhD.	23
WEIGHT INCREASED DURING PREGNANCY Mgr. Pavla Erbenová, Ph.D., Mgr. Petra HorÁčková	29
COMPARISON OF DIETETIC AND COMPLEX APPROACH IN THE TREATMENT OF OVERWEIGHT AND OBESITY - A CASE STUDY Mgr. Pavla Erbenová, Ph.D.	43
MIDWIVES AND BIRTH INJURIES PhDr. Lenka Görnerová, Bc. Denisa Smrčková	55
ALLERGIES AND ANAPHYLACTIC REACTIONS IN FIRST AID Mgr. Radim Křivák, BBA	67
THE DEVELOPMENTS OF NURSING IN BOHEMIA Mgr. MagdalÉna Lavičková	75
MANAGEMENT OF CARE IN CASE OF ACUTE DIALYSIS FROM NURSE 'S POINT OF VIEW Mgr. Ferdinand MohnyÁnszki	85
EDUCATION - PART OF THE NURSING PROCESS Mgr. Lada NovÁková, Mgr. Marta JenerÁlovÁ	96
RATING OF SATISFACTION WITH CARE IN PATIENTS HOSPITALIZED IN THE HOSPITAL WARD OF A SURGERY Dorota Ozga, Justyna Kosydar–Bochenek, Marek Wojtaszek, Aleksandra Gutysz Wojnicka	104

PROBLEMATIKA NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÝCH A ŽIVOT PRODLUŽUJÍCÍ LÉČBY

JANA BUBLÁKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

Problematika nevyléčitelně nemocných a život prodlužující léčby skrývá mnoho etických a právních dilemat, se kterými se zdravotníci setkávají během své každodenní práce. Moderní medicína nabízí nové možnosti diagnostiky a léčby a na lékaře a sestry jsou kladeny velké nároky ze strany pacientů i jejich rodin. Pokrok a úspěchy v léčbě mají i své stinné stránky. Jsou na úkor kvality života jedince. Život je sice zachován, ale často za cenu utrpení pacienta a jeho blízkých. Proces umírání se díky možnostem moderní medicíny rozprostřel do delšího časového úseku a člověk, který by již dávno v klidu zemřel je často až nesmyslně dlouho vystavován snahám zvrátit osud. Problematika spojená s nevyléčitelně nemocnými tak rozvířila diskuze nejen na hojně medializované téma eutanazie, ale zaměřila se také na problematiku dystanázie, marné léčby a zadržené terapie.

KLÍČOVÁ SLOVA:

etika, nevyléčitelně nemocný,
dystanázie, zadržaná terapie

ÚVOD

Etická a morální dilemata nacházíme ve všech oborech medicíny bez výjimky, sestry a lékaři se s nimi potýkají při svých každodenních činnostech. Výrazně se dotýkají procesu komunikace mezi zdravotníky a pacienty, ať se jedná o sdělování pravdy o závažnosti onemocnění, problematiku povinné mlčenlivosti či o běžnou interpersonální komunikaci. Problematiku etiky v práci zdravotníka ale nelze redukovat jen na oblast komunikace, zahrnuje celou řadu specifických problémových oblastí, úzce propojených s právními normami. Tyto specifické oblasti lékařské etiky nacházíme v každém oboru medicíny. Přestože velká část se dotýká všech oborů stejnou měrou, přesto budou lékaři a sestry s ohledem na skladbu pacientů a povahu jejich onemocnění řešit odlišné problémy např. na chirurgii, pediatrii či onkologii. Svá specifická dilemata přináší samozřejmě i oblast lékařské genetiky a výzkumu. Problematika, se kterou se můžeme setkat napříč všemi medicínskými obory, se kterou se setkává během své každodenní praxe většina zdravotníků, je spojována s otázkami konce lidského života. Otázky spojené s procesem umírání a se smrtí, etické aspekty záchrany lidského života a problematika nevyléčitelně nemocných, to jsou etická dilemata, která se přímo dotýkají jak moderní medicíny, tak i ošetrovatelské praxe.

Se zvyšujícími se poznatky medicíny vzrůstají možnosti pomoci nemocným. Současně dochází ke zvyšování nároků na podmínky poskytované péče. Došlo k zásadním změnám v oblasti zdravotního

stavu populace, které mají důsledky v oblasti sociální, ekonomické i právní. Řada onemocnění dříve nevyléčitelných se stala chronicky léčitelnými, prodloužila se střední délka života a změnily se hlavní příčiny smrti. Změnil se i náhled veřejnosti, její očekávání od medicíny. Nové technologie dávají novu naději, co bylo dříve považováno za zázrak, se stalo samozřejmostí, neúspěchy v léčbě jsou vnímány veskrze negativně. Smrt není vnímána jako součást života, ale jako „selhání péče“. Na zdravotníky jsou kladeny obrovské nároky na klinicky a eticky správné využití všech dostupných modalit, přestože se snaha o záchranu života může dostat do kolize s nízkou kvalitou života pacienta. (Sláma, 2009) I přes to, že se zdravotní péče stala vysoce odbornou, využívající moderní technologie a nejnovější výzkumy k diagnostice i léčbě, zůstávají hlavními články v péči o pacienta lékaři a sestry. Z pohledu pacienta je lékař specialistou, který dokáže jeho nemoc diagnostikovat, léčit a v nejlepším možném případě vyléčit. Sestra pečuje o pacientův tělesný a psychický komfort, edukuje o všem potřebném souvisejícím s jeho zdravotním stavem i pobytem ve zdravotnickém zařízení, je mu jakýmsi průvodcem v době zdraví i nemoci. Je tedy pacientům mnohem blíže. Každodenně se setkává s výsledky vědecké medicíny i se stesky pacienta, s jeho přáními a potřebami. Stojí tedy někde na pomezí mezi světem moderní vědecké medicíny a světem pacienta, je schopná být prostředníkem mezi těmito dvěma světy. (Šimek, Špalek, 2003). Sestra je člověkem v pomyslné „první linii“ v oblasti komunikace s nemocným a jeho rodinou. Pečuje o pacienty během celé své směny,

a tak dokáže lépe detekovat změny fyzického i psychického stavu pacienta. Není sice v kompetenci sestry rozhodovat o změně léčby pacienta, je ale oprávněna podat k tomuto podnět v případě, kdy to stav pacienta vyžaduje. Z etického hlediska ošetrovatelská péče obsahuje dvě stejně hodnotné etické povinnosti sestry: udržování zdraví člověka a ochrana lidské důstojnosti. (Ivanová, 2005)

PROBLEMATIKA NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÝCH

Problematika nevléčitelně nemocných a problematika záchrany lidského života za každou cenu bývá nejčastěji veřejností spojována s pojmem eutanázie. Eutanázie je hojně medializovaným tématem, a ve své podstatě bychom pod ní mohli zahrnout i problematiku zadržené léčby či příkazu DNR (neresuscitovat), přestože je mnohými autory striktně oddělována, a je na ní nahlíženo jinak i z právního hlediska. Ondok uvádí, že termín eutanázie bývá někdy nesprávně využíván jen v negativním slova smyslu, a pomíjí se jeho pozitivní rovina, a tou je pomoc člověku zemřít důstojně. (Ondok, 2005). Haškovcová se vyjadřuje ve své knize Thanatologie k termínu eutanázie jako k pojmu vyvolávající emoce, a k problematice eutanázie jako k mimořádně plastické, zahrnující celou řadu různých situací. (Haškovcová, 2007) Mezi základní povinnosti lékaře patří chránit život pacienta. Pro mnohé lékaře je tedy už pouhá myšlenka na eutanázii profesním prohřeškem. Rozpor je vnímán mezi tradiční povinností ochrany života a možností jeho předčasného ukončení. Za jediné mravně ospravedlnitelné

rozhodnutí je považována paliativní péče, popřípadě tzv. „nechat zemřít“, tedy upuštění od takových zásahů, které nejsou již pro pacienta přínosné, koncept marné léčby, zadržené léčby. (Haškovcová, 2007)

Paliativní neboli zmírňující terapie má své nepochybné zastoupení v klinické praxi. V současné době je tišení bolesti a laskavý doprovod těžce nemocných a umírajících aktualizovaným problémem. Právo na smrt bývá v současnosti interpretováno jako právo na důstojnou smrt, přestože není zcela ustálen obsah tohoto pojmu. Přáním každého člověka bývá zemřít bezbolestně a rychle, aby se vyhnul útrapám spojeným s dlouhým, bolestným umíráním a osamocením. (Kisvetrová, Kutnohorská, 2010)

Proces umírání se díky možnostem moderní medicíny rozprostřel do delšího časového úseku a člověk, který by již dávno v klidu zemřel je často až nesmyslně dlouho vystavován snahám odborníkům zvrátit osud. Oživené úvahy lidí o eutanázii tedy často nepřamení jen z potřeby rozhodovat aktivně o konci svého života, ale především ze strachu ze zbytečného prodlužování života za každou cenu, ze strachu z pouhého „přežívání“ v nemocničním zařízení obklopeni neosobními přístroji. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004)

Šimek ve svém článku Etické problémy urgentní medicíny hovoří o mravním dilematu souvisejícím se silou a mocí medicíny, kdy jsou nemocní doslova „odsouzeni k životu“, neboť kdyby mohli sami volit, volili by jeho ukončení. „Kdyby byl výsledkem snažení zdravotníků vždy zdravý člověk, nebyl by problém. Současné zdravotnictví však produkuje

armádu invalidů s vážně narušenou, někdy až neúnosně sníženou kvalitou života. A zdaleka ne všichni nemocní jsou vděční za takovou pomoc.“ (Šimek, 2008, s. 31-33)

Aspekty rozhodování v závěru života a s tím související otázky směřující k možnostem aktivního ukončení života jsou velmi komplexní. Ve společnosti neexistuje konsensus, jaká kvalita života je přijatelná a jakým způsobem lze nejlépe vyhovět přáním nemocného, neboť kromě biologických daností nikdo nevíme, co je a není správné. Právě definování kvality života, její diagnostika je základem pro další možné intervence. Snaha o měření kvality života je v popředí zájmu moderního ošetřovatelství. (Gurková, 2011; Šimek, 2008; O'Connor, Aranda, 2005) Posouzení kvality dalšího života očima pacienta a jeho rodiny by mělo být zahrnuto do výčtu všech pro a proti při rozhodování o dalším léčebném zákroku.

DYSTANÁZIE A MARNÁ LÉČBA

„Dystanázie neboli zadržaná smrt je nepříjemným, ale logickým důsledkem uplatňování postupů vítězné medicíny v situacích, kdy potřeby nemocného vyžadují paliativní přístup.“ (Haškovcová, 2007, s. 23)

V odborné literatuře bývá někdy tato situace označována termínem „overtreatment“, což značí nadbytečnou, marnou léčbu. Jak z označení vyplývá, je to taková léčba, která už nepřináší pacientům žádný benefit. Ze strany lékařů existují pokusy popsat situace, kdy je další léčba marná, zbytečná. Je to tehdy,

kdy intervence nemá patofyziologické opodstatnění, kdy selhává maximální intenzivní léčba, kdy tentýž postup již dříve selhal a léčba tak nevede k cíli. Kritikou jsou však tyto snahy vnímány jako projev lékařského paternalizmu. Přesto existují etická doporučení pro vysazení nebo nenasazení život zachraňující léčby se speciálním zaměřením na podávání tekutin a výživy. (Munzarová, 2005; Haškovcová, 2002).

Vytvoření konceptu marné, zbytečné léčby je předmětem diskuzí lékařů i etiků již od poloviny 80. let 20. století. Popudem k zahájení diskuze na toto téma byly množící se konflikty mezi rodinami pacientů a lékaři, a to zejména v prostředí jednotek intenzivní péče a oddělení anesteziologicko resuscitační péče. Zatímco lékaři byli jednoznačně pro ukončení intenzivní léčby, rodina pacienta trvala na jejím pokračování. Je velmi obtížné jednoznačně definovat marnou a zbytečnou léčbu. Za marnou léčbu lze považovat takovou, která nedosáhla svého cíle. Přístup k definování marnosti léčby je dělen na kvantitativní a kvalitativní. (Sláma, 2009)

Kvantitativní přístup argumentuje statisticky podloženou velmi nízkou pravděpodobností úspěšnosti zvolené léčby. V praxi to znamená, že u většiny pacientů nebylo dosaženo kýženého cíle. Kvalitativní přístup je založen na přesvědčení, že lékař nemá provádět takovou léčbu, která vede ke stavům obecně hodnoceným jako nepříznivé a nežádoucí. Příkladem takového stavu je hypoxie mozku po kardiopulmonální resuscitaci, stav vigilního komatu a obecně

stavy spojené s dlouhodobou závislostí pacienta na přístrojové technice v případě selhávání orgánů.

Kritika kvantitativního přístupu vychází z automatického předpokladu, že léčebný prostředek bude neúčinný, a jako takový tedy není nabízen. Je zde opomíjena být i mizivá šance na úspěch. Je nutno zohlednit také individualitu pacienta, jeho dosavadní kvalitu života a míru jeho optimismu.

Kvalitativní přístup je kritizován pro opomíjení autonomie pacienta, kdy je úhel pohledu pacienta nahrazován perspektivou lékaře. (Sláma, 2009)

ODSTOUPENÍ OD LÉČBY

Pojem odstoupení od léčby souhrnně označuje rozhodnutí nezahájit či přímo ukončit některé život prodlužující léčebné postupy. Sláma ve své práci rozděluje odstoupení od léčby na tzv. nerozšiřování léčby a omezování léčby. Synonymem pro nerozšiřování léčby je pojem zadržaná terapie (withholding of life sustaining therapy), a v klinické praxi znamená pokračování v zavedené dosavadní terapii, ale její další nerozšiřování, a to i v případě závažných komplikací. Omezování léčby (withdrawing of life sustaining therapy) definujeme jako postupné vysazování některých léčebných postupů a postupný přechod na tzv. bazální terapii, která znamená důslednou ošetrovatelskou péči o základní potřeby člověka, mírnění a tlášení bolesti a dalšího tělesného diskomfortu a podávání tekutin a stravy ústy. Z hlediska etického i medicínského považujeme bazální terapii za „za žádných okolností

nepodkročitelnou“. (Sláma, 2009, s. 16)

Rozhodnutí odstoupit od léčby může učinit lékař nebo sám pacient. Jejich vzájemný náhled na problematiku se ale nemusí shodovat. V případě, kdy pacient není schopen vyslovit své přání, rozhoduje lékař. Je na jeho zvážení, kdy daný léčebný postup je již pro pacienta zcela neúčinný, či příliš rizikový a zatěžující. Vždy musí důsledně zhodnotit poměr přínosu pro pacienta (benefit) a rizika a zátěž s výkonem spojená. (Sláma, 2009).

V případě úvahy o jakémkoliv omezení léčby a přechodu na bazální terapii by měl lékař vždy jasně formulovat zdůvodnění navrhovaného postupu, učinit o něm záznam ve zdravotnické dokumentaci. Omezení terapie by mělo být pravidelně a opakovaně posuzováno a případně přehodnoceno se zřetelem na aktuální potřeby nemocného. (Černý in Ševčík, Černý, Vítovec at al., 2003)

Jedním ze specifických problémů balancující na hranici nepřímé eutanázie a eticky odůvodnitelné zadržené léčby je ukončení umělé výživy u komaťózních pacientů, kteří ztratili schopnost přijímat stravu běžnou cestou a musí být vyživováni parenterálně nebo za pomoci zavedené nasogastrické sondy (tzv. asistovaná nutrice a hydratace). Ani církevní autority nejsou schopny rozhodnout, zda je etickou povinností v takovýchto situacích výživu podávat. Z pohledu lékaře je mnohdy podávání tekutin a výživy zbytečné, nemocného obvykle zatěžuje a nepřináší mu žádnou úlevu. Pokud se ale na problematiku podíváme z hlediska úcty k osobě nemocného, nemělo by být

podávání výživy a tekutin nemocnému i v komatózním stavu odpíráno až do doby, kdy se pro něj stává nadměrnou zátěží. Dehydratace a smrt vyhladověním nemocného je aktem hrůzným a nelidským. (Ondok, 2005, Munzarová, 2005).

Mezi autory se různé názory, zda asistovaná nutrice a hydratace patří do konceptu bazální terapie. Zatímco Sláma uvádí ve své práci, že podávání stravy parenterálně či pomocí nasogastrické sondy nelze zahrnout pod pojem bazální terapie, Munzarová se kloní k názoru, že v našich podmínkách by měla být asistovaná nutrice a hydratace zahrnuta do bazální péče všech nemocných. (Sláma, 2009; Munzarová, 2005)

Ukončení ventilační podpory, lidově řečeno „odpojení pacienta od přístroje“ je dalším problematickým okruhem zastavení léčby. V této souvislosti se můžeme setkat s různým definováním tohoto úkonu: jako stupňovité snižování ventilační podpory různého rozsahu a rychlosti, přes pojmy jako terminální odpojování, které označuje postupné snižování ventilační podpory se současným arteficiálním zajištěním dýchacích cest, až po extrémní terminální extubace. Indikaci k ukončení ventilační podpory by mělo vždy předcházet zhodnocení cílů umělé plicní ventilace a zasazení těchto cílů do kontextu celkového zdravotního stavu pacienta s ohledem na jeho prognózu. Je namístě nezohledňovat efekt ventilační podpory z pouhého biomedicínského hlediska, tj. jako nástroj k zajištění výměny plynů, ale také jako nástroj pro odstraňování nepříjemných pocitů, které terminální stádium nemocí doprovází, jakými jsou

dechová tíseň, eliminace stresu a snížení dechové práce. (Kořenek, 2004)

Stejným problémem je pak ukončení hemodialýzy u pacienta, který je na dialyzačním programu komplexně závislý.

ZÁVĚR

Jednání každého zdravotníka by mělo vycházet ze základních etických principů, jimž dominuje snaha jednat vždy v nejlepším zájmu pacienta. S prudkým rozvojem medicíny, techniky a farmakologie se pozměnil náhled na tuto snahu. Sousedství jednat v zájmu pacienta bylo chápáno jako činit vše, co povede k vyléčení, záchraně života. Smrt se stala nepřijatelnou, stala se jakýmsi „selháním“ medicíny. Zdravotníci jsou tak stavěni do nelehké situace, moderní medicína před nová dilemata. Pokrok a úspěchy v léčbě mají i své stinné stránky. Jsou na úkor kvality života jedince. Život je sice zachován, ale za cenu utrpení pacienta a jeho blízkých. Člověk je zcela vydán do rukou nemocničního personálu, ztrácí svou autonomii. O těch nejdůležitějších otázkách jeho žití je rozhodováno za něj. Jako by byl opomíjen fakt, že respekt k autonomii, který je také označován jako respektování nezávislosti, samostatného jednání bez zevního ovlivnění, je považován za jednu z nejvyšších hodnot. (Kořenek, 2004) Je proto zapotřebí změnit pohled na již zmíněné „jednat v zájmu pacienta“. V zájmu pacienta není vždy podstupování další, pro něj zatěžující diagnostické a léčebné péče. Zájem jsou mnohdy prostší: zajištění základní péče, tišení bolesti, přítomnost blízké osoby a zachování si lidské důstojnosti až do úplného

konce. Nesmíme zapomínat, že nemocní v terminálním stádiu jsou vulnerabilní, snadno zmanipulovatelní. Východiskem proto není eutanázie, ale výchova k dobré paliativní péči. (Munzarová, 2005)

LITERATURA

- [1] ČERNÝ, V., ŠEVČÍK, P., VÍTOVEC, J. at al.: *Intenzivní medicína*. 2. rozšířené vydání. Praha: Galén, 2003. s. 422. ISBN 80-7262-203-X.
- [2] GURKOVÁ, E.: Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. s. 224. ISBN 978-80-247-3625-9.
- [3] HAŠKOVCOVÁ, H.: Lékařská etika. 3. rozšířené vyd. Praha: Galén, 2002. s. 272. ISBN 80-7262-132-7.
- [4] HAŠKOVCOVÁ, H.: Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2. přepracované vydání. Praha: Galén, 2007. s. 244. ISBN 978-80-7262-471-3.
- [5] IVANOVÁ, K.: *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. 1. vyd. Ostrava. Ostravská Univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2005. s. 94. ISBN 80-7368-069-6.
- [6] KISVETROVÁ, H., KUTNOHORSKÁ, J.: Umírání a smrt v historickém vývoji. *Kontakt*. České Budějovice 2010, roč. 12, č. 2, str. 212-219. ISSN 1212-4117
- [7] KOŘENEK, J.: *Lékařská etika*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Triton, 2004. s. 234. ISBN 80-7254-538-8
- [8] MUNZAROVÁ, M.: *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vydání. Praha: Grada, 2005. s. 108, ISBN 80-247-1025-0.
- [9] O' CONNOR, M., ARANDA, S.: *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. s. 324. ISBN 80-247-1295-4.
- [10] ONDOK, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. 1. vydání. Praha: Triton, 2005. s. 214. ISBN 80-7254-486-1.
- [11] ŠIMEK, J. Etické problémy urgentní medicíny. *Urgentní medicína*, České Budějovice 2008, roč. 11, č. 4, s. 31-33. ISSN 1212-1924.
- [12] ŠIMEK, J., ŠPALEK, V.: *Filozofické základy lékařské etiky*. 1. vydání. Praha: Grada, 2003. s. 112. ISBN 80-247-0440-4.
- [13] VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y.: *Paliativní medicína*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2004. s. 540. ISBN 80-247-0279-7.

THE ISSUE OF THE TERMINALLY ILL AND LIFE-PROLONGING TREATMENT

KONTAKTNÍ ÚDAJE NA AUTORA:

Mgr. Jana Bubláková
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra zdravotnických studií
Tolstého 16, 586 01 Jihlava
E-mail: jana.bublakova@vspj.cz



ABSTRACT

The issue of the terminally ill and life-prolonging treatment hides many ethical and legal dilemmas with which health professionals encounter during their daily work. Modern medicine offers new possibilities for diagnosis and treatment and the doctors and nurses are placed great demands on the part of patients and their families. Progress and achievements in treatment have its downsides. They are detrimental to the quality of life of the individual. Life may be retained, but often at the cost of suffering patients and their relatives. The process of dying is due to the possibilities of modern medicine spread over a longer period of time and the man who would have died long ago at rest is often subjected to unreasonably long efforts to reverse fate. Problems associated with the terminally ill to disturbing discussion on the widely publicized topic of euthanasia, but also focused on the issue of dystanasia (overtreatment) and withholding of life sustaining therapy.

KEYWORDS:

Ethics, terminally ill, overtreatment, withholding of life sustaining therapy

MANAŽMENT BOLESTI V OŠETROVATEĽSTVE

LUCIA DIMUNOVÁ
UNIVERZITA PAVLA JOZEFA
ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH

ANNA BEDNAREK
UNIWERYSTETU MEDYCZNEGO
W LUBLINIE

FERDINAND MOHNYÁNSZKI
UNIVERZITNÁ NEMOCNICA
L. PASTEURA

ABSTRAKT

Prítomnosť bolesti u pacientov výrazne ovplyvňuje kvalitu ich života. Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s bolesťou kladie veľký dôraz na komplexný a individuálny prístup. Predpokladom presného a objektívneho hodnotenia bolesti je aj sústavné vzdelávanie sestier a sledovanie trendov v liečbe bolesti. V príspevku sme sa zamerali na hodnotenie bolesti ako ošetrovateľského problému v kontexte ošetrovateľského procesu.

KLÍČOVÁ SLOVA:

boleť, sestry, ošetrovateľský proces, hodnotiace a posudzovacie škály bolesti

DEFINÍCIA BOLESTI

„Boleť je v dôsledku komplexnosti svojich anatomických a fyziologických základov, individuálnej povahy skúseností a rozmanitých sociálnych a kultúrnych významov, ktoré sa jej prikladajú, veľmi ťažké definovať. V rôznych dobách a v rôznych spoločnostiach mala bolesť odlišný význam a prikladala sa jej rozdielna miera závažnosti. Napriek tomu sa rozvinuli definície, ktoré boli prijaté a ktoré sú pokladané za klinicky užitočné“ (Payenová et al., 2007). Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) a Medzinárodná asociácia pre štúdium a liečbu bolesti (International Association for the Study of Pain - IASP) definujú bolesť ako „neprijemný zmyslový a emocionálny zážitok, skúsenosť spojenú s aktuálnym alebo potenciálnym poškodením tkaniva“. Bolesť je definovaná ako „*neprijemný pocit alebo emocionálny zážitok spojený so skutočným alebo potenciálnym poškodením tkaniva, alebo opísaný v termínoch takéhoto poškodenia*“ (ICSI, Health Care Guideline..., 2008).

Bolesť je vždy subjektívna (Laccetti, Kazanowski, 2009). Pokladá sa za ochranný signál, ktorý včas varuje organizmus pred jeho poškodením a slúži na odstránenie zdrojov bolesti. Upozorňuje chorého i zdravotnícky personál na možnosť poškodenia organizmu. Ide však nielen o informáciu o podráždení nociceptorov, ale aj o sled reakcií smerujúcich k zmenšeniu alebo odstráneniu podnetov. S fenoménom bolesti však súvisia aj ďalšie procesy, ktoré modulujú jej intenzitu a priebeh. Bolesť je zložitý jav, ktorý pozostáva zo sensorickej,

algognostickej (percepčná – vnímanie, chápanie, charakter, lokalizácia bolesti, bolesť je produkt skúseností), algotymickej (psychická odozva na bolesť, emotívna, afektívna, respektíve emocionálna reakcia na bolesť, ktorá spôsobuje utrpenie, neprijemný zážitok) zložky. Vnímanie a prežívanie bolesti je individuálne a závisí od sociálnej, mentálnej a kultúrnej úrovne, od temperamentu, predchádzajúcej skúsenosti ale aj iných faktorov a behaviorálnej zložky (McCool et al, 2004).

FAKTORY OVPLYVŇUJÚCE BOLEST'

Bolesť možno chápať zo štyroch rozličných pohľadov: fyzického, sociálneho, psychického a duchovného. Tieto štyri dimenzie bolesti sa môžu vyskytovať a pôsobiť v tom istom čase. Bio-psycho-sociálny prístup pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti berie do úvahy: vznik, priebeh, udržiavanie, prežívanie a liečbu bolesti. Podľa Kocsisovej môžeme faktory, ktoré ovplyvňujú bolesť rozdeliť nasledovne (2006):

fyziologické faktory – vek, pohlavie, nervový systém, poškodenie tkaniva, choroba, citlivosť receptorov bolesti, toxicita liečby,

psychologické faktory – osobnosť človeka (extrovert, introvert), nálada, pocity, strach, úzkosť, emocionálne napätie, emocionálna labilita, stabilita, depresia, odolnosť proti záťaži, lieková závislosť, okolie, flustrácia, hnev, zlosť, predchádzajúce skúsenosti a zážitky, zlyhanie liečby,

sociálne faktory – výchova, osamelosť,

opustenosť, etnografické vplyvy, sociálna závislosť, sociálne výhody a nevýhody, stres, strata zamestnania a pravidelného príjmu, individuálne vnímanie bolesti, okolie, podpora blízkych,

životné prostredie – chlad, teplo, výkyvy vlhkosti, ultrafialové žiarenie, úprava prostredia, prievan, obdobie dňa.

Každý z týchto uvedených faktorov má významný vplyv na vnímanie bolesti, navzájom sa ovplyvňujú a v konečnom dôsledku pacient buď bolesť vníma, alebo ju vníma menej výrazne alebo viacej výrazne. Bolesť je tým menej prijateľná, čím viac zhoršuje kvalitu života pacienta a ohrozuje jeho sebestačnosť. Bolesť zasahuje do všetkých oblastí života pacienta. Má negatívny vplyv na vykonávanie bežných denných aktivít, či na riešenie pracovných úloh. Rovnako negatívne zasahuje aj do emočného ladenia spojeného s neschopnosťou sústrediť sa, spôsobuje psychickú nepohodu. Často sa spája s úzkosťou, obavami a strachom o svoju budúcnosť, či budúcnosť svojich blízkych (Kožuchová, 2012).

Vnímanie bolesti sa líši podľa veku, pohlavia, rasy a etnika (Rokyta et al., 2011). Bolesťivé správanie môže byť kultúrne a sociálne determinované, sociálne normy spoluurčujú, čo sa u jedinca určitého veku, pohlavia a etnického pôvodu považuje za normálne. To ako pacient bolesť zvládne, významne ovplyvňuje nielen jeho správanie, ale aj jeho názory, postoje, predstavy. Porozumenie a zvládanie bolesti teda záleží na osobnom pochopení významu bolesti pre zdravie. Predstavy o bolesti môžu byť kultúrne podmienené

a ovplyvňované osobnostnou dispozíciou. Tí pacienti, ktorí vnímajú samých seba ako menej výkonných, sú náchylnejší k frustrácii, boja sa vykonávať denné aktivity, ale aj činnosti, ktoré robia zriedkavo, prevládajú negatívne predstavy o vlastnej výkonnosti, majú vyššiu úroveň stresu, pesimizmu, úzkosti, intenzity bolesti a viac sa zaoberajú so somatickými symptómami.

BOLEŠŤ V JEDNOTLIVÝCH FÁZACH OŠETROVATEĽSKÉHO PROCESU

Bolesť je vnímaná ako biologická potreba (Tomagová a kol., 2008) a pri jej riešení je potrebný systematický prístup. Dobre vypracovaný manažment bolesti ako nevyhnutná súčasť kvalitnej zdravotnej starostlivosti zahŕňa v sebe pochopenie vplyvu bolesti na jednotlivcov, vrátane poznatkov o rozdielnych reakciách mužov a žien na bolesť, pochopenie jej podstaty a príčin. Zahŕňa adekvátne metódy a postupy zvládania bolesti alebo pomoci pri vyrovnávaní sa s ňou (Rybárová, Žultáková, 2006, s. 27).

MANAŽMENT BOLESTI BY MAL ZAHŔŇAŤ TIETO OŠETROVATEĽSKÉ INTERVENCIE:

- systematické a nepretržité posudzovanie bolesti,
- akceptovanie pacientových skúseností a reakcií na bolesť,
- opakované hodnotenie potreby podávania analgetík (monitorovanie),
- pri stálej bolesti uprednostnenie kontinuálnej infúznej liečby,
- permanentné monitorovanie účinkov analgetík (žiaducich, nežiaducich),

- vypracovanie plánu preventívnych opatrení proti bolesti,
- pri bolestivých procedúrach informovanie pacienta.

Pri posudzovaní bolesti sa sestra zameriavame na nasledujúce oblasti:

časové trvanie bolesti: akútna, chronická, typ bolesti (kolikovitá, pôrodná, zápalová), zahŕňa čas trvania a pretrvávania bolesti, alebo intervaly bez bolesti, kedy sa bolesť začala, ako dlho trvá, či sa opakuje a ak áno, tak aj dĺžku intervalov bez bolesti a kedy sa bolesť naposledy zjavila, (intervaly medzi výskytom, časová dimenzia), sestra všetko dôkladne zaznamenáva,

zdroj, lokalizáciu a topológiu bolesti: somatická (povrchová, hĺbková), a viscerálna (útrobná), kde to bolí, pacient zvyčajne presne lokalizuje povrchovú bolesť, pokým bolesť, ktorá vzniká vo vnútorných orgánoch vníma menej špecificky, pre najpresnejšiu lokalizáciu bolesti je potrebné použiť vhodné otázky, sestra používa termíny, ako proximálny, distálny, mediálny a laterálny,

intenzitu bolesti: číselné, slovné hodnotenie, ako veľmi to bolí, hoci je intenzita bolesti subjektívna, určité tkanivá reagujú na bolesť citlivejšie, aj niektoré faktory ovplyvňujú vnímanie intenzity bolesti: stav pacientovho vedomia, pacientove očakávania a odvrátenie pacientovej pozornosti alebo koncentrácie na inú činnosť,

kvalitu bolesti: opis bolesti pomocou prídavných mien, ako to bolí, tu sa pacient snaží vystihnúť charakter bolesti,

dôležitú úlohu zohráva jeho inteligencia a vyjadrovacie schopnosti, sestra musí presne zaznamenať slová, ktoré pacient použil na opísanie bolesti,

podmieňujúce a zmierňujúce faktory: za akých okolností sa bolesť zhoršuje alebo ustupuje,

pridružené symptómy,

skúsenosti pacienta s bolesťou, názor pacienta na bolesť

obranné spôsoby a efektívne odpovede na bolesť,

vplyv na každodenné aktivity (Bóriková, 2003).

Najbežnejšie klinické delenie je na bolesť nociceptívnu a neuropatickú (centrálnu, periférnu). Ďalej sa bolesť delí na nádorovú a nenádorovú, viscerálnu atď. Z hľadiska časového faktora sa delí na bolesť akútnu, chronickú a rekurentnú (Raudenská, Javůrková, 2011).

Posudzovanie, vyhodnocovanie a riešenie bolesti ako ošetrovateľského problému je proces cyklický a sestra ho v praxi realizuje prostredníctvom metódy ošetrovateľského procesu. **Prvá fáza** zahŕňa zber údajov a fyzikálny assessment. Pri anamnéze bolesti zohrávajú dôležitú úlohu komunikačné a psycho-sociálne zručnosti sestry, úroveň jej empatie, schopnosť klásť otázky a schopnosť odpovedať na pacientove otázky. Pri zisťovaní anamnézy bolesti musí sestra poskytnúť pacientovi príležitosť, aby vlastnými slovami vyjadril, ako pociťuje bolesť a aký má názor na

svoj stav. Zisťovanie anamnézy treba vždy prispôbiť danému pacientovi. Zdravotnícki pracovníci by mali mať na pamäti, že každá skúsenosť pacienta s bolesťou je jedinečná a len on ju môže primerane interpretovať. Na druhej strane treba myslieť aj na komunikačné bariéry, ktoré môžu brániť pacientovi opísať svoju bolesť a skúsenosti s ňou (Gulášová, 2008). Obzvlášť náročná je komunikácia u detí, mentálne postihnutých, verbálne handicapovaných dospelých, pacientov s demenciou a v kóme, ktorí nie sú schopní subjektívnej slovnej výpovedi o prežívaní bolesti (Raudenská, Javůrková, 2011).

Bolesť je častý príznak, s ktorým sa sestra počas ošetrovateľskej praxe stretne, preto je nevyhnutné, aby poznala základné aspekty týkajúce sa najmä jej rozpoznania, diagnostikovania a hodnotenia, ale aj merania a spôsobov jej ovplyvňovania. Správne realizované posúdenie a zvládnutie bolesti je ukazovateľom efektivity ošetrovateľských intervencií, taktiež prispieva ku vzájomnej komunikácii medzi pacientom a sestrou. Nedostatočné posúdenie bolesti je jedným z najčastejších dôvodov nedostatočnej liečby (Tebeláková, 2011). Z ošetrovateľského hľadiska sa s týmto problémom môže spájať množstvo ďalších ťažkostí. Ide o nepríjemný, negatívny a subjektívny pocit, ktorý je impulzom a zdrojom zmeny alebo vzniku deficitných potrieb v ktorejkoľvek oblasti. Objektivizácia charakteru, lokalizácie a najmä intenzity bolesti a jej merania u chorého človeka patrí medzi najnáročnejšie posudzovacie aktivity sestry (Boledovičová, a kol., 2010).

V rámci posúdenie bolesti sestra vyžíva rôzne metódy, ktoré umožňujú získať objektívny údaj od pacienta. Je vhodné, aby sestry zaradili nástroje monitoringu bolesti (mapy, škály, dotazníky) do ošetrovateľskej dokumentácie, čím sa zabezpečí presný prehľad údajov o pacientovej bolesti (Tebeláková, 2011).

Sestra v ošetrovateľskej praxi využíva rôzne druhy posudzovacích nástrojov v podobe meracej a hodnotiacej stupnice, škály, dotazníka, testu a techniky. Vo vyhláske sa posudzovacie stupnice v ošetrovateľstve definujú „ako ukazovatele, ktoré sa používajú pri hodnotení zmien v zdravotnom stave osoby, pričom zmeny je možné merať priamo alebo nepriamo a hodnotenie sa vykonáva väčšinou číselným súčtom“. Pri posudzovaní bolesti je dôležité získať informácie o jej časovom trvaní, lokalizácii, intenzite, type, kvalite a o spúšťacích a zmierňujúcich faktoroch ovplyvňujúcich jej vznik a priebeh. Meracie nástroje na zhodnotenie bolesti možno rozdeliť na jednoduché (unidimenzionálne) a viacrozmerové (multidimenzionálne) (Vorlíček, 2006). Medzi jednoduché škály bolesti patrí: Vizuálna analógová škála bolesti (VAS), Funkčná škála bolesti (In: Babčák, Németh a kol., 2009), Verbálna škála (Keele) (In: Bóriková, Fúrová, 2003). Medzi viacrozmerové patria: McGill-Meltzackov dotazník bolesti, (In: Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995), Hodnotenie bolesti a grafický záznam (Inštitút Gustava Roussy) (In: Bóriková, Fúrová, 2003), West-Haven Yale Multidimensional Pain Inventory, Pain Anxiety Symptoms Scale (príznaky úzkosti spojené s bolesťou – McCracke, Zayfert & Gross (In: Křivohlavý,

2002), dotazník BPI – Brief Pain Inventory (In:Kulichová et al, 2005). Intenzita bolesti je vyjadrená otázkou: ako veľmi to bolí (Turk&Melzack, 2011).

Užitočnou pomôckou pri zisťovaní príčiny bolesti je popis bolesti s použitím tabuľky charakteristiky PQRST (Powell et al., 2010).

P	Pain	lokalizácia bolesti	Kde vás bolí?
Q	Quality	kvalita bolesti	Aká je bolesť?
R	Radiation	vyžarovanie bolesti	Šíri sa niekde?
S	Severity	intenzita bolesti	Aká silná je bolesť?
T	Time	časové trvanie	Je bolesť stála alebo sa mení?
Provokujúce faktory			Čo zhoršuje bolesť?
Úľavové faktory			Čo zmierňuje bolesť?

V druhej fáze ošetrovateľského procesu pri ošetrovateľskej diagnostike sestra využíva Vyhlášku MZ SR č. 306/2005 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz. Ošetrovateľské diagnózy sú kódované a zoradené podľa abecedného zoznamu. Vychádzajú z medzinárodne využíwanej klasifikácie diagnostických pojmov NANDA Taxonómie II. Pre potrebu bolesti sú uvedené pod kódmi B 110 – B 119.

V kontexte poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu sestra následne uskutočňuje plánovanie, samotnú realizáciu naplánovaných intervencií a vyhodnotenie. Nesmie zabúdať, že „pacient by mal byť aktívne účastný na rozhodovaní a riešení jeho aktuálnych a potenciálnych problémov súvisiacich s klinickou liečbou a ošetrovateľskou starostlivosťou“ (Rusňáková, Raková, Katreniaková, 2006).

ZÁVER

Bolešť predstavuje závažný problém jednak pre samotného pacienta, jeho rodinu, ale aj zdravotníckych

pracovníkov, ktorí s ním prichádzajú do kontaktu (Kožušková, 20012). Veľmi dôležitú úlohu v manažmente bolesti zohráva aj dobrý vzťah medzi sestrou, lekárom a pacientom, ktorý má tiež psychoterapeutické účinky. Základom všetkých ošetrovateľských postupov, ktoré sa používajú pri zmierňovaní bolesti je dôležitý empatický prístup sestry. Nezastupiteľnú úlohu v procese zmierňovania bolesti zohrávajú aj podporné osoby pacienta. Raková (2013) uvádza, že pacienti v uskutočnenom výskume ako najčastejší podporný systém identifikovali partnera/partnerku a na druhom mieste syna/dcér. Príbuzní a známi, ktorí pomáhajú pacientovi s bolesťou, často sami potrebujú pomoc, aby pozitívne reagovali na utrpenie pacienta. Podporné osoby, ktoré pomáhajú potrebujú aj uznanie sestry za záujem a účasť na starostlivosti o pacienta. Z uvedeného vyplýva, že bolesť ako ošetrovateľský problém si vyžaduje multidisciplinárny prístup a kontinuálne sledovanie problematiky zo strany zdravotníckych pracovníkov.

LITERATURA

- [1] BABČÁK, M., Németh, F., a kol. 2009. Vybrané kapitoly z internej propedeutiky, výživy a ošetrovateľstva. Prešov: DAH, 2009. 228 s. ISBN 978-80-969865-5-2.
- [2] BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol. 2010. Pediatrické ošetrovateľstvo. Martin: Osveta, 2010. 215 s. ISBN 978-80-8063-331-8.
- [3] BÓRIKOVÁ, I., FÚROVÁ, A. 2003. Posudzovacie, hodnotiace a meracie škály a techniky v ošetrovateľskej praxi. In Žiakova, K. a kol. (eds). Ošetrovateľstvo vo vnútornom lekárstve, 2003. 261 s. ISBN 80-88866-28-6.
- [4] GULÁŠOVÁ, I. 2008. *Bolesť ako ošetrovateľský problém*. Martin: Osveta, 2008, 96 s. ISBN 978- 80- 8063-288-5.
- [5] ICSI (Institute for clinical systems improvement). Health Care Guideline: Assessment and Management of Acute Pain. 6th ed. [online]. 2008. 58 p. [cit. 2014-09-21] Dostupné na: http://www.icsi.org/pain_acute/pain__acute__assessment_and_management_of__3.html.
- [6] KOCSIOVÁ, A. 2006. Manažment liečby nádorovej bolesti. In Sestra, 2006. roč. V., č. 7-8, s. 32-33. ISSN 1335-9444.
- [7] KOŽUCHOVÁ, M. 2012. Hodnotenie vplyvu bolesti na vybrané dimenzie života pacientov v domácom prostredí. In *Ošetrovateľství a porodní asistence* [online]. 2012, roč. 3, č. 3, s. 447-453 [cit. 2014-09-21]. Dostupné na: http://periodika.osu.cz/osetrovateľstviaporodniasistence/dok/2012-03/5_kozuchova.pdf.
- [8] KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80- 247-0179-0.
- [9] KULICHOVÁ, M. a kol. 2005. *Algeziológia*. 1. vyd. Žilina: ŽU, 2005. 300 s. ISBN 80-8070- 445-7.
- [10] LACETTI, MS., KAZANOWSKI, MK. 2009. *Pain Management*. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers, 2009.
- [11] McCOOL, WF., SMITH, T., ABERG, C. 2004. Pain in Women's Health:
- [12] A Multi-Faceted Approach Toward Understanding. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2004. 49(6), 473-481.
- [13] POWELL, RA., et al. 2010. *Pain History and Pain Assessment*. In Kopf A, Patel NB, Guide to Pain Management in Low-Resource Setting, 2010, p.67-78.
- [14] ROKYTA, R., et al. 2011. *Bolesť a jak s ní zacházet*. 2. vyd. Praha: Grada, Publishing, 2011. 169 s. 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
- [15] RAKOVÁ, J. 2013. Relation between the quality of life of patients with cardiovascular disease and nursing care according to the conceptual model. In: Rajničová-Nagyová, I., Katreniaková, Z. (eds.) *New challenges for public health and health systems in V4 countries*. Košice: Equilibria, 2013. p. 79-85, ISBN 978-80-8143-122/7.
- [16] RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A. 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.

- [17] RUSŇÁKOVÁ, V., RAKOVÁ, J., KATRENIÁKOVÁ, Z. 2006. Bio-psycho-sociálne a spirituálne zmeny u klienta s tracheostómiou. In: Kudlová, P. (ed.) *Sociokultúrní kontexty v ošetrovatelství a porodní asistenci, příspěvek k podpoře humannější péče o člověka*. Olomouc: UP, 2006. s.286-294, ISBN 80-244-1424-4.
- [18] RYBÁROVÁ, L., ŽULTÁKOVÁ, S. 2006. Bolest: muži verus ženy. In *Sestra*, 2006. roč. V, č. 3-4, s. 32-33. ISSN 1335-9444.
- [19] PAYENOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, CH. 2007. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, o.s., 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.s. 276-277
- [20] TEBELÁKOVÁ M. 2011. Posudzovanie intenzity bolesti u pacientov v domácej ošetrovateľskej starostlivosti. *Bolest*. 2011, roč. 14, č. 3, s. 148 – 152. ISSN 1212-0634.
- [21] TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. a kol. 2008. *Potreby v ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2008, 198 s. ISBN 978-80-8063-270-0.
- [22] TURK, DC., MELZACK, R. 2011. *Handbook of Pain Assessment*. New York: Guilford Press, 2011. 529 p.
- [23] VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. a kol. 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006, 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
- [24] VYHLÁŠKA MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom.

NURSING PAIN MANAGEMENT



KONTAKTNÍ ÚDAJE NA AUTORA:

doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.
Univerzita Pavla Jozefa Šafárika
v Košiciach
Lekárska fakulta
Ústav ošetrovateľstva
Tr. SNP 1, 040 66 Košice
E-mail: lucia.dimunova@upjs.sk

Dr. n. med. Anna Bednarek
Uniwersytet Medycznego w Lublinie
Katedra I Zakład Pełgniactwa
Pediatricznego
E-mail: bednarekanna@o2.pl

Mgr. Ferdinand Mohnyánszki
Univerzitná nemocnica L. Pasteura
Rastislavova 43, 040 01 Košice
E-mail: nandy.mohnansky@gmail.com

ABSTRACT

The presence of the pain in patients significantly influences the quality of life. Nursing care of patients with pain put great emphases on complex and individual approach. Expectation for accurate and objective assessment of pain is the continuing education of nurses and monitoring trends in the treatment of pain. In this paper, we focused on pain assessment as a nursing problem in the context of the nursing process.

KEYWORDS:

pain, nurses, nursing process, scale of pain

HISTORIE PORODNICKÝCH KLEŠTÍ

VLASTA DVOŘÁKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA



ABSTRAKT

První zmínky o porodnických kleštích sahají daleko do minulosti. Datum samotného vynálezu nástroje uvádějí však autoři různě, podle některých to byl rok 1576, podle jiných autorů to bylo až 17. století. Historie kleští je spjata s příběhem, který bohužel Hippokratově přísaze a lékařské etice není ani trochu ke cti. Vidina zisku zapříčinila v tomto případě smrt mnoha dětí i jejich matek. Hrdiny příběhu jsou členové rodiny Chamberlenů, kteří po několik generací používali kleště, ale konstrukci nástroje uchovávali v naprosté tajnosti. K rozšíření kleští v Evropě tedy nedošlo zásluhou Chamberlenů, ale v roce 1723 dal světu porodnické kleště Johann Palfyn z Flander.

KLÍČOVÁ SLOVA:

porodnické kleště, rodička, historie

ÚVOD

Porodnické kleště mají velmi zajímavou historii. Snaha vybavovat plod uměle je prastará. Již Hippokrates se ve spisu „De superfetatione“ zmiňoval o tahu rukou a Avicenus mluvil dokonce o kleštích. Porodnické kleště nejsou však z antiky doložené, tehdejší nástroje označované jako forceps sloužily k extrakci hlavičky při zmenšovacích operacích (Doležal a kol., 2007).

Název forceps (kleště) je odvozen ze složeniny slov formus – horký a capio – uchopovat. Datum vynálezu porodnických kleští uvádějí autoři různě. Podle některých to byl rok 1576, kdy Franco vyslovil myšlenku o porodnických kleštích, podle jiných autorů to bylo až 17. století (Niklíček, 1985).

RODINA CHAMBERLENŮ

Historie porodnických kleští je spjata s rodinou Chamberlenů, kteří po několik generací uchovávali tajemství konstrukce nástroje v tajnosti, aby si udrželi výlučné postavení a zisky. K rodičkám kleště přinášeli ve speciální schránce, takže nikdo nepovoláný nástroj neviděl.

Vše začalo v roce 1569, kdy William Chamberlen uprchl do Anglie jako hugenot před persekucí Kateřiny Medicejské. Dva jeho synové, Peter starší (1560–1631) a Peter mladší (1572–1626), se stali proslulými ranhojiči, chirurgy. Peter starší je považován za objevitele porodnických kleští. Domohl se jako proslulý lékař značného jmění. Třetí, téhož jména Peter (1601–1683), byl synem Petra mladšího,

získal lékařský titul a byl znám jako Dr. Peter, byl u porodu manželky Charlese I., královny Anny i Henriety Marie. Hugh Chamberlen (1630–1720) byl nejstarší syn Petera nejmladšího a rodinnou tradici neporušil, také pracoval jako chirurg a porodník a i jemu sloužil k práci utajovaný nástroj. Kleště byly tedy po tři generace Chamberlenů (100 let) předávány jako rodinné lékařské tajemství (Doležal, 2009).

Kleště měly rozebírací branže, okénka, zakřivení podle hlavičky, zakončení podobné jako manubrium u nůžek. Peter Chamberlen v roce 1672 napsal: „*Můj otec, bratři a já a dál už v Evropě nikdo, víme, že jsme s Boží pomocí a naším snažením našli prostředek, který umožňuje, aby novorozenec, který má hlavičku vzadu nebo v nesprávné poloze, mohl být bez nebezpečí pro matku nebo dítě porozen. Všichni ostatní porodníci postupují obvyklým způsobem a vystavují dítě velkému nebezpečí, když pracují s jedním nebo dvěma háky. Naším způsobem se může porod uskutečnit bez nebezpečí a s menší námahou.*“ (Klaus, 1955, s. 204).

Znalost tajemného nástroje zůstávala pouze majetkem rodiny. Chamberlenové bohatli a pokoušeli se svůj vynález prodat. Vyšší míra úspěšnosti během komplikovaných porodů, při nichž rodina Chamberlenů používala porodnické kleště, vedla k jejich věhlasu, značnému majetku, ale přirozeně také k závislosti odborného okolí. Ve starých dokumentech londýnské Lékařské společnosti najdeme řadu zmínek o tom, že tyto své dovednosti a znalosti nepředávali dalším kolegům (Fiala, 2011).

Důležitým okamžikem v historii porodnických kleští se stalo setkání Hugh Chamberlena s porodníkem Mauriceauem. Bylo to 19. srpna 1670, kdy Hugh Chamberlen prohlásil, že jeho instrument dovoluje během několika minut úspěšně odrodit i ty nejtěžší případy. Na základě tohoto prohlášení byl Chamberlen přizván k mimořádně těžkému případu. Bylo to v době, kdy mělo být tajemství kleští prodáno v Paříži za 10 tisíc tolarů. Žena však zemřela a k obchodu ve Francii už nikdy nedošlo (Doležal, 2009).

Smrt této ženy byla spojená se zkouškou funkčnosti kleští. Mauriceau chtěl vidět, jaký prospěch pro porodnictví kleště mají, a proto uložil Hughovi, aby ukončil porod u ženy, kterou mu vybral (Klaus, 1955). Jednalo se o primigravidu, které bylo 28 let a Mauriceau zjistil u této rachitické trpaslice zúžení pánve a při vyšetření našel hlavičku plodu vysoko nad pávní. Nebylo možno zavést ani ruku pro kontrolu háku, kterým by se plod extrahoval. Kdosi navrhl jako naději pro záchranu dítěte císařský řez, což Mauriceau odmítl. Z dnešního pohledu zde byla jasná kontraindikace pro klešťovou operaci, forceps není nástrojem pro překonávání kefalopelvického nepoměru, ale to tehdy nebylo vůbec jasné. Rodička byla na posteli se závěsem, takže nikdo mimo porodníka neviděl, co se děje. Chamberlen se chlubil, že za pouhých 15 minut vybaví plod. Podle sdělení Mauriceaua pracoval Hugh bezúspěšně po tři hodiny mimo pauzy, kdy odpočíval. Již vyčerpaný Chamberlen odmítl další pokusy a za 24 hodin žena zemřela. Při pitvě byla u ženy nalezena roztržená děloha. Kleště Chamberlen používal bez kontroly rukou.

Chamberlen se s Mauriceauem rozešel v nevůli, kleště neprodal a vrátil se do Anglie. Mauriceau si udobřil až teprve tehdy, kdy přeložil do angličtiny jeho knihu, kterou mu Mauriceau věnoval během jeho pobytu v Paříži. V knize se v předmluvě píše o porodnických kleštích a překladem této knihy si Chamberlen získal v Anglii úctu. Kniha vycházela opakovaně po sto let, z čehož měl Chamberlen finanční prospěch.

Neúspěch Chamberlena z roku 1670 spojený s úmrtím rodičky i dítěte vzbudil ve francouzských porodnických kruzích, které stály v čele světového porodnictví, nedůvěru ke kleštím.

Zajímavé je, že Chamberlen po návratu do Anglie nadále porody per forcipem s úspěchem prováděl. Asi roku 1693 (v některých pramenech kolem roku 1688) nakonec prodal tajemství konstrukce kleští Chamberlen holandskému porodníkovi Rogeru Roonhuysenovi, který vykonával svoji praxi v Amsterdamu (Peschout, 2008). To, co ale Hugt prodal, byla dle některých autorů jedna branže kleští, kterou používali porodníci na způsob páky (Klaus, 1955; Doležal, 2009).

Rodinné tajemství Chamberlenů bylo úplně odhaleno až v roce 1818, kdy byla v domě náhodně nalezena skříň se zajímavým obsahem. Jednalo se o zkřížené rozkládací kleště se zakřivením podle hlavičky s okénky, dnes uložené v muzeu v Göttingenu (Doležal a kol., 2007).

Porodník Roger Roonhuysen předával poněkud utajené tajemství kleští svým

žákům. Utajené v tom smyslu, že se jednalo pouze o jednu polovinu nástroje. Vedly se dokonce spory o tom, zda Chamberlen neprodal svoje tajemství takto upravené, ale nakonec se našly důkazy svědčící spíše o podvodu holandského porodníka vůči svým žákům (Doležal, 2001; Peschout, 2008).

ROZŠÍŘENÍ PORODNICKÝCH KLEŠTÍ V EVROPE

K rozšíření nástroje v Evropě nedošlo zásluhou Chamberlenů. V roce 1723 dal světu porodnické kleště Johann Palfyn z Flander (1730 – 1650) profesor anatomie a chirurgie v Gentu, který zkonstruoval kleště, které sám nazýval lžicemi, a které neměly zámek. V roce 1723 Palfyn na zasedání francouzské Akademie věd poprvé veřejně předvedl jím vylepšené kleště (Čech, 1999; Niklíček, 1985). Palfyn je považován za otce porodnických kleští, kterým se také říkalo tahače hlavy nebo železné ruce Palfynovy (manus ferreae Palfynianae). Šlo o jednodušší verzí nástroje oproti kleštím Chamberlenů, prakticky to byly dvě jednoduché modifikované páky.

V roce 1747 předložil André Levret model nových kleští původně 44 cm dlouhých a opatřených zámkem. K dosavadnímu zakřivení podle hlavičky měly navíc zakřivení podle pánve.

Porodnické kleště se velmi rychle rozšířily po celé Evropě. V Anglii v roce 1752 William Smellie, proslavený nádhernými morfologickými pracemi, zkonstruoval krátké, třicet centimetrové kleště štíhlé s malým pánevním zakřivením s okénky

povleklými kůží k omezení bodového tlaku. V 18. a 19. století nebylo významného porodníka, který po sobě nezanechal kleště s eponymickým názvem. V roce 1849 napočítal Kilian na 130 různých typů kleští a tento počet se stále zvyšoval. Všeobecné užívání kleští se datuje teprve od doby, kdy Levret v Paříži a Smellie v Londýně zkonstruovali své kleště (Trapl, 1955; Doležal a kol., 2007).

V 19. století se používal výrok, jehož autorem byl anglický porodník James Blundell: *„Nedejte se svéstí pokušením. Vložíte-li své nástroje do brašny, velmi snadno z ní vyklouznou do dělohy.“* Existovali tehdy porodníci, kteří měli frekvenci kleští kolem 40 %. (Doležal, 2007, s. 153).

Porodnické kleště byly typickým porodnickým nástrojem 18. a 19. století. Vysoké kleště, tehdy běžně prováděné, spojené s rotací u hraničně zúžených pánví, vedly k traumatům u novorozenců a k neurologickému iatrogennímu poškození, kleště tím získaly smutnou pověst.

Dnes se indikace ke kleštím změnily, vysoké kleště se již neprovádí a na některých pracovištích byly kleště úplně nahrazeny VEX. Porodnické kleště nahrazují chybějící vypuzovací síly nebo je zesilují (Doležal a kol., 2007; Roztočil, 2008).

ZÁVĚR

Vývoj porodnických kleští je velmi zajímavý. Historicky se vyvíjel nejen vzhled samotných kleští, ale i názor na úlohu kleští za porodu. Někteří

porodníci a porodnické školy spatřovaly úlohu porodnických kleští spíše v komprimaci hlavičky, která usnadňovala průchod hlavičky porodním kanálem. Nakonec převážil spíše názor, který spatřoval úlohu porodnických kleští spíše v tahu a podpoře přirozených vypuzovacích sil, které v průběhu porodu působí na hlavičku plodu. V současné době probíhá diskuse o úloze porodnických kleští v moderním porodnictví, o jejich místě a možnostech moderního porodníka.

SEZNAM POUŽITÉ A CITOVANÉ LITERATURY

- [1] ČECH, E. a kol. 1999. *Porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169355-3.
- [2] DOLEŽAL, A. 2001. *Od babictví k porodnictví*. 1. vyd. Univerzita Karlova Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0277-6.
- [3] DOLEŽAL, A. 2007. *Porodnické operace*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-0881-2.
- [4] DOLEŽAL, A. a kol. 2009. *Evropa - kolébka vědeckého porodnictví*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-506-2
- [5] FIALA, L. 2011, <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/z-dejin-porodnictvi-v-459617>
- [6] KLAUS, K. 1955. *Porodnické operace*. Praha, Státní zdravotnické nakladatelství, 1955.
- [7] NIKLÍČEK, L. 1985. *Dějiny medicíny v datech a faktech*. Praha: Avicenum, 1985. ISBN 08-042-85.
- [8] PESCHOUT, R. 2008. *Forceps (porodnické kleště)* Praha: Levret, Moderní babictví 16, 2008. ISSN 1214-5572.
- [9] ROZTOČIL, A. 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
- [10] TRAPL, J. *Učebnice praktického porodnictví*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1955.

HISTORY OF OBSTETRIC FORCEPS

KONTAKTNÍ ÚDAJE NA AUTORA:

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra zdravotnických studií
Tolstého 16, 586 01 Jihlava
E-mail: vlasta.dvorakova@vspj.cz

ABSTRACT

The first mention of obstetric forceps reach far into the past. Exact date of this invention is seen by various authors differently, according to some it was the year 1576, according to other authors it was not until the 17th century. History of obstetric forceps is connected with the story which unfortunately does not serve to the honour of Hippocratic Oath and medical ethics. The prospect of profit in this case caused the death of many children and their mothers. Protagonists of this story are Chamberlen family members, who were for several generations using those forceps but they kept the tool design strictly confidential. Spreading of obstetrics forceps in Europe was thus not enabled by Chamberlens but in 1723 by Johann Palfyn from Flanders.

KEYWORDS:

obstetric forceps, woman in labor, history

PŘÍRŮSTEK TĚLESNÉ HMOTNOSTI V PRŮBĚHU GRAVIDITY

PAVLA ERBENOVÁ
PETRA HORÁČKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Příspěvek přináší zhodnocení závislostí mezi přírůstkem tělesné hmotnosti v období gravidity a dalšími faktory (předgravidní BMI, věk, vzdělání, komplikace gravidity, pohybová aktivita, aj.). Jedná se o pilotní průzkum. Data v tomto příspěvku byla získána dotazníkovým šetřením u 37 probandek v jihlavské nemocnici na oddělení rizikového těhotenství a šestinedělí v lednu 2014 (standardizovaný dotazník IPAQ s doplňkovými demografickými a antropometrickými parametry). Výsledky práce objasňují, že závislost mezi přírůstkem tělesné hmotnosti v průběhu gravidity a většinou sledovaných faktorů je statisticky nevýznamná.

KLÍČOVÁ SLOVA:

gravidita, tělesná hmotnost, přírůstek tělesné hmotnosti, BMI

OBEZITA V PRŮBĚHU GRAVIDITY

Alterance je typická pro období těhotenství. Význam životního stylu pro gravidní matku bývá jak přeceňován, tak podceňován (Pařízek, Anděl, Beloševičová, et al., 2008, p. 41). Jako zásadní faktor změn životního stylu spojeného s mateřstvím je obvykle snížení celkového množství pohybové aktivity (PA) a přitom nedochází k adekvátnímu omezení energetického příjmu. „Předpokládá se, že psychosociální faktory a změna životního stylu sehrávají hlavní úlohu ve vzestupu hmotnosti, který pozorujeme jak v poporodním období, tak v přechodu“ (Hainer, 2011, p. 85-86). Žijeme v zemi, kde je vysoká dostupnost potravin. Svědčí o tom statistické údaje, ve kterých se uvádí, že Česká republika se v celosvětovém měřítku drží na předních pozicích v počtu obézních osob. Průzkum Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP, 2011), který byl proveden na konci roku 2010 agenturou STEM/MARK udává, že 55 % obyvatel trpí nadváhou a obezitou. Přesněji řečeno má 34 % obyvatel nadváhu a 21 % populace trpí obezitou. V sociokulturní charakteristice Hainer et al. (2011, p. 80) specifikuje, že v České republice je postižena především venkovská populace a osoby s nižším vzděláním.

Mezi laickou veřejností existovala představa, že „těhotná žena může jíst za dva“. Dnes se však můžeme setkat s novým názorem, že „vyšší přírůstek tělesné hmotnosti v těhotenství je znakem zdravého těhotenství“. U odborné veřejnosti převládá názor, že se těhotné ženy v České republice přejídají (přijímají více nutriční energie), a tím se podílejí

na nevhodně vysokém nárůstu tělesné hmotnosti během gravidity a na vzniku obezity (Hronek, 2004, p. 46). Také Hainer (2011, p. 85) potvrzuje, že období gravidity a období po porodu je jeden z rizikových faktorů pro nárůst tělesné hmotnosti.

DŮSLEDKY OBEZITY PRO MATKU A PLOD

Všeobecný screening rizikové a patologické gravidity je součástí všeobecné anamnézy a uvádí rizikové faktory zjištěné z demografické, sociální, rodinné a osobní anamnézy. U základního vyšetření je hodnocena výška < 155 cm, tělesná hmotnost > 90 kg a vyšetření pánve. Obezita je tak markerem rizikové gravidity či předčasného porodu. Největší výpovědní hodnotu mají rizika plynoucí z anamnézy porodnické a z dosavadního průběhu těhotenství. „Mezi rizikové faktory patologického průběhu těhotenství jsou nejčastěji uváděny (někdy bez jednoznačných důkazů) následující: příliš nízký či naopak pokročilý věk matky, parita, nízký socioekonomický status, nedostatečná prenatální péče, jiná než bílá rasa, zaměstnání a fyzická aktivita žen v těhotenství, obezita, nízký či naopak abnormálně vysoký hmotnostní přírůstek během těhotenství, nízký vzrůst matky, vícečetné těhotenství, těhotenství po asistované reprodukci, krátký časový interval po předchozí graviditě, mužské pohlaví plodu a mnohé další (Hájek et al. 2004, pp. 26, 41 - 42).

Kaňková i Adámková (2005, p. 40; 2009, p. 17) považují za nejčastější a nejběžnější kvantitativní ukazatel normální či patologicky zvýšené tělesné hmotnosti,

a tedy hodnotitel obezity, index tělesné hmotnosti (z anglického body mass index – BMI). Ten sice nedává představu o rozložení tělesného tuku a nelze jej užít ve vyšším stupni gravidity. Všeobecně však byla přijata diagnostika nadváhy a obezity podle indexu tělesné hmotnosti BMI. BMI se vypočítá dělením hmotnosti vyjádřené v kilogramech druhou mocninou výšky, která je vyjádřena v metrech (kg/m^2). Přestože BMI přesně neodráží podíl tuku a beztukové hmoty, řada studií potvrdila jeho dobrou korelaci s obsahem tělesného tuku (Hainer, 2001, p. 16). Přes řadu negativ a výhrad, že BMI může odrážet zmnožení svalové hmoty namísto tukové tkáně, může být jednoduchým mezinárodním srovnávacím měřítkem a lze tak na základě BMI určit zdravotní rizika spojená s obezitou (Hainer et al. 1997, pp. 11–13). Při BMI 25–30 hovoříme o nadváze, která obvykle nepředstavuje vážnější zdravotní rizika. Podle rozsáhlých epidemiologických

studií však vzestup BMI nad 27 obvykle vede k určitému nárůstu mortality. Od BMI nad 30 rozlišujeme obezitu I. stupně (BMI = 30–34,9) nebo obezitu II. stupně (BMI = 35–39,9), kde je vysoké riziko vzniku zdravotních komplikací. Při hodnotách BMI nad 40 již hovoříme o těžké neboli morbidní obezitě, která je spojena s vysokými zdravotními riziky.

„Na nárůstu hmotnosti těhotné ženy se podílí nahromaděná voda v jejím těle, hmotnost plodového vejce a prosáknutí dělohy (hmotnost plodu je přibližně 3200 g, plodové vody 1000 g, placenty a dělohy 1000 g – celkem 5200 g).“ (Hronek, 2004, p. 47)

Tabulka 1 přináší doporučené rozmezí hmotnostního přírůstku v průběhu gravidity pro osoby s různým stupněm tělesné hmotnosti dle BMI.

Tabulka 1: Doporučená rychlost váhového přírůstku během těhotenství (podle: Evropské společnosti). In Hronek 2004, p. 47

Výživový stav na počátku těhotenství	Celkový přírůstek během těhotenství (kg)
Podvýživa (BMI 18,5 - 19,9 kg/m^2)	12,5-18
Normální výživa (BMI 20,0 - 24,9 kg/m^2)	11,5-16
Nadváha, obezita (BMI >24,9 kg/m^2)	7-11,5

Obezita brání spontánnímu početí. Možnost spontánního otěhotnění u pacientek s nadváhou je asi jen 60 %. U žen s BMI vyšším než 35 již jen 30 %. Také s použitím metod asistované reprodukce úspěšnost stoupá u žen s normální váhou a také riziko těhotenské ztráty není tak vysoké jako s rostoucím BMI. (Šrámková In Fait, Dvořák, Skřivánek, 2009, pp. 182, 192)

Souhrnně jsou obézní ženy více ohroženy hypertenzí, gestačním diabetem, infekcí močových cest, vznikem varixů, ale i vznikem cholecystolitiázy a plicní embolie. Obezita komplikuje i průběh porodu. Plodu pak hrozí vyšší porodní hmotnost, vrozené vady, úmrtí novorozence i riziko syndromu náhlého úmrtí kojence, riziko vzniku diabetu 2. typu a samotná obezita dítěte. (Šrámková In Fait, Dvořák, Skřivánek 2009, p. 193)

Ve výčtu negativ zvýšené tělesné hmotnosti v souvislosti s reprodukcí pokračuje Müllerová (2013, p. 9) a Vojtěch et al. (2013, p. 21,22), kteří uvádějí:

- snížení fertility;
- vznik gestačního diabetu, těhotenské hypertenze a preeklampsie;
- zvýšené riziko infekcí močových cest, zánětů rodidel;
- tromboembolické nemoci gravidní ženy;
- problematičnost prvotrimestrálního screeningu, kdy je záchytnost ultrazvukového vyšetření obezitou výrazně negativně ovlivněna. I u následných vyšetření a vizualizace srdeční a intrakraniální fetální anatomie v průběhu II. a III.

trimestru bývá v důsledku zmnožení abdominálního tuku suboptimální a obtížná

- vyšší riziko porodu po očekávaném termínu;
- porod častěji vyžaduje aplikaci peridurální analgésie a oxytocinu a je zatížen vyšším rizikem protrahovaného porodu a dystokie;
- menší šance na spontánní vaginální porod, vyšší riziko instrumentálního porodu;
- významný rizikový faktor v souvislosti s nutností ukončit těhotenství akutním císařským řezem;
- rizikový faktor vzniku trombózy po císařském řezu;
- vyšší riziko postpartálního krvácení, riziko komplikací hojení;
- poporodní rekonvalescence je obecně obtížnější (délka hospitalizace po spontánním porodu je v průměru o 1-2 dny delší);
- vzniká zvýšené zdravotní riziko pro plod – makrosomie plodu s nutností císařského řezu, nižší apgarské při porodu, rizika hypoglikémie časně po porodu, zvýšená pravděpodobnost vrozeného defektu neurální trubice či kryptorchismu u mužských potomků;
- obézní matka obtížněji zahajuje laktaci a celkově kojí kratší dobu;
- z dlouhodobých komplikací jde pak o zhoršení obezity matky a rozvoj obezity u dítěte v dalším věku.

Norman a Clark zaznamenali časnější nástup menarche u obézních žen, ale popsali také o několik let dříve počátek ovariálního selhání a nástup menopauzy (In Melicharová, Řezáčová, Feyereisl, 2013, p. 17).

VÝCHODISKA Z PROBLEMATIKY

Nejlepší prevencí nežádoucích komplikací je váhová redukce obézní ženy s dostatečným předstihem před plánovaným těhotenstvím (Müllerová 2013, p. 9). Také zdravý životní styl zahrnující doporučenou úroveň fyzické aktivity v průběhu těhotenství může přispět k lepším výsledkům těhotenství (Weir et al, 2010, p. 6). Demoulin (2006, p. 93) uvádí, že těhotné ženy bývají dostatečně motivovány a usilují o dobrý zdravotní stav svůj i plodu. Pro optimální vývoj plodu je dle Pařízka et al. (2008, p. 240) vhodné začít s nutriční přípravou již před těhotenstvím a alespoň v posledních 3 měsících před plánovaným těhotenstvím mít stabilní hmotnost s dobře vyváženou a pestrkou stravou. „Je prokázáno, že agresivní léčbou nadváhy a obezity (včetně farmakoterapie a bariatrická operace) dochází ke zlepšení ovulace, snížení perinatálních komplikací a výrazně úspěšnější jsou i metody asistované reprodukce (Šrámková In Fait, Dvořák, Skřivánek 2009, pp. 184). U obézní ženy, kde je vyloučena jiná příčina neplodnosti, až v 85 % dochází k úpravě a zvýšení pravděpodobnosti početí po snížení tělesné hmotnosti zhruba o 10 – 15 % (Müllerová, 2013, p. 9). Tato zjištění spolu s rostoucími náklady na zdravotní péči by měla naléhavě vést k soustředění pozornosti na prevenci veřejného zdraví. McGinnis & Forge (1993, in Křivohlavý, 2003, p. 21) odhadují, že téměř 50 % všech příčin úmrtí je možno změnit vhodnou formou prevence.

„Sport a zdravá životospráva jsou jako prostředek korekce tělesných proporcí i duševní vyrovnanosti nezastupitelné“

a měly by mít místo v průběhu celého života každého jedince (Fialová, 2007, p. 46).

MATERIÁL A METODY

Příspěvek je kvantitativního charakteru. Matematicko-statistickými metodami se zjišťují vztahy mezi přírůstkem hmotnosti během gravidity a dalšími faktory týkající se pohybové aktivity a vybraných demografických údajů. Pilotní výzkum proběhl v lednu roku 2014 v jihlavské porodnici. Pro statistické zpracování bylo použito 37 dotazníků. Výsledky nemůžeme zobecnit.

VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumným souborem byla skupina žen 1 – 3 dny po porodu. Ta byla určena stratifikovaným výběrem, kdy relevantními znaky výběru probandek byl konec gravidity. Skupina byla zvolena podle záměrného výběru, který není tím nejlepším, ale jediným dostupným při našich určených relevantních znacích.

METODY SBĚRU DAT

Pilotní průzkum proběhl pomocí dotazníkového šetření. Užito bylo mezinárodního standardizovaného dotazníku IPAQ (International Physical Activity Questionnaire), který byl vytvořen ke sledování úrovně pohybové aktivity dospělé populace mezi 18. a 65. rokem života v různých sociálních prostředích (Craiq, Marshall, Sjöström, Bauman, Booth, Ainswoth, ...Oja, 2003). Součástí dotazníku byly i demografické a doplňující otázky zaměřené na antropometrické parametry a životní styl probandek.

Z antropometrických ukazatelů byla zjištěna tělesná výška a předgravidní hmotnost, z nich byla následně vypočtena hodnota Body Mass Indexu (BMI).

METODY ZPRACOVÁNÍ DAT

Kvantitativní data byla zpracována pomocí programu STATISTICA 10, SPSS a MS Excel. Pro získané znaky byly vypočteny základní statistické charakteristiky (četnosti výskytu hodnot (n), relativní četnosti (p), průměry, směrodatné odchylky (S_n), mediány, průměrné absolutní odchylky od mediánu (MAAD), kvartily). Dále

byly sledovány korelace mezi váhovým přírůstkem a kardinálními znaky. Pro korelace parametrických znaků váhového přírůstku a byl použit Pearsonův korelační koeficient (r), pro neparametrické znaky byl použit Spearmanův korelační koeficient (ρ).

VÝSLEDKY A DISKUSE

V tabulce 2 jsou uvedené základní charakteristiky demografických údajů sledovaných veličin, které by mohly ovlivnit váhový přírůstek během gravidity.

Tabulka 2: Obecné charakteristiky

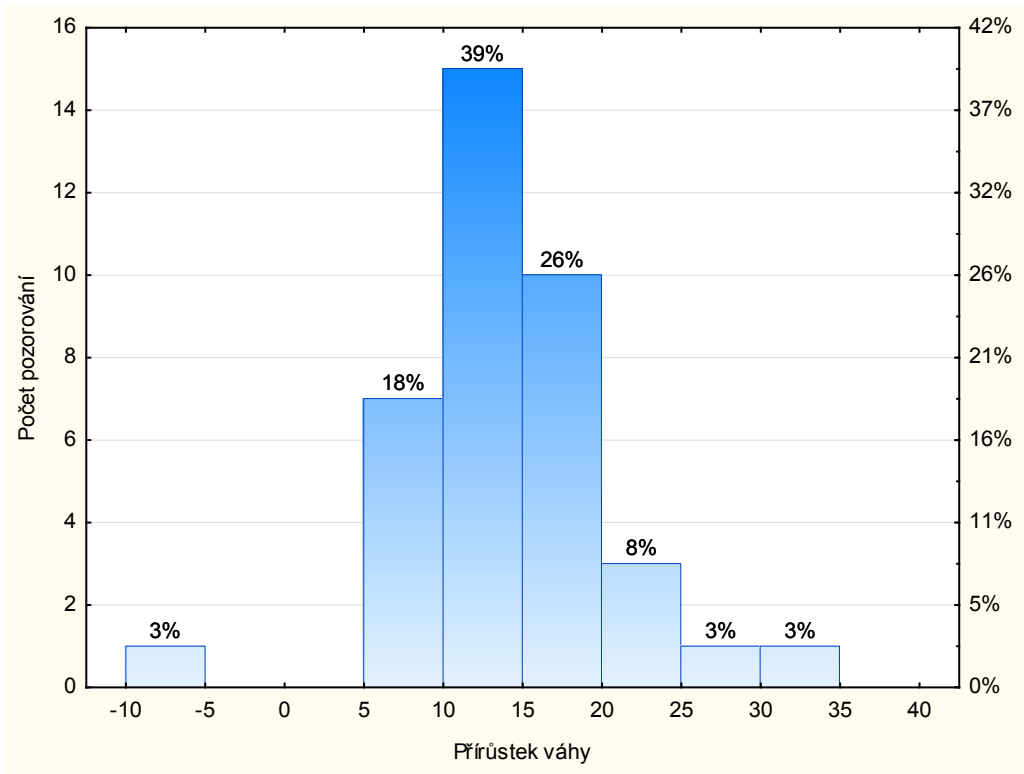
	n	Medián	MAAD	Průměr	S _n	Min	Max
Věk	38	29	4	28,7	5,1	17	38
Vzdělání	37						
ZŠ, vyučená, SŠ bez maturity	11 (29 %)						
SŠ s maturitou, VOŠ	18 (47 %)						
VŠ	8 (21 %)						
Zaměstnaná v průběhu těhotenství ^a	19 (50 %)	40	7,6	34,6	12,4	7,5	50
Bydliště	38						
Malá obec/vesnice	14 (37 %)						
Menší město	13 (34 %)						
Středně velké město	11 (29 %)						
Počet porodů	38						
1	24 (63 %)	1	0,4	1,4	0,6	1	3
2	12 (32 %)						
3	2 (5 %)						
Komplikované těhotenství (ano)	3 (8 %)						
Kuřačka před graviditou	10 (26 %)						
Kuřačka na konci gravidity	2 (5 %)						
Žije v rodině s dětmi do 18 let	9 (24 %)						
^a Počet hodin týdně, charakteristiky pouze pro zaměstnané.							

V tabulce 3 jsou zobrazeny základní charakteristiky váhového přírůstku.

Tabulka 3: Charakteristiky předgravidní hmotnosti, hmotnosti na konci gravidity a váhového přírůstku

Charakteristika	Předgravidní hmotnost	Hmotnost na konci gravidity	Přírůstek hmotnosti
Min	50	61	−5
Max	140	170	33
Medián	62	76,5	15
MAAD	4,5	9,7	12
Dolní kvartil	56	70	11,3
Horní kvartil	70,4	85,9	17,8
Průměr	65,7	80,6	14,9
S _n	15,7	19,2	6,6
Šikmost	3,0	2,9	0,05
Špičatost	12,9	12,1	2,6

Data jsou symetrická (po odstranění odlehle hodnoty jsou data levostranně zešikmená), normální rozdělení dat se nepotvrdilo ($p = 0,11$). V obrázku 1 je grafické rozdělení četností přírůstu váhy během gravidity.

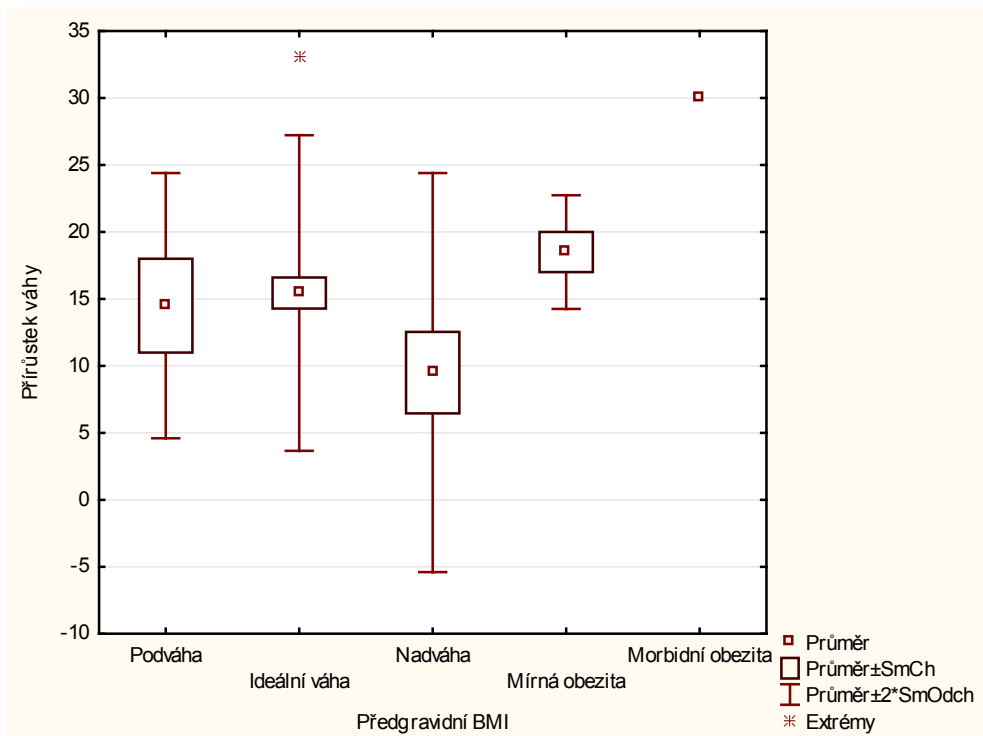


Obrázek 1: Histogram váhového přírůstku

ZÁVISLOST

Přírůstek váhy a předgravidní BMI

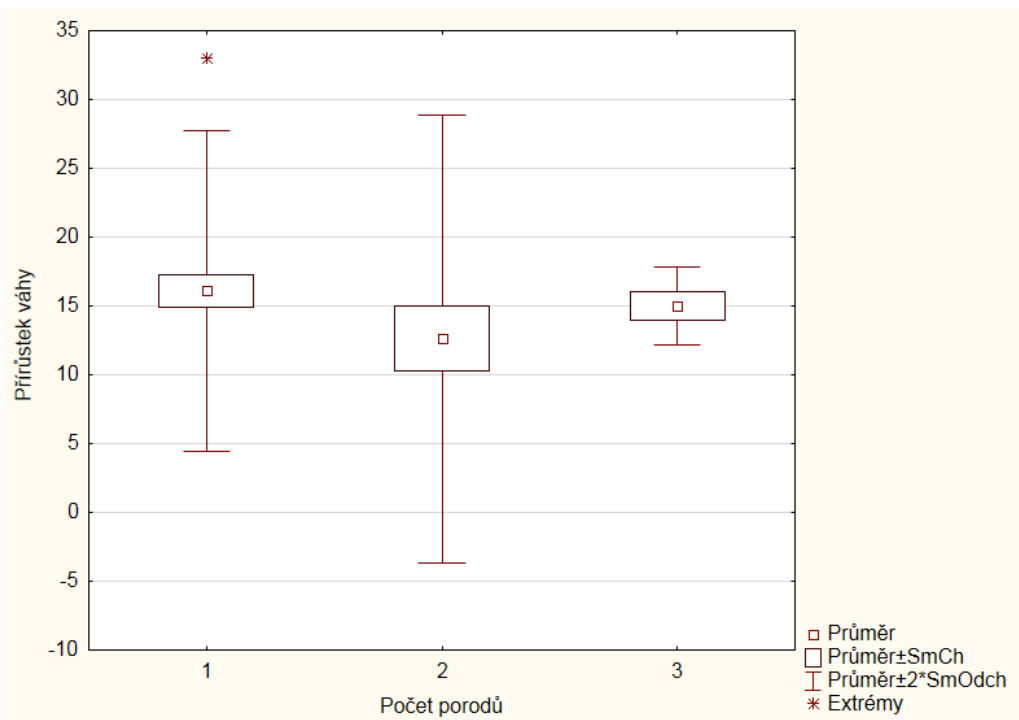
Mezi váhovým přírůstkem a hodnotou BMI byla prokázána slabá pozitivní závislost ($r = 0,30$), závislost je statisticky velmi významná ($p < 0,01$). Na obrázku 2 je grafické znázornění váhových přírůstků v jednotlivých kategoriích podle BMI.



Obrázek 2: Přírůstek váhy podle kategorií předgravidního BMI (Studia Sportiva)

Přírůstek váhy v porovnání s počtem porodů

Mezi přírůstkem váhy a počtem porodů nebyla prokázána závislost ($r = -0,19$, $p = 0,26$). Z grafu na obrázku 3 je vidět, že druhorodičky mají sice nižší průměrný váhový přírůstek, ale velké variační rozpětí.



Obrázek 3: Váhový přírůstek v závislosti na počtu porodů

Přírůstek váhy v porovnání s věkem

Mezi přírůstkem váhy a věkem se neprokázala závislost ($r = 0,12$, $p = 0,48$).

Přírůstek váhy v porovnání se vzděláním

Mezi přírůstkem váhy a vzděláním se neprokázala závislost ($\rho = -0,14$, $p = 0,41$).

Přírůstek váhy v porovnání s kouřením

Mezi přírůstkem váhy a kouřením na začátku resp. konci těhotenství se neprokázala závislost ($p = 0,60$ – začátek těhotenství, $p = 0,68$ – konec těhotenství).

Přírůstek váhy v porovnání s počtem hodin v zaměstnání

Mezi přírůstkem váhy a počtem hodin v zaměstnání se neprokázala závislost ($r = -0,20$, $p = 0,41$).

Přírůstek váhy v porovnání s komplikovaným těhotenstvím

Mezi přírůstkem váhy v porovnání s komplikovaným těhotenstvím se neprokázala závislost ($p = 0,72$).

Přírůstek váhy v porovnání s velikostí obce

Mezi přírůstkem váhy a velikostí obce, ve které probandka žije, se prokázala slabá pozitivní závislost ($\rho = 0,34$), která je statisticky významná ($p = 0,04$). Probandky z obcí s méně než 1000 obyvatel přibraly průměrně 12,4 kg, z menších měst (1000 – 29999 obyvatel) 13,7 kg a ze středně velkých měst (30000 – 100000 obyvatel) 17 kg.

Přírůstek váhy v porovnání s pohybovou aktivitou před těhotenstvím

Mezi přírůstkem váhy a pohybovou aktivitou před těhotenstvím se neprokázala závislost ($r = 0,18$), výsledek je statisticky nevýznamný.

Přírůstek váhy v porovnání s pohybovou aktivitou na začátku těhotenství

Mezi přírůstkem váhy a pohybovou aktivitou před těhotenstvím se neprokázala závislost ($r = 0,13$), výsledek je statisticky nevýznamný.

Přírůstek váhy v porovnání s pohybovou aktivitou na konci těhotenství

Mezi přírůstkem váhy a pohybovou aktivitou na konci těhotenství se prokázala slabá negativní závislost ($r = -0,33$), výsledek je však statisticky nevýznamný.

DISKUSE A ZÁVĚRY

Z histogramu váhového přírůstku (obrázek 1) je patrné, že u 40 % gravidních žen váhový přírůstek v průběhu gravidity převyšuje doporučené váhové normy. Budeme-li vycházet z doporučeného váhového přírůstku (tabulka 1) a průměrných hodnot probandek, můžeme konstatovat, že ženy s normální předgravidní tělesnou hmotností a nadváhou v průběhu těhotenství průměrně zvýší svou tělesnou hmotnost u horní hranice doporučené normy. U žen s obezitou již dochází k značnému překročení této doporučené normy váhového přírůstku.

Je žádoucí, aby budoucí matka ale i otec měli normální hmotnost ještě před koncepcí. Pokud má dítě obézního jednoho rodiče, pak pravděpodobnost, že bude obézní, je 40 %. Pokud jsou obézní oba rodiče, pravděpodobnost obezity u potomka je již 80 % a začarovaný kruh obezity zůstává nepřerušen (Šrámková In Fait, Dvořák, Skřivánek, 2009, pp. 182, 192). Bylo dokumentováno, že optimální hmotnost matky (BMI mezi 20 až 25 kg/m²) je spojena s nejnižším rizikem pro zdraví matky a také pro vývoj plodu. Mělo by být prozíravé redukovat tělesnou hmotnost co nejdříve a neriskovat budoucí komplikace. (Šrámková In Fait, Dvořák, Skřivánek 2009, pp. 184).

Ze sledovaných faktorů se prokázala pouze závislost mezi váhovým přírůstkem a velikostí obce, ve které probandka žije – větší váhové přírůstky byly u probandek z větších měst.

Dále byla zjištěna negativní závislost mezi váhovým přírůstkem a pohybovou aktivitou na konci těhotenství. Vzhledem k počtu probandek je ale statisticky nevýznamná.

Mezi váhovým přírůstkem a dalšími faktory (věk, vzdělání, kouření, zaměstnáním, komplikacemi v těhotenství a pohybovou aktivitou před těhotenstvím a na začátku těhotenství) závislosti nebyly zjištěny.

Autoři předpokládají rozšíření výzkumu na větší skupinu probandů, kdy získaná data budou zobecnitelná pro kraj Vysočina či ČR.

LITERATURA

- [1] ADÁMKOVÁ, V. *Obezita*. Brno: Facta Medica, 2009. ISBN 978-80-9042-605-4
- [2] DEMOULIN, CH. *Cvičení v těhotenství: názorný popis cviků a praktické rady*. Praha: Portál, 2006. 104 s. 1. české vydání. ISBN 80-7367-078-X.
- [3] CRAIQ, C. L., MARSHALL, A. L., SJÖSTRÖM, M., BAUMAN A. E., BOOTH, M. L., AINSWORTH, B. E. ...OJA, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. In *Medicine & Science in Sports & Exercise*. [online]. 2003, 35(8), pp. 1381–1395, [cit. 2014-11-02]. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12900694>
- [4] FAIT, T., DVOŘÁK, V., SKŘIVÁNEK, A., ET AL. *Almanach ambulantní gynekologie*. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-2.
- [5] FIALOVÁ, L. (2007). Metody zkoumání nespokojenosti s vlastním tělem. In *Česká kinantropologie* (Vol. 11., č. 3, pp. 41–47). Praha: Česká kinantropologická společnost, 2007.
- [6] HAINER, V. *Obezita – minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-168-4.
- [7] HAINER, V., ET AL. *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. (2nd ed.). ISBN 978-80-247-3252-7.
- [8] HAINER, V., ET AL. *Obezita – Etiopatogeneze, diagnostika a terapie*. Praha: Galén, 2007. ISBN 80-858-2467-1.
- [9] HÁJEK, Z., ET AL. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0418-8.
- [10] HRONEK, M. *Výživa ženy v obdobích těhotenství a kojení*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-013-5.
- [11] KAŇKOVÁ, K. *Poruchy metabolismu a výživy. Vybrané kapitoly z patologické fyziologie*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. ISBN 80-210-3670-2.
- [12] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. 2nd ed. ISBN 80-7178-774-4
- [13] MELICHAROVÁ, L., ŘEZÁČOVÁ, J., FEYEREISL, J. Neplodnost u obézních. In *Postgraduální medicína - Obezita v gynekologii a porodnictví* [online]. Mladá fronta a. s., 2013/1, roč. 15. [cit. 2014-20-09]. Retrived from: <https://publroedu.com/data/documents/issues/9/225/388/12016/doc26418/optimized.pdf#page=24>
- [14] VOJTĚCH, J., ZMRHALOVÁ, B., HAŠLÍK, L., ET AL. Obezita a maternální morbidita. In *Postgraduální medicína - Obezita v gynekologii a porodnictví* [online]. Mladá fronta a. s., 2013/1, roč. 15. [cit. 2014-20-09]. Retrived from: <https://publroedu.com/data/documents/issues/9/225/388/12016/doc26418/optimized.pdf#page=24>
- [15] MÜLLEROVÁ, D. Obezita u žen. In *Postgraduální medicína - Obezita v gynekologii a porodnictví* [online]. Mladá fronta a. s., 2013/1, roč. 15. [cit. 2014-20-09]. Retrived from: <https://publroedu.com/data/documents/issues/9/225/388/12016/doc26418/optimized.pdf#page=24>

- [16] PAŘÍZEK, A., ANDĚL, T., BELOŠEVIČOVÁ, ET AL. *Kniha o těhotenství a dítěti* (3rd ed.). Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-653-3
- [17] Všeobecná zdravotní pojišťovna. V České republice je 55 % lidí s nadváhou a obezitou. [online]. 2011, [cit. 2014-11-02]. Retrieved from: <http://www.vzp.cz/klienti/aktuality/v-ceske-republice-je-55-lidi-s-nadvahou-a-obezitou>.
- [18] WEIL, Z., ET AL. Physical activity in pregnancy: a qualitative study of the beliefs of overweight and obese pregnant women. In *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2010, 10:18. [cit. 2014-11-02]. Retrieved from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/18>

WEIGHT INCREASED DURING PREGNANCY



KONTAKTNÍ ÚDAJE NA AUTORA:

Mgr. Pavla Erbenová, Ph.D.
Vysoká škola Polytechnická Jihlava
Tolstého 16, 586 01 Jihlava
E-mail: erbenova@vspj.cz

Mgr. Petra Horáčková
Vysoká škola Polytechnická Jihlava
Tolstého 16, 586 01 Jihlava
E-mail: horackova@vspj.cz

ABSTRACT

This article brings a report of measuring body weight increase and some other factors in the period of gravidity (BMI before pregnant, age, education, complications in pregnancy, physical activity, etc.) This report deals with a pilot research which was carried out in January 2014. The data was gathered via a questionnaire investigation of 37 probands at Jihlava Hospital Emergency Gynaecology Assessment Unit (a standardized questionnaire IPAQ supplemented with some demographical and anthropological parameters). The results of the investigation display that there were found no statistically significant changes in body weight increase during the period of gravidity and most studied factors.

KEYWORDS:

pregnancy, body weight, body weight gain, BMI

COMPARISON OF DIETETIC AND COMPLEX APPROACH IN THE TREATMENT OF OVERWEIGHT AND OBESITY - A CASE STUDY

PAVLA ERBENOVÁ

COLLEGE OF POLYTECHNICS
JIHLAVA



ABSTRACT

The paper brings an ontogenetic view of the development of the trend of body weight at tested person (case study), who took part in both dietetic and complex attitude to treatment of overweight and obesity in STOB program. The paper tries to evaluate effectiveness and impact of both attitudes not only in quantitative view but also in subjectively qualitative one. The dietetic attitude educates in nutrition and exercise area whereas the STOB methodology is supplemented by cognitive-behavioural psychotherapy and is called "the complex attitude". The tested person is a woman, aged 37. She reduced her body weight by 15 kilos in 11 months in dietetic clinic and by 6,6 kilos in 12 weeks in STOB course. The woman had very positive attitude to physical activity (PA) and no previous experience with diets. The obtained results demonstrate positive impact of both attitudes. But reversion of body weight after dietetic program together with subjective evaluation of the tested person give preference to complex attitude in treatment of obesity within the STOB program in area of life satisfaction and maintaining body weight.

KEYWORDS:

obesity, diet therapy,
cognitive-behavioural therapy,
STOB (stop obesity)

PREFACE

From the figures of the World Health Organization (WHO; www.who.int) processed in 2011 we can say that the worldwide obesity has more than doubled since 1980 and overweight and obesity are in a global scale today associated with more deaths than underweight. Hainer, Bendlová, Flachs, Fried, Jackson-Leach, James ... Wagenknecht (2004, p. 44) write that "obesity impairs the quality of life in terms of both physical and mental characteristics". But in fact a way of life crucially affects the health status of each individual and is therefore influenceable. According to Kebza, Rážová, Sovinová, Wasserbauer (1998) lifestyle comes in on the medical condition of 50-60%, the environment of 10%, and the family history of 10% and the level of health care of 20%.

Califf, Sanderson & Miranda (2012, p. 1747) state that: age-independent reduction in cardiovascular mortality and morbidity in the last few decades is a reflection of the increase in physical inactivity, diabetes mellitus and obesity, which cause rapid aging of population with growing problems of long-term cardiovascular problems.

There are many treatments for obesity. Diet therapy and cognitive behavioural therapy (CBT) belong among the most commonly applied. The word "diet" meant way of life in ancient Greek (Hainer, Hainerová, Bendlová, Flachs, Fried, ... Wagenknecht, 2011, p. 181). Application of CBT on the issue of obesity falls to 1967 and is associated with the works of Albert Stunkard. Currently, most experts incline to think that the CBT approach,

optionally in combination with other methods belong among the most effective in the treatment of obesity (Chytka, 2008). There are many reasons for realization of the study. Although CBT is considered an effective method of treatment, we cannot speak of it as a method that will suit all clients. Casuistic analysis of the tested person, who took part both in the diet therapy and CBT program STOB can help reveal differences in the two methods of treatment of overweight and obesity.

CURRENT STATUS

Currently healthy lifestyle is on the rise of the public and media interest. However, countless trendy diets, weekend trained "experts" on nutrition and unhealthily thin icons of the media world place most obese people into a corner from which, because of their age and genetic prediction or physique, they cannot escape and they mentally suffer from unrealizable goal that is influenced by presented and often electronically edited and unreal model patterns.

Expert section of doctors and psychologists realize that lay weight reduction is not the general way of solution of this issue. Málková (1994, p. 24) argues that: "The right option for the obese is constant work under an expert guidance in changing attitudes to food and PA. But even experts are powerless both against advertising on miraculous means for weight loss and lack of funds". According to Málková (2005, p. 24) treatment of obesity is necessary to see more broadly and not to treat only somatic disorders, improper diet and exercise stereotypes, but also to

focus on cognitions and emotions that lead to inappropriate behaviour. Obesity should not be dealt with as a problem of solely somatic disciplines and physicians, although it is often so. This applies especially to lower stage of obesity (BMI 35), which has the highest percentage and where CBT can be very effective. In the Czech Republic, the activities of STOB are considered as part of a comprehensive approach to the treatment of obesity

Nowadays prevention of obesity concerns not only individuals, but entire society (Mach & Kubátová, 2009, p. 224). Suchard (2005, p. 99) states that "obesity is one of the taxes we pay for modern, physically easy life. Such as environmental damage or allergies, obesity is the result of a collision of enormous possibilities of technical civilization with the conservative nature of the human organism and the whole of nature. And man can win in neither of these conflicts. We can only try to understand the nature of the problem and try to find a reasonable solution.

DIETETICS

Contacting nutrition specialists for obese should follow after the recommendation of the attending physician (practice, internist, orthopaedic surgeon, etc.) with a basic examination. Specialized examination at the specialist is not always necessary. The emphasis, however, is focused on the individual deliberation of the procedures, specific dietary habits and exercise recommendations. Medical or surgical treatment is added with the seriousness of the issue. Important is the contact with

other specialists - bariatric surgery, skin, psychiatry and endocrinology. Obesity is not treated in other ways or otherwise applied procedures (Málková, 2007, p. 205). Historically, the treatment with diet was the most important therapeutic procedure, even if sometimes it worked more as a placebo. These dietary practices and lifestyle change used to be probably the most effective in the treatment and prevention of most diseases. Nowadays there are more preferred therapies such as pharmacotherapy, surgery, physical therapy, psychotherapy, rehabilitation or movement therapy. According to Svačina, Bretšnajdrová, Holcátová, Horacek, Kovářová, Kreuzbergova ... Šmahelová (2008, p. 19.) dietetics is of marginal interest as a therapeutic method, which is seen as slow and ineffective. However, obesity is a disease in which dietary treatment has a crucial role. It is a mistake that is often connected only with a reduction in body weight (Svačina et al., 2008, p. 97).

A COMPLEX APPROACH TO THE TREATMENT OF OBESITY

„In modern medicine the approach to the patient should be complex and there should be an overall reduction in risks and improvement of the quality of life of obese“ (Svačina, 2013). Hainer (2001, pp. 61-63) emphasizes that "the goal of obesity treatment is not normalization of body weight, as such a goal is unrealistic for most obese". It is necessary to set out realistic goals for weight reduction. The effectiveness of weight reduction regime should be assessed primarily by the reduction of health risks associated with obesity and not by body weight reduction

itself. The success of weight reduction regime, however, is determined primarily by the ability to keep the weight drop.

Long-term success of weight reduction regime is affected by positive recommendations and regular PA instead of restrictions. Generally we can talk about a complex approach that must include:

- energy-restricted diet with fat reduction;
- physical activity - especially aerobic type;
- behavioural modification of lifestyle focused mainly on eating and exercise habits.

Basic complex treatment of obesity is individually completed with:

- Drug therapy – intermittent, specifically selected;
- Surgical treatment for severe stages of obesity.

According to Hainer et al. (2011, p. 266) for extremely obese and psychologically complicated obesity psychotherapy should be part of complex care, in which it is useful to join the separate "assisting elements". Cognitive behavioural therapy is an integral part of psychotherapy and nowadays also the trend with the largest rise and further expansions (Vybíral, Roubal, Bažantová, Božuková, Danelová, Dočekal, ...Vránová, 2010, p. 33).

METHODS

This paper is a partial qualitative case study. By Švec, Baja, Bence, Gavora,

Janík, Janíková ... Zelina (2009) is such data processing intensive and in-depth examination and not superficial, impressive insights. The paper tries to uncover new facts, but we cannot generalize them and their validity force will concern only this case. Dietary therapy is outpatient and uses generally known principles and methods. Interventions take place at an interval of 4-6 weeks. STOB is based on the fundamentals of cognitive-behavioural psychotherapy created by STOB and its founder Iva Málková. Group sessions are always at least 60 minutes and cognitive-behavioural therapy takes place once a week in twelve-week course. The tested person (age 37, current BMI 25.2) was selected for a case report as a person with experience in both diet therapy and complex approach.

METHODS OF OBTAINING DATA

1) Anthropometric survey - for the purposes of this paper we used the following values: age, body height, body weight, subsequent calculation of body mass index (BMI), circumferential extent of waist and hips, Grant index and percent body fat determination by bioelectrical impedance (BIA) with four-point scales Omron BF 511th.

2) Questionnaire survey - evaluation of dietary habits with program Nutirfia. Indicative dietary assessment by major food groups and the food pyramid. The main questionnaire form consists of 18 selected food items. For each of them the weekly frequency of consumption is chosen. Results are shown in graphical and numerical form, like a pyramid, the

number of servings in the food groups (consumed vs. recommended) and as a percentages. The author is Jindřich Fiala, MD, PhD from the Institute of Preventive Medicine (Faculty of Medicine, Masaryk University Brno) (Fiala, 2008).

3) Semi-structured interview – the tested subjects are offered alternative answers, but at the same time clarification or explanation is asked for (Gay, 1980, p. 279 in Gavora, 2000, p. 111).

All of these methods for the given parameters are used within this paper.

RESULTS

Casuistic processing concerns 37 years old woman (wife and mother of two daughters) working as a shop assistant who has suffered from obesity since high school, from sixteen years. She is smoker and does not take any drugs. She belongs to the middle social class. Previously she reduced her body weight with increased physical activity, that by current findings was too intensive and strength. She considered dietetic side of weight loss as unrealistic (impossible and unsustainable for her).

In the time of high school leaving exam she achieved her lowest post-puberty body weight 67 kg. At the age of 24 she started to work and during the sedentary job her body weight increased to 75 kg in spite of the fact that she attended the intervention exercise program (aerobic) regularly three times a week and she walked to work. At the age of 26 with a further increase in PA she returned to her lowest body

weight 67 kg. At this time she married and became mother. Her postpartum weight was 82 kg. With increasing PA she lost 7 kg again. The second maternity followed and ended with postpartum weight 85 kg. The tested woman retrospectively realized negative changes in her lifestyle at this time - the absence of PA from the lack of free and personal time, increasing the sweets in her diet, probably due to fatigue and lack of sleep. At thirty-three she returned to work and now she is actively trying to lose weight, but without success. She prefers intense PA without any dietary intervention.

Nowadays, at the age of 34 and on the recommendation of a family member she attends dietary and nutritional counselling in hospital Jihlava.

THE COURSE OF DIET THERAPY

She has been visiting dietetic clinic for eleven months and at this time there is a reduction in body weight of 15 kg. The more detailed view shows that the initial weight loss is greater than the recommended 0.5 kg per week. Detailed processing recorded by clinician is shown in Table 1.

Table 1: Development of trends observed during diet therapy

Diet therapy	29.1.	12.2.	26.2.	1.4.	15.4.	20.5.	The difference after the first period	25.11.	Difference
Body weight (kg)	85,0	82,5	79,2	75,5	74,2	72,2	12,8	70,0	15,0
BMI	30,4	29,4	28,3	27,0	26,6	25,9	4,5	25,2	5,2
The degree of obesity	first-degree obesity	over weight	over weight	over weight	over weight	over weight		over weight	
Body fat %			37,6	33,1	33,0	31,6	6,0	31,0	6,6

During several consultations a big intervention in dietary habits was made especially to total energy intake of the tested woman. According to her the composition and quality of food wasn't solved. She included diet fish, dark bread, "light" dairy products and breakfast cereals in her diet. She was also warned of too high intensity of PA. The biggest motivating factor was the control of body weight by weighing.

In the following three years after dietetic intervention, body weight increased again to 77 kg and on her own initiative she enrolled in the group course STOB.

THE COURSE OF STOB

The tested person took part in a group therapy with other six women (avg. age 36.7; avg. BMI 34.4; avg. body weight: 72.7 kg). The main criterions for the selection of the subjects in the group were overweight or obesity. The group was very homogeneous and communicative, with members who knew and supported each other.

Medium type of body constitution according to Grant's index 10, 44 and by waist /hip ratio 1.0098039 android type of obesity was determined in the tested person. She reduced her body weight by 6.6 kg during 12 weeks which was the recommended limit. Table 2 contains facts of particular development of observed trends.

Table 2: Development of observed trends in the course of the complex approach
(Legend: L = lesson)

Complex approach	L 1	L 2	L 3	L 4	L 5	L 6	L 7	L 8	L 9	L10	L11	L12	Difference
Body weight (kg)	76,9	77	77,1	75,3	75,7	74	73	73,3	72,3	72,5	71,1	70,3	6,6
BMI	27,6	27,6	27,6	27,0	27,1	26,5	26,2	26,3	25,9	26,0	25,5	25,2	2,4
The degree of obesity	over weight	over weight	over weight	over weight	over weight	over weight	over weight	over weight	over weight	over weight	over weight	over weight	
Body Fat %	39,3	37,9	37,7	36,7	36,5	35,3	36,1	36,4	35,5	33,2	33,5	35,2	4,1
Muscles %	26,7	27,5	27,7	28	28,2	28,8	28,1	28	28,4	29,8	29,4	28,3	-1,6

The effect of changing eating habits was evaluated during the STOB course. Results are shown in Table 3 together with Illustrations 1 and 2.

Table 3: Representation of food groups in diet after the STOB intervention

Representation of food groups in diet	Input data (%)	Output data (%)
Cereals and cereal products	35	15
Vegetables	17	25
Fruit	14	23
Milk and dairy products	11	23
Meat, fish, eggs, legumes	19	11
Other	3	2

Illustration 1: Dietary habits displayed by the food pyramid Nutrifia - input data
(legend: the outer equilateral triangle shows the ideal condition, consumption of the tested person is displayed inside with the blue lines)

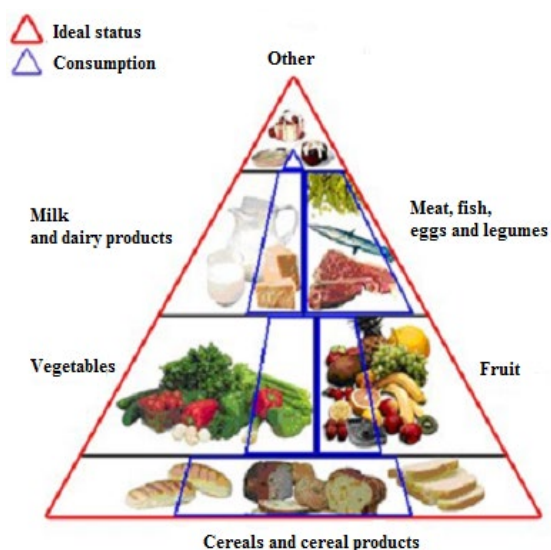
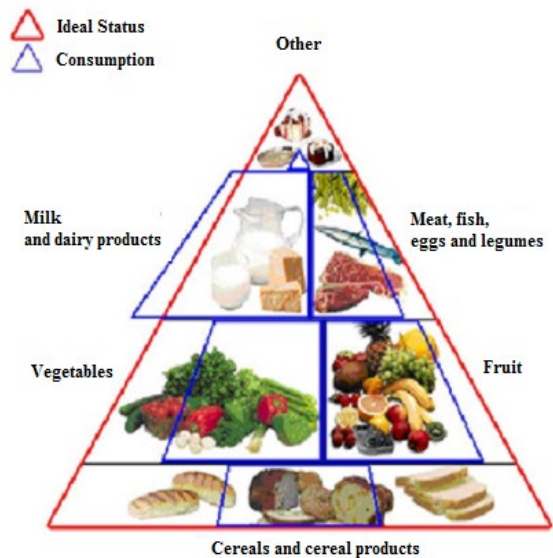


Illustration 2: Nutritional habits displayed by the food pyramid Nutrifia - output data (legend: the outer equilateral triangle shows the ideal condition, consumption of the tested person is displayed inside with the blue lines)



There was further specification during the STOB course, especially in the area of quality and composition of the diet, as proofed by the food pyramid. The woman didn't have any problems with the quantitative amount of eaten food after completing a dietetic course. Also, there was a further specification of PA mainly explaining the concept of aerobic and anaerobic work. She put very actively everything into practice and monitored positive changes also in this proclaimed area. She also found techniques of self-control to be very positive.

DISCUSSION

The tested person was selected as an individual with personal experience with the two most widely used methods to help reduce body weight - dietary counselling and complex approach of the STOB program. A unique and surprising is the lack of knowledge and application of diets (fashion and medical)

that would solve dissatisfaction with body weight. Quantity of PA proved to be separately ineffective solution. This fact supports the need of education of the general public that doesn't refuse PA and takes it as the solution which is not so common for people with overweight and obesity.

What is surprising is the lack of information on the composition and quality of the food which the woman in her own account didn't received in dietetic clinic. However, methodology of expert nutritionists could be currently modified and improved.

Effectiveness and help of both approaches is evident from the result of the reduction in body weight. But the tested person subjectively assumes maintaining her current weight to be easier and more realistic for her with the information from the STOB course. She also realizes the influence of lifestyle on her family and especially daughters, whose

tendency to obesity already started to be apparent (they attend basic school). This fact again illustrates the complexity and interconnectedness of these issues, which should not only focus on nutrition or caloric intake, but especially on the overall lifestyle change that intervenes multifactorially.

CONCLUSION

Although the tested person was successful after completion of dietetics and complex approach of the STOB program, she subjectively assumes that after completion of the complex approach to the issue she is sufficiently educated and maintaining current body weight will not be a problem for her. This is supported by the fact that two months after the course she still keeps constant body weight. Longer-term monitoring and checking is surely in her own interest and in the interest of research too. We therefore incline to the opinion of Málková (2006, p. 174), that obesity shouldn't be exclusively problem of somatic disciplines and practitioners, although it is often so. It applies especially for lower degrees of obesity (BMI 35), where we register the strongest percentage of the obese and where CBT may be very effective.

REFERENCES

- [1] CALIFF, R. M., SANDERSON, I., & MIRANDA, M. (2012). The Future of Cardiovascular Clinical Research: Informatics, Clinical Investigators, and Community Engagement. In JAMA, 2012; 308(17), pp. 1747–1748. DOI:10.1001/jama.2012.28745. Retrieved from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1389623> (vid. 10. 2. 2013)
- [2] FIALA, J. (2008). Jednoduchý nutriční software pro rychlé hodnocení a výsledky jeho distribuce zájemcům. In Hygiena, 53(1), p. 12 18. Retrieved from: <http://www.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2008-1-04-full.pdf>
- [3] GAVORA, P. (2000). Úvod do pedagogického výzkumu. Brno, Czechia: Portál.
- [4] HAINER, V. (2001) Obezita – minimum pro praxi. Praha, Czechia: Triton.
- [5] HAINER, V., BENDLOVÁ, V., FLACHS, P., FRIED, M., JACKSON-LEACH, R., JAMES, W. P. T. ...WAGENKNECHT, M. (2004). Základy klinické obezitologie (1st ed.). Praha, Czechia: Grada Publishing a.s.
- [6] HAINER, V., HAINEROVÁ, I. A., BENDLOVÁ, B., FLACHS, P., FRIED, M. ... WAGENKNECHT, M. (2011). Základy klinické obezitologie (2nd ed.). Praha, Czechia: Grada Publishing a.s.
- [7] CHYTKA, R. (2008). KBT nadváhy a obezity [online]. Retrieved from: <http://www.viafit.cz/clanek/011-kbt-nadvahy-a-obezity/> (vid. 25. 1. 2013)
- [8] KEBZA, V., RÁŽOVÁ, J., SOVINOVÁ, H. & WASSERBAUER, S. (1998). Zdravý životní styl. Jihlava, Czechia: Idea.
- [9] MACHOVÁ, J., & KUBÁTOVÁ, D. (2009). Výchova ke zdraví. Praha, Czechia: Grada Publishing a.s.
- [10] MÁLKOVÁ, I. (1994). Srovnání efektivity behaviorální terapie obezity s dalšími přístupy k redukci nadváhy. Buletin NCPZ 3(vol. 2), pp. 23–32.
- [11] MÁLKOVÁ, I. (2005). Kurzy snižování nadváhy pro děti s rodiči založené na kognitivně behaviorální terapii. In Vox pediatrie, 5 (1), p. 24. Retrieved from: http://www.detskylekar.cz/cps/rde/xbcr/dlekar/2005_vox1.pdf (vid. 1. 11. 2009)
- [12] MÁLKOVÁ, I. (2006). Kognitivně behaviorální přístup k terapii obezity aplikovaný v kurzech snižování nadváhy v České republice. In Medicína pro praxi, 2006 (5), pp. 244–246. Retrieved from: <http://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-200605-0009.php> (vid. 1. 11. 2009)
- [13] MÁLKOVÁ, I. (2007). Hubneme s rozumem, zdravě a natrvalo. Praha, Czechia: Smart Press..
- [14] SUCHARDA, P. (2005). Obézní pacient. In Medicína pro praxi, 2005 (3), pp. 99–102. Retrieved from: <http://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-200503-0003.php> (vid. 2. 2. 2013).
- [15] ŠVEC, Š.,BAJO, I., BENČO, J., GAVORA, P., JANÍK, T., JANÍKOVÁ, M. ...ZELINA, M. (2009). Metodologie věd o výchově: Kvantitativně-scientické a kvalitativně-humanitní přístupy v edukačním výzkumu (Czech expanded edition). Brno, Czechia: Paido.

- [16] VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J., BAŽANTOVÁ, M., BOŽUKOVÁ, J., DANELOVÁ, E., DOČKAL, V. ...VRÁNOVÁ, J. (2010). Současná psychoterapie. Praha, Czechia: Portál.
- [17] WHO [online]. Retrieved from: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/index.html> (vid. 25. 4. 2013).

SROVNÁNÍ DIETETICKÉHO A KOMPLEXNÍHO PŘÍSTUPU V TERAPII NADVÁHY A OBEZITY – PŘÍPADOVÁ STUDIE

KONTAKTNÍ ÚDAJE NA AUTORA:

Mgr. Pavla Erbenová, Ph.D.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra sportů
Tolstého 16, 586 01 Jihlava
E-mail: pavla.erbenova@vspj.cz

ABSTRAKT

Příspěvek přináší ontogenetický pohled na vývoj trendu tělesné hmotnosti u probandky (případová studie), která byla postupně absolventkou dietetického programu a komplexního přístupu v terapii nadváhy a obezity programu STOB. Příspěvek se pokouší vyhodnotit účinnost a vliv obou přístupů a hodnotit jejich účinnost v širším pohledu, který není pouze kvantitativní, ale též subjektivně kvalitativní. Dietetický přístup edukuje ve výživové a pohybové oblasti, zatímco metodika STOB je doplněna o kognitivně behaviorální psychoterapii a je v odborné literatuře nazývána komplexním přístupem. Probandka je v současnosti sedmatřicetiletá žena, která v dietologické ambulanci snížila svou tělesnou hmotnost o 15 kg za jedenáct měsíců a v průběhu kurzu STOB o 6,6 kg za dvanáct týdnů. Má velmi kladný vztah k pohybové aktivitě (PA) a žádnou předchozí zkušenost s dietami.

Získané výsledky prokazují pozitivní vliv obou přístupů, ale recidiva vzestupu tělesné hmotnosti po dietologii společně se subjektivním hodnocením probandky upřednostňuje komplexní přístup v terapii žen s nadváhou v rámci programu STOB v oblasti životní spokojenosti a udržení tělesné hmotnosti.

KLÍČOVÁ SLOVA:

obezita, dietoterapie, kognitivně behaviorální terapie, STOB (stop obezitě)

PORODNÍ ASISTENTKY A PORODNÍ PORANĚNÍ

LENKA GÖRNEROVÁ
VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

DENISA SMRČKOVÁ
NEMOCNICE TŘEBÍČ

ABSTRAKT

Teoretická východiska: Porodní poranění jsou neoddělitelnou součástí porodu a již od samotného počátku babictví se ženy snaží rizika těchto poranění co nejvíce eliminovat. I přes veškerý pokrok v medicíně a v samotném porodnictví se ještě nepodařilo najít žádný zaručený způsob, jak zajistit, aby žena během porodu neutrpěla žádné porodní poranění. Jsme ale schopni porodní poranění ošetřit tak, aby ženu následně po porodu nijak nepoznamenalo. Bylo by ovšem dobré umět porodním poraněním zcela předcházet než je pouze umět perfektně ošetřovat.

Cíle: Zjistit informovanost a přístup porodních asistentek k možnostem přípravy hráze k porodu. Zjistit přístup porodních asistentek k vedení druhé doby porodní ve vztahu k porodnímu poranění.

Soubor a metody: K provedení výzkumu byla zvolena kvantitativní metoda. Data byla získána pomocí anonymního dotazníku. Distribuováno bylo celkem 105 dotazníků, přičemž návratnost činila 98%. Do výzkumu bylo zařazeno pouze 101 dotazníků z důvodu chybného vyplnění a nepoužitelnosti dvou dotazníků.

Výsledky: Z výsledků vyplynulo, že více jak 90 % porodních asistentek zná alespoň dvě metody přípravy porodních cest. 85 (84 %) porodních asistentek si myslí (má vypořádáno), že předporodní příprava porodních cest a hráze má přímý vliv na porodní poranění. Z výsledků vyplynulo, že žádná z respondentek neprovádí episiotomii rutinně u každé rodičky. Za nejúčinnější metodu prevence porodních poranění při vedení druhé doby porodní označilo 85 (84%) respondentek řízené tlačení.

Závěr: Z výsledků výzkumu je patrné, že porodní asistentky mají dobrou úroveň informovanosti o předporodní přípravě porodních cest i vedení druhé doby porodní ve vztahu k porodnímu poranění.

KLÍČOVÁ SLOVA:

porod, hráz, porodní poranění, porodní asistentka

ÚVOD

Porodní poranění jsou neoddělitelnou součástí porodu a již od samotného počátku babictví se ženy snaží rizika těchto poranění co nejvíce eliminovat. Přežití porodu bez poškození zdraví ženy měly zajistit různé prostředky od odvarů až po amulety. Díky vývoji babictví a zkušenostem porodních bab byly tyto neúčinné metody vypuzeny ze společnosti a ženy začaly důvěřovat pouze babickým rukám.

S postupem času se do babského řemesla začali zapojovat i muži lékaři a s nimi i různé chirurgické metody. První zaznamenaná episiotomie byla provedena v roce 1741. Od této chvíle počet episiotomií postupně rostl. K největšímu nárůstu došlo na počátku 20. století důsledkem přesunu porodů z domova do nemocnic. Ostatní techniky, jako bylo chránění hráze, správná poloha a masáž hráze, prováděly porodní báby od počátku. I přes veškerý pokrok v medicíně a v samotném porodnictví se ještě nepodařilo najít žádný zaručený způsob, jak zajistit, aby žena během porodu neutrpěla žádné porodní poranění. Jsme ale schopni porodní poranění ošetřit tak, aby ženu následně po porodu nijak nepoznamenalo. Bylo by ovšem dobré umět porodním poraněním zcela předcházet než je pouze umět perfektně ošetřovat.

Pánevní východ je uzavřen skupinou příčně pruhovaných svalů a vazů, které tvoří pánevní dno. Pánevní dno má funkci podpůrného aparátu orgánů dutiny pánevní (močový měchýř, děloha, střeva). Pánevní dno (diaphragma pelvis) má

nálevkovitý tvar. Odstupuje od stěn malé pánve a kaudálně se sbíhá do malé štěrbině, kterou prochází konečník a močová trubice. U žen je mezi konečníkem a močovou trubicí uložena pochva. Konstrikce svalů pánevního dna nám umožňuje ovládání svěrače análního a svěrače močové trubice (Roztočil, 2008).

Svaly pánevního dna jsou obzvláště během těhotenství zvýšeně namáhány. Především narůstající vahou dítěte a také vlivem hormonu relaxinu, který působí na svaly a vazy pánve. Pokud má žena povolené pánevní dno již před těhotenstvím, může po porodu docházet k inkontinenci (především stresové) nebo v závažných případech (velký plod, porod pomocí VEX či forceps) prolapsu vagíny, dělohy či střev (Čech, 2006).

Jednou z hlavních otázek, kterou se ženy v těhotenství zabývají, je jak co nejlépe předejít porodnímu poranění hráze. Kromě bolesti se většina žen obává právě tohoto poranění. A tak hledají a zjišťují, co mohou udělat proto, aby byla co nejvíce snížena pravděpodobnost toho, že budou potřebovat episiotomii či hráz spontánně praskne. Jako porodní asistentky máme povinnost informovat těhotnou o možnostech, které jsou dostupné. Nejlepší je informovat ženu v těhotenské poradně či na předporodním kurzu. Důležité je také těhotnou informovat, že žádná metoda není zcela spolehlivá a úspěšná. V tom, jaké porodní poranění u ženy vznikne, hraje roli spousta faktorů. Jsou to především rozměry dítěte, jeho poloha, porodní síly, stav sliznic ženy, pevnost a výška samotné hráze a další. Podstatné je ale i to, jak pečlivě, jak často a jak dlouho před

porodem žena přípravu hráze provádí. Je také důležité doporučit nějaké ověřené zdroje informací. Podle veřejných diskuzí na internetu je nejúčinnější cvičení s Epi-no balónkem, ovšem nejčastěji využívanou metodou je masáž hráze za pomoci rostlinných olejů a asistence partnerů (Jirásková, 2012).

Trend přípravy hráze se v České republice dostává mezi veřejnost velice pozvolna. Spousta žen, porodních asistentek i lékařů je stále v této otázce skeptická. Nedá se totiž objektivně vyhodnotit jakou účinnost příprava hráze před porodem má. Ovšem ze statistik ÚZIS posledních tří let (2011, 2012, 2013) vyplývá, že procentuálně se počet episiotomií snižuje a počet poranění hráze a čípku zůstává procentuálně nezměněný (ÚZIS, 2011-2013).

Dalším faktorem, který rozhoduje o tom, zda ženě bude provedena episiotomie je přístup samotných porodních asistentek nebo porodníků, kteří porod vedou. Je známo, že v některých nemocnicích se episiotomie provádí častěji (tedy rutinněji) než v jiných. Proto by si žena měla tyto informace zjistit dopředu, pokud striktně odmítá episiotomii. Dnes je možné každou porodnici před samotným porodem navštívit. Také je možné zjistit procentuální množství nástřihů v daných porodnicích. Procenta se vztahují k počtům porodů daných porodnic, ne k celorepublikovému počtu (Aperio, 2013).

ALTERNATIVNÍ METODY PŘEDCHÁZENÍ PORODNÍM PORANĚNÍM

LNĚNÉ SEMÍNKO

Lněné semínko se v těhotenství užívá především proti zácpě, dále pak pro zlepšení kvality vlasů a nehtů. Proti zácpě funguje opravdu velice dobře. Už jen vyprázdněné tlusté střevo napomáhá k lepšímu průběhu porodu. Ovšem lněné semínko působí také přímo na hladké svalstvo a tím usnadňuje rozvoj porodních cest během první doby porodní. Dalším účinkem, který se uvádí jako přínosný k usnadnění porodu je vliv na zvyšování množství hlenu v pochvě (Homeopatie a léčba v těhotenství, 2008). Lněné semínko se doporučuje užívat až od 34. týdne gravidity v množství jedné až dvou polévkových lžic denně. Jsou různé způsoby, jak ho konzumovat. Například lze zalít lněné semínko dvěma až třemi dcl horké vody, nechat 15 minut vyluhovat, scedit a vlažný odvar vypít. Dále se dá lněné semínko zamíchat do jogurtu nebo rovnou sníst, ovšem je velice důležité, aby ho žena důkladně rozkousala. Celá semínka totiž projdou zažívacím traktem a nerozloží se. Spolehlivou metodou je semínka nadrtit. To je ale nutné dělat těsně před konzumací, protože se velice rychle kazí. Vzhledem k vysokému obsahu vlákniny je při konzumaci lněného semínka důležité přijímat velké množství tekutin. Malý příjem tekutin by mohl způsobit zácpu. Dalšími složkami obsaženými ve lněném semínku jsou omega 3 nenasycené mastné kyseliny (snižují cholesterol a pozitivně působí na kardiovaskulární systém),

vitamín E, železo, zinek a fytoestrogeny (O léčivých potravinách, 2002).

ODVAR Z MALINOVÉHO LISTÍ

Pití odvaru z maliníku v těhotenství je obecně rozšířené. Už babičky našich babiček jej pily v posledních čtyřech týdnech před porodem. Maliníkové listí je zdrojem vápníku, fosforu, železa, draslíku a vitamínů B, Ca E. Působí na svalstvo v malé pánvi, které tonizuje a během porodu podporuje správnou funkci děložního svalu a tím zkracuje druhou dobu porodní (Těhotenství a porod, 2006). Doporučuje se užívat nejdříve po ukončení 34. týdnu těhotenství, nejlépe však od 36. týdne. Nejdříve smí žena pít pouze jeden šálek (250ml) odvaru denně. Každý další týden se denní spotřeba navyšuje o jeden šálek. Ve větším množství totiž maliníkové listí vyvolává děložní stahy. Je doporučeno užívat maximálně čtyři šálky denně a to pouze v posledním týdnu před porodem. Maliník se nedoporučuje ženám, které rodily císařským řezem, ženám s vícečetným těhotenstvím, se zkráceným děložním hrdlem nebo ženám, které prodělaly překotný porod či porodily velice rychle. V těchto případech se zvyšuje riziko vyvolání předčasné děložní činnosti. Čaj nebo odvar z maliníku je dobré užívat i po porodu v šestinedělí. Jeho tonizační účinky urychlují zavinování dělohy a podporují tvorbu mléka (Těhotenství a porod, 2006).

METODY PŘÍPRAVY HRÁZE PŘED PORODEM

MASÁŽ HRÁZE

Masáž hráze patří k nejrozšířenějším metodám přípravy hráze k porodu. Masáží se ženy snaží dosáhnout toho, aby hráz byla co nejpoddajnější, pružná a zároveň pevná. Tato metoda patří k nejrozšířenějším především díky tomu, že je nejdostupnější, jednoduchá a v případě asistence partnera může být i příjemná. Aby byla masáž co nejúčinnější, je nutné, aby byla prováděna správně. S masáží je dobré začít ve 34. týdnu, ale vzhledem k pokročilému stádiu těhotenství je pro některé ženy problém na hráz dosáhnout. Proto je dobré využít pomoc partnera. Před zahájením masáže by se měla žena poradit s porodní asistentkou nebo gynekologem, zda u ní nejsou přítomny problémy, které by mohly kontraindikovat tuto metodu přípravy hráze (např.: kvasinková či jiná poševní infekce, hrozící předčasný porod). Dále je dobré se s porodní asistentkou či gynekologem poradit o technice masáže hráze nebo si ji vyhledat v jiných zdrojích (Maryšková, 2010).

Masáž by neměla trvat déle než pět minut. Jak už bylo výše zmíněno, i pravidelná, správně prováděná a důkladná masáž nikdy zcela nezajistí, že u ženy nebude nutné provést episiotomii, nebo nedojde k jinému porodnímu poranění. Rozhoduje o tom spousta vedlejších faktorů (Maryšková, 2010).

Tato metoda patří mezi nejmladší a v České republice zatím není moc rozšířená, především kvůli její finanční náročnosti (od 2 299 Kč).

Epi-no balonek je určen nejen k předporodní přípravě ale i k léčbě inkontinence. Navíc se dá tento produkt využít i po porodu k posilování pánevního dna. Přesný název produktu je Epi-no Delphine Plus. Skládá se z anatomicky formovaného balonku, který je vyroben ze zdravotnického silikonu. Dále z ruční pumpy, ukazatele tlaku, přívodní trubičky a ventilového uzávěru (EPI-NO, 2014).

METODY CHRÁNĚNÍ HRÁZE VE DRUHÉ DOBĚ PORODNÍ

Tyto metody jsou vlastně postupy správného vedení druhé doby porodní, tedy vypuzovací fáze porodu.

MASÁŽ HRÁZE

Masáž hráze se provádí nejen v těhotenství ale i při samotném porodu. U porodu se provádí za účelem urychlit rozvoj a dilatace hráze při postupu hlavičky porodním kanálem. Někdy se můžeme setkat s názvem "obkružování". Tento název je odvozen od pohybů, které porodník provádí. Nejlepší je masáž hráze provádět po hydroterapii nebo teplých obkladech. Všechny tkáně hráze jsou pak uvolněnější a tedy poddajnější. Je možné použít vhodný lubrikant, zabrání se tím poranění a usnadní se samotné vypuzení hlavičky. Dá se použít i Mesocain gel, který

má navíc anestetický účinek, což rodička určitě ocení.

DIANATAL GEL

Tato metoda není u nás příliš rozšířená. Je to metoda, která se používá při porodu, ale rodička si gel musí zakoupit a donést k porodu sama a předat ho poté porodní asistentce nebo porodníkovi. Cena tohoto produktu se pohybuje okolo 1600 Kč. V balení jsou dva gely s různým složením. Dianatal stage 1 se zavádí do pochvy během otevírací fáze a Dianatal stage 2 během fáze vypuzovací. Zavádí se několikrát během vaginálního vyšetření ženy. Tento porodnický gel pracuje na fyzikálním účinku, ne na farmakologickém. Vytvoří v porodních cestách kluzký film, který snižuje třecí síly mezi postupujícím plodem a tkání rodičky. Tím urychluje porod a snižuje tak riziko ruptury pochvy a hráze. Použití gelu také působí na psychiku ženy, která se cítí klidněji. Díky tomu se uvolní pánevní svaly a porod se urychlí (Dianatal porodnický gel, 2014).

TECHNIKA RUKOU

Tato metoda spočívá ve zručnosti a zkušenosti porodníka nebo porodní asistentky. Jedná se o určité hmaty, pomocí kterých se porodník snaží zabránit poranění hráze. Ve fázi, kdy se hlavička objeví v pánevním introitu, porodník jednou rukou přidržuje hlavičku a brání jejímu rychlému vypuzení, které by způsobilo poranění. Souběžně se snaží jemně přetáhnout labia přes hlavičku. Druhou rukou s pomocí sterilní roušky chrání hráz, aby zabránil její ruptuře. Při porodu zadního raménka opět pomocí

sterilní roušky chrání hráz. Pokud porodník vidí, že by hráz i přes všechna tato opatření praskla, provádí ve fázi, kdy je hlavička v pánevním introitu episiotomii (Roztočil, 2008).

PORODNÍ PORANĚNÍ

K porodním poraněním dochází, když tkáň porodních cest nejsou dostatečně pevné a pružné. Nepřízpůsobí se dostatečně rychle postupujícímu plodu a silám, které na ně působí, a v místech nejmenšího odporu dojde k jejich natržení (Roztočil, 2008).

V roce 2001 byla ve Velké Británii navržena a schválena nová klasifikace poranění perinea Royal College of Obstetrician and Gynaecologists (RCOG). A vzhledem k přehlednosti a určování pravděpodobnosti vzniku anální inkontinence se doporučuje přejít z původní třístupňové klasifikace na klasifikaci dle RDOG i v České republice (Pařízek, 2012).

Klasifikace ruptur perinea dle RCOG:

- **Ruptura 1. stupně:**
je poškozena pouze sliznice pochvy a kůže hráze
- **Ruptura 2. stupně:**
zasahuje hlouběji a postihuje svaly perinea
- **Ruptura 3. stupně:**
poranění postihující komplex análního sfinkteru
 - 3a: poškozeno je méně než 50 % síly EAS (Externí anální sfinkter)

- 3b: poškozeno je více než 50 % síly EAS
- 3c: poranění EAS a IAS (Interní anální sfinkter)

- **Ruptura 4. stupně:**

ruptura EAS, IAS a mukózy rekta (Pařízek, 2012)

EPISIOTOMIE

Jde o chirurgický zákrok, který se provádí jako prevence spontánní ruptury nebo před instrumentální extrakcí plodu. I přes snahu snížit co nejvíce frekvenci provádění episiotomií, zůstává tento zákrok nejčastější porodnickou operací (Roztočil, 2008).

CÍLE, MATERIÁL A METODY

CÍLE

Zjistit informovanost a přístup porodních asistentek k možnostem přípravy hráze k porodu.

Zjistit přístup porodních asistentek k vedení druhé doby porodní ve vztahu k porodnímu poranění.

METODIKA VÝZKUMU

Kprovedení výzkumu byla zvolena kvantitativní metoda pomocí anonymního dotazníku. Ten byl v tištěné formě rozdán na porodní sály a oddělení šestinedělí Nemocnic Třebíč, Jihlava, Pelhřimov, Havlíčkův Brod a Nemocnice Vyškov. Výzkum probíhal od poloviny ledna 2014 do konce března 2014. Jedinou podmínkou k vyplnění dotazníků byla zkušenost

porodní asistentky s vedením porodu a prací na porodním sále.

CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU

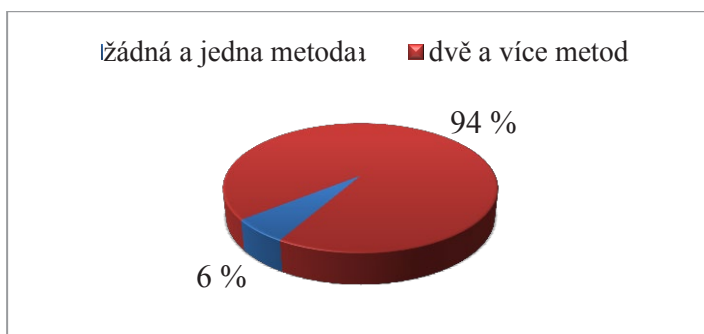
Dotazník byl zaměřen na porodní asistentky pracující na porodním sále. Distribuováno bylo celkem 105 dotazníků, přičemž návratnost činila 98%. Vrátilo se tedy 103 vyplněných dotazníků.

Do výsledků bylo zařazeno pouze 101 dotazníků z důvodu chybného vyplnění a nepoužitelnosti dvou dotazníků.

VÝSLEDKY A DISKUSE

VÝSLEDKY VÝZKUMU:

Cíl číslo 1 - Zjistit informovanost a přístup porodních asisterek k možnostem přípravy hráže k porodu.



Graf 1 – Znalosti přípravy porodních cest

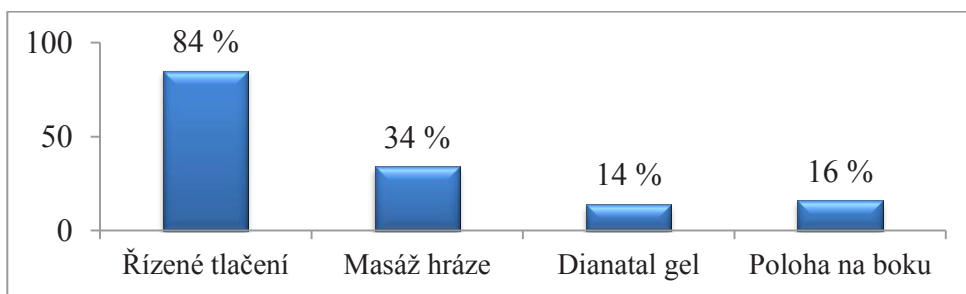
Z výzkumu vyplynulo, že 95 (94 %) porodních asisterek zná alespoň dvě a více metod přípravy porodních cest a pouze 6 (6 %) respondentek zná méně než dvě metody předporodní přípravy porodních cest.



Graf 2 – Názory porodních asisterek na předporodní přípravu hráže

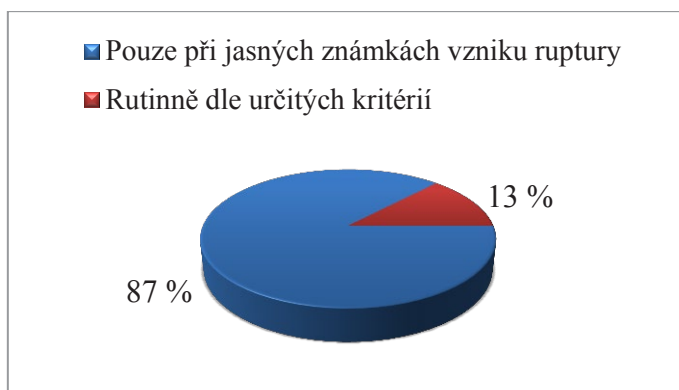
Podle výsledku dotazníkového šetření si 85 (84 %) porodních asisterek myslí, že předporodní příprava hráže snižuje riziko vzniku porodního poranění. Pouze 16 (16 %) respondentek si myslí, že příprava hráže nemá na porodní poranění vliv.

Cíl číslo 2 - Zjistit přístup porodních asistentek k vedení druhé doby porodní ve vztahu k porodnímu poranění.



Graf 3 – Techniky prevence porodního poranění v II. době porodní

Z výsledků zpracovaných do tohoto grafu jasně vyplývá, že podle 85 (84 %) porodních asistentek je nejúčinnější metodou prevence porodního poranění v průběhu druhé doby porodní řízené tlačení.



Graf 4 – Názory na episiotomii

Dle výsledků výzkumu provádí episiotomii rutinně 13 (13 %) porodních asistentek, i když pouze u prvorodiček a také tehdy, když je odhadovaná porodní váha větší než 3700g. 88 (87 %) respondentek provádí episiotomii pouze v případě, kdy cítí, že bez nástřihu by došlo k ruptuře.

DISKUSE:

Cíl číslo 1: Zjistit informovanost a přístup porodních asistentek k možnostem přípravy hráze k porodu.

Z výsledků vyplynulo, že více jak 90 % porodních asistentek zná alespoň dvě metody přípravy porodních cest, které může žena v těhotenství využívat. Jednoznačně nejznámější metodou je mezi porodními asistentkami masáž hráze. Tuto metodu uvedlo 96 (95 %) respondentek. Na otázku, zda mají porodní asistentky možnost doporučovat ženám techniky přípravy hráze, odpovědělo 82 (81 %) z celkového počtu 101 (100 %), že tuto možnost mají. 30 (30 %) porodních asistentek i přesto, že mají možnost tyto techniky doporučit, této možnosti nevyužívají. 14 (14 %) z důvodu nedostatku času, který by potřebovaly k doporučení těchto technik a 16 (16 %) porodních asistentek si myslí, že všechny tyto techniky jsou neúčinné a tím pádem zbytečné. Ovšem 52 (51% z celkového počtu) respondentek techniky přípravy porodních cest doporučuje, kdykoliv k tomu mají příležitost.

Dále jsme mapovaly osobní názor či zkušenost porodních asistentek s vlivem předporodní přípravy porodních cest na vznik porodních poranění. 85 (84 %) porodních asistentek má vypořádáno, že předporodní příprava porodních cest a hráze má přímý vliv na porodní poranění. 16 (16 %) respondentek uvedlo, že podle jejich názoru příprava hráze na porodní poranění žádný vliv nemá.

Cíl číslo 2: Zjistit přístup porodních asistentek k vedení druhé doby porodní ve vztahu k porodnímu poranění.

Z výsledků vyplynulo, že žádná z respondentek neprovádí episiotomii rutinně u každé rodičky. Toto zjištění je podle našeho názoru velice pozitivní. Další výsledky ukazují, že jen 13 (13% z celkového počtu) respondentek provádí episiotomii rutinně, u prvorodiček 11 (11 %). Pokud je odhadovaná porodní váha dítěte větší než 3700g, provádí rutinní episiotomii (pouze na základě této informace o váze dítěte) 2 (2 %) respondentky. Naopak celých 88 (87 %) porodních asistentek uvedlo, že episiotomii provádí pouze v případě, kdy cítí, že bez nástřihu by došlo k spontánní ruptuře perinea.

Při dotazování na nejúčinnější metody prevence porodního poranění při vedení druhé doby porodní jsme záměrně neuvedly chránění hráze. Podle našeho názoru patří neodmyslitelně k vedení druhé doby porodní a žádná porodní asistentka nevede porod bez chránění hráze. Respondentky nejčastěji uvedly, že podle nich je nejúčinnější řízené tlačení, uvedlo jej 85 (84 %) respondentek. Druhou nejčastěji uváděnou metodou byla masáž hráze, kterou zvolilo 34 (34 %) respondentek, 14 (14 %) uvedlo Dianatal gel a 16 (16 %) respondentek si myslí, že jednou z nejúčinnějších metod předcházení porodním poraněním během druhé doby porodní je poloha na boku.

Z výsledků výzkumu je patrné, že porodní asistentky mají dobrou úroveň informovanosti o předporodní přípravě porodních cest, věří v její účinnost a snaží se informace o těchto metodách šířit mezi těhotné ženy. Tato úroveň by se ovšem dala ještě zvyšovat a to nejen pomocí seminářů či přednášek. Ke zvýšení informovanosti by stačily edukační materiály, jako jsou brožury, návody či videa. Podle našeho názoru, čím více porodních asistentek bude znát metody přípravy porodních cest v těhotenství, tím více tyto informace bude šířit mezi těhotné ženy. A čím více těhotných bude těchto rad využívat, tím méně bude episiotomií a rozsáhlých porodních poranění.

ZÁVĚR

Pomocí dotazníkového šetření, zaměřeného na porodní asistentky, které mají zkušenosti s vedením porodu a prací na porodním sále, jsme zjistily, že téměř všechny respondentky znají alespoň dvě techniky přípravy porodních cest v těhotenství. To je podle našeho názoru velice dobré zjištění. Z výzkumného šetření vyplynulo, že většina porodních asistentek dává přednost episiotomii před vznikem ruptury. Ovšem tato supina je větší než skupina respondentek, které episiotomii nevolily. Jedná se o rozdíl 9 %. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že nejúčinnější technikou vedení druhé doby porodní, která je využívána jako prevence vzniku porodního poranění, je podle porodních asistentek, které se výzkumu zúčastnily, řízené tlačení. Zvolilo ji přesně 85 (84 %) respondentek. Pozitivním zjištěním pro nás bylo, že žádná z respondentek neprovádí episiotomii rutinně. Z toho vyplývá, že počet rutinních episiotomií se výrazně eliminoval. Alespoň tedy v nemocnicích, ve kterých výzkum probíhal. Pro zlepšení informovanosti svých klientek by mohly porodní asistentky zapracovat na zvýšení úrovně edukace a tak se pokusit snížit počet větších porodních poranění i nutnosti využívání episiotomie.

LITERATURA

- [1] APERIO, SPOLEČNOST PRO ZDRAVÉ RODIČOVSTVÍ. *Průvodce porodnicemi* [online]. 2013. Dostupné z: http://www.aperio.cz/pruvodce_porodnicemi.
- [2] ČECH E. et al. *Porodnictví*. 2. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1303-9.
- [3] DIANATAL PORODNICKÝ GEL. *Jak se Dianatal porodnický gel používá* [online]. 2014. Dostupné z: <http://www.dianatal.ch/czech/application.html>.
- [4] EPI-NO, PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVA A LÉČBA INKONTINENCE. *Příprava k porodu s EPI-NO* [online]. 2014. Dostupné z: <http://www.epino.cz/epi-no/predporodni-priprava.html>.
- [5] HOMEOPATIE A LÉČBA V TĚHOTENSTVÍ. *Maliník a Lněné semínko* [online]. 2008. Dostupné z: <http://drdulek.webnode.cz/malinik-a-lnene-seminko/>.
- [6] JIRÁSKOVÁ, V. *Jak předejít poškození hráze při porodu* [online]. 2012. Dostupné z: <http://www.porody.net/2012/10/02/jak-predejiti-poskozeni-hraze-pri-porodu/>.
- [7] MARYŠKOVÁ A. *Možnosti zlepšení prevence poranění hráze* [online]. 2010. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/moznosti-zlepseni-prevence-poraneni-hraze-450458>.
- [8] O LÉČIVÝCH POTRAVINÁCH. *Lněné semínko* [online]. 2002. Dostupné z: <http://www.slunecnice-cb.cz/slunecnice-cb/7-O-LECIVYCH-POTRAVINACH/103-LNENY-OLEJ#topweb>.
- [9] PAŘÍZEK, A. *Kritické stavy v porodnictví*. 2012. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-949-7.
- [10] ROZTOČIL, A. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-2832-2.
- [11] TĚHOTENSTVÍ A POROD. *Maliník pro snadnější porod* [online]. 2006. Dostupné z: <http://zena-in.cz/clanek/malinik-pro-snadnejsi-porod>.
- [12] ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zpráva o rodičce* [online]. 2010,2011,2012. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/zprava-rodice-2012>.

MIDWIVES AND BIRTH INJURIES



ABSTRACT

Theoretical background: Birth injuries are an integral part of the birth and from the beginning of midwifery women are trying to reduce risks of these injuries in the greatest possible extent. Despite all the advances in medicine and in obstetrics itself there still has not been found any guaranteed way to ensure that a woman during childbirth do not suffer a birth injury. However, we are able to treat obstetric injuries in the way that postpartum woman is not permanently affected. It would be nice to be able to completely prevent perineal injuries than to be only able to perfectly treat them.

Objectives: To assess the awareness and approach of midwives to possibilities of perineum preparation. Determine approach of midwives to the control of the second stage in relation to the birth injury.

Methods and sample: The research design was quantitative method, using an anonymous questionnaire. Distributed were a total of 105 questionnaires, the return rate was 98%. In the research were used only 101 questionnaires because of inaccurate data and the inapplicability of the two questionnaires.

KONTAKTNÍ ÚDAJE NA AUTORA:

PhDr. Lenka Görnerová
Vysoká škola polytechnická Jihlava,
katedra zdravotnických studií
Tolstého 16, 586 01 Jihlava
E-mail: lenka.gornerova@vspj.cz

Bc. Denisa Smrčková
Nemocnice Třebíč
Demlova 1031/39, 674 01 Třebíč
E-mail: DSmrckova@seznam.cz

Results: The results showed that more than 90% of midwives know at least two methods of the birth canal preparation. 85 (84%) midwives think (observed) that antenatal preparation of the birth canal and the perineum has a direct influence on birth injuries. Results showed that directed pushing is the most effective method of management of the second stage, as said 85 (84%) respondents.

Conclusion: The research shows that midwives have a good level of awareness of antenatal birth canal preparation and management of the second stage in relation to the birth injury.

KEYWORDS:

birth, perineum, birth injury, midwife

ALERGIE A ANAFYLAKTICKÁ REAKCE V PRVNÍ POMOCI

RADIM KŘIVÁK

VZDĚLÁVACÍ CENTRUM
RESCUE TRAINING CZ

ABSTRAKT

Článek pojednává o základech alergických reakcí a shrnuje řešení jejich akutních stavů v rámci laické první pomoci. Cílem je zprostředkování elementární teorie dnes běžných alergických stavů a návodu, jak poskytnout správnou první pomoc. Úvod představuje téma jako zdravotní problém a seznamuje se základními pojmy (alergie, alergická reakce, anafylaxe). V další části se text zabývá alergií na potraviny, alergickou reakcí na bodnutí hmyzem, anafylaktickou reakcí a ústí v přehledný souhrn příznaků těchto potíží. Závěr článku je věnován postupům první pomoci a použití pohotovostního balíčku u akutních alergických stavů.

KLÍČOVÁ SLOVA:

alergické stavy, anafylaktická reakce,
první pomoc

ALERGIE, ALERGICKÁ REAKCE

Jde o přehnanou, nadměrně vystupňovanou, nepřiměřenou reakci organismu na látky běžně se vyskytující v našem prostředí. Antigen je tělu cizorodá látka, která reaguje na imunitní systém a navozuje produkci jedné nebo více protilátek. Alergen je antigen zodpovědný za alergickou reakci (Braunová, 2007). Alergie může být vrozená nebo získaná dlouhodobou expozicí určitému antigenu. Příkladem získané alergie jsou alergie zdravotníků na latex (rukavice) či moučný prach v potravinářství (Bydžovský, 2011).

Podstatou alergické reakce je geneticky podmíněné selhání regulačních mechanismů imunity, které vede k senzibilizaci s tvorbou specifických „alergických“ protilátek třídy IgE (imunoglobulinu E). Tyto protilátky se vážou na povrch žírných buněk. Při následném kontaktu s alergenem dojde na povrchu žírné buňky k vazbě alergenové látky se specifickou protilátkou (imunoglobulinem E). To je signál k uvolnění a tvorbě biologicky aktivních látek, které působí

stahy hladkých svalů v průduškách nebo ve střevě a mají vliv na cévy (zvýší propustnost cévních stěn). Výsledkem jsou příznaky jako je spasmus hladké svaloviny způsobující zúžení průdušek a dušnost, cévní reakce vyvolává tvorbu hlenu, otok sliznic a podkoží, kopřivkové pupeny, zarudnutí kůže, svědění, u alergické rýmy se spustí vodová sekrece z nosu, kýčání atp. (Richter, Richterová, Kubrichtová, 2010, s. 9). Chronickými projevy alergie jsou atopický ekzém, průduškové astma, alergická rýma, zánět spojivek, potravinové alergie. Častá je i alergie na více alergenů současně - polyvalentní alergie (Bydžovský, 2011).

Samotné alergeny pak můžeme rozdělit podle vstupu do organismu na 4 základní skupiny - alergeny inhalační (dýchacími cestami), digestivní (zažívacím traktem), kontaktní (kontakt s kůží) a injekční (krevní cestou) (Litzman, Kuklínek, Rybníček, 2001). V posledních letech nastal velký rozvoj potravinové alergie a určité nebezpečí hrozí i u alergických reakcí po bodnutí hmyzem.

Tabulka č. 1: Nejčastější zdroje alergenů (Richter, Richterová, Kubrichtová, 2010).

NEJČASTĚJŠÍ ZDROJE ALERGENŮ:	
INHALOVANÉ	Pyly, plísňe, roztoči, zvířata.
POTRAVINOVÉ	Kravné mléko, vejce, mouka, arašídý, stromové ořechy, sezam, ryby, korýši, měkkýši, ovoce, zelenina, aditiva.
LÉKOVÉ	Některá antibiotika, léky proti bolesti, rentgenové kontrastní látky.
HMYŽÍ	Jed blanokřídleho hmyzu, švábi.
KONTAKTNÍ	Některé kovy (nikl, chrom), nátěrové hmoty, chemické čistící prostředky, mýdla, saponáty, látky používané v kosmetice (parfémy, konzervační látky, lanolin), lepidla, latex.
PROFESNÍ	Při pracovním procesu - pekaři, cukráři, chovatelé hospodářských zvířat, zdravotníci.

Tabulka č. 2: Významné skupiny pylových alergenů (Richter et al., 2010).

VÝZNAMNÉ SKUPINY PYLOVÝCH ALERGENŮ:	
PYLY STROMŮ	Bříza, olše, líska.
PYLY TRAVIN	Bojíněk, jílek, lipnice, srha, obilí.
PYLY PLEVELŮ	Pelyněk, ambrózie.

ALERGIE NA POTRAVINY

Patří k nejrizikovějším formám alergie, častá ve školním prostředí. Mohou se projevat ekzémem, kopřivkou, bolestmi břicha, průjmy, orálním alergickým syndromem (změny v dutině ústní a její sliznici, svědění úst, bolest při polykání, otoky sliznic, jazyka a hltanu, svírání v krku, možné je svědění uší). Potravinová alergie je nejčastější příčinou závažné alergické reakce - anafylaxe, která může vzniknout u vysoce citlivých jedinců po požití rizikové potravin. Například v předškolním věku jsou nejčastějšími vyvolavateli vejce a kravské mléko. Tato alergie vymizí v 85 - 90 % mezi 3. - 5. rokem. Pokud přetrvává do dospělosti, může mít vážné projevy. Mezi vysoce rizikové potraviny bez ohledu na věk řadíme arašídy, stromové ořechy a ryby (Richter, Richterová, Kubrichtová, 2010).

ALERGICKÁ REAKCE PO BODNUTÍ HMYZEM

Ve většině případů jde o nepříjemnou, bolestivou, svědivou, ovšem lokální reakci kolem místa vpichu. Ve 2 - 3 % se však na podkladě bodnutí blanokřídlého hmyzu vyskytuje celková alergická reakce - anafylaxe, ohrožující postiženého na životě. Riziko anafylaxe je vyšší u atopiků

a u chovatelů včel (asi 3 % včelařů je alergických na vosy).

Nejčastějšími původci potíží jsou - včela medonosná (*Apis mellifera*), vosy rodu *Vespula* (*V. vulgaris*, *V. germanica*), sršeň obecná (*Vespa crabro*), čmelák (*Bombus*). Mezi alergenem vosy a sršně je silná zkřížená reaktivita (podobnost mezi alergeny jedu), mezi alergenem včelím a vosím jen velmi slabá. Vzájemně podobné alergeny jedu má také čmelák a včela. Zkřížená reaktivita (následně alergie) vzniká na základě podobnosti alergenů. Jedná se o jev, kdy IgE protilátky imunitního systému, vytvořené proti určitému alergenu, reagují na základě podobnosti v jeho stavbě (sekvenci aminokyselin) na alergen jiný.

Rozdíl je i mezi agresivitou jednotlivých zástupců hmyzu. Včely nejsou přirozeně agresivní, bodají jen v ohrožení nebo nebezpečí. Jejich žihadlo má zpětné háčky, a proto je obtížné ho po vpichu vytáhnout. Žihadlo po vbodnutí zůstává živým aktivním orgánem a dále pracuje. Bodla žihadla jej dále zavrtávají hlouběji do kůže. Na konci žihadla je jedový váček, který po vpichu vypouští jed do rány. Je tedy nutné žihadlo z rány odstranit a zamezit tak dalšímu vstupu jedu. Postupujeme opatrně, abychom jedový váček více

nemačkali. Vosy i sršni jsou naopak velmi agresivní, hlavně v pozdním létě a na podzim, napadají člověka i spontánně. Jejich žihadlo je hladké, bez ostnů, vosa je snadno vytáhne a bodá opakovaně.

Těžká místní nebo celková reakce je spojena s rizikem opakované reakce v případě dalšího hmyzího bodnutí. Tato opakovaná reakce je vždy podstatně závažnější jak co do intenzity projevů, tak i délky trvání. Každý pacient s alergickou reakcí po bodnutí hmyzem by měl být řádně vyšetřen alergologem a kauzálně léčen (Braunová, 2007; Richter, Richterová, Kubrichtová, 2010).

ANAFYLAKTICKÁ REAKCE

Jedná se o velmi závažnou alergickou reakci. Anafylaxe je soubor závažných, život ohrožujících, náhle vzniklých příznaků na různých systémech a tkáních. Rozvinout se může velmi rychle, s maximem potíží od 5 do 30 minut. Projevy anafylaktické reakce mohou být místní a celkové.

Místní příznaky se týkají pouze jednotlivých orgánů. Projev na kůži - zarudnutí, kopřivka, otoky, svědění. Dýchací ústrojí - rýma, kašel, dušnost, otok hrtanu, obstrukce průdušek. Trávicí trakt - bolesti břicha, nevolnost, zvracení, průjem. Cévní systém - bledost, nitkovitý puls. Celkové projevy anafylaxe jsou podstatně závažnější. Vznikají vystupňováním místních příznaků a vyúsťují v tzv. anafylaktický šok, který bezprostředně ohrožuje postiženého na životě. V popředí je selhání srdce, krevního oběhu, pokles tlaku, dechové obtíže a bezvědomí.

Nejčastějšími spouštěči anafylaxe jsou některé potraviny - burské a stromové ořechy, kravské mléko, vejce, ryby, měkkýši, koryši, a dále pak reakce na hmyzí bodnutí - jed blanokřídlého hmyzu, lékové alergenů a latex. Vzhledem k faktorům, které tyto reakce vyvolávají (běžné látky v blízkém okolí), patří znalost první pomoci u anafylaxe k důležité výbavě nás všech. Poučení by měli být primárně osoby již léčené - alergici, přecitlivělí lidé s potvrzenou anamnézou, dále rodiče, pracovníci s dětmi, učitelé, plavčíci, táboroví pracovníci apod. (Litzman, Kuklínek, Rybníček, 2001; Braunová, 2007; Richter, Richterová, Kubrichtová, 2010).

SOUHRN PŘÍZNAKŮ ALERGICKÝCH REAKCÍ

ALERGIE NA POTRAVINY

- Ekzém, kopřivka, bolest břicha, průjem, orální alergický syndrom, u vysoce citlivých jedinců anafylaktická reakce.

ALERGICKÁ REAKCE PO BODNUTÍ HMYZEM

- Zarudnutí a svědění kůže kolem místa vpichu, edém, u disponovaných citlivých jedinců anafylaktická reakce.

ANAFYLAKTICKÁ REAKCE

- Místní příznaky - zarudnutí kůže, kopřivka, otoky, svědění, rýma, kašel, dušnost, otok rtů, hrtanu, obstrukce průdušek, bolesti břicha, křeče, nevolnost, zvracení, průjem, bledost, nitkovitý puls.

- Celkové příznaky, anafylaktický šok - rozvíjející se anafylaxe může vyvolat silné generalizované svědění, objeví se kožní exantém nebo kopřivka, pocit horka, pocit staženého hrdla, úzkost, pocit slabosti, tíže na hrudi a dušnost (oběhové selhání), mdloby, ztráta vědomí.

PRVNÍ POMOC U ALERGICKÝCH REAKCÍ

Podle (Hasík et al., 2012; Srnský, 2010; Richter et al., 2010; Braunová, 2007).

PRVNÍ POMOC U ALERGIE NA POTRAVINY

- Odstranit zbytky potravy, vypláchnout dutinu ústní, otok sliznic chladit kostkou ledu.
- Má-li pro tento případ postižený vlastní léčiva (viz pohotovostní balíček, tab. 3), pomůžeme mu je podat, jinak podáváme 1 tabletu dostupného antihistaminika II. generace (např. Zyrtec, Zodac, Xyzal) nebo lze v rámci první pomoci podat 1 tabletu Dithiadenu (antihistaminikum I. generace, má sedativní účinek).
- Otéká-li ústní sliznice, je možné vystříkat ústa nosním sprejem s obsahem α -1-sympatomimetik (Olynth, Nasic, Nasivin).
- Na svědivou kůži můžeme aplikovat gel s obsahem antihistaminika (Fenistil gel).
- Jde-li o větší alergickou reakci nebo rozvoj anafylaxe, postupujeme dle návodu níže (viz první pomoc u anafylaktické reakce).
- Přivoláme odbornou pomoc.

PRVNÍ POMOC U ALERGICKÉ REAKCE PO BODNUTÍ HMYZEM

- Opatrně odstranit žihadlo, aby nedošlo ke stlačení jedového váčku.
- Chladíme místo vpichu a otok, chladíme krk (dýchací cesty), při otékání sliznice dutiny ústní a jazyka dáme cucat kostku ledu.
- Má-li pro tento případ postižený vlastní léčiva (viz pohotovostní balíček, tab. 3), pomůžeme mu je podat, jinak podáváme 1 tabletu dostupného antihistaminika II. generace (např. Zyrtec, Zodac, Xyzal), v rámci první pomoci lze podat 1 tabletu Dithiadenu (antihistaminikum I. generace, má sedativní účinek).
- Při píchnutí do jazyka či jiné části dutiny ústní vystříkáme ústa nosním sprejem s obsahem α -1-sympatomimetik (Olynth, Nasic, Nasivin).
- Na svědivou kůži můžeme aplikovat gel s obsahem antihistaminika (Fenistil gel).
- Jde-li o větší alergickou reakci nebo rozvoj anafylaxe postupujeme dle návodu níže (viz první pomoc u anafylaktické reakce).
- Přivoláme odbornou pomoc.

PRVNÍ POMOC U ANAFYLAKTICKÉ REAKCE

- Postiženého uložíme do polohy vleže, při dechových potížích vsedě.
- Neprodleně zavoláme zdravotnickou záchrannou službu (155).
- Má-li pro tento případ postižený vlastní léčiva, podáme je, jinak použijeme léky z pohotovostního balíčku (tabulka č. 3):

- 1 tabletu antihistaminika.
- 2 tablety kortikoidu nebo 1 čípek.
- Při dušnosti 4 dávky inhalačního spreje na rozšíření průdušek (Berodual, Ventolin - beta2-mimetikum).
- Neváháme s aplikací adrenalinu v autoinjektoru EPIPEN, ANAPEN - zaznamenáme dobu aplikace adrenalinu.
- Dojde-li ke ztrátě vědomí, postupujeme dle pravidel základní podpory životních funkcí, zástava dechu = okamžitá resuscitace.

Tabulka č. 3: Obsah pohotovostního balíčku, inspirováno (Richter et al., 2010).

POHOTOVOSTNÍ BALÍČEK PRO ANAFYLAKTICKOU REAKCI:	
AUTOINJEKTOR	Epipen / Anapen, injekční roztok adrenalinu (epinefrin - syntetický adrenalin), léku první volby u anafylaktických reakcí. Epipen / Anapen pro dospělé - dávka 0,3 ml epinefrinu. Epipen junior / Anapen junior pro děti - dávka 0,15 ml epinefrinu.
ANTIHISTAMINIKUM	Dostupná antihistaminika II. generace, 1 tabl. léčiva Zyrtec, Zodac, v rámci první pomoci lze podat 1 tabletu Dithiadenu (antihistaminikum I. generace, je na předpis, má sedativní účinek).
GLUKOKORTIKOID	Lék s protišokovým účinkem, pomalý nástup, nutno podat co nejdříve, 2 tablety např. Hydrocortisonu, Prednisonu nebo jeden čípek téhož léčiva.
BETA-2-MIMETIKUM	Inhalační sprej na rozšíření průdušek, podáváme 4 vstřiky, léčivo např. Berodual, Ventolin.
NÁVOD K POUŽITÍ	Návody k podání léčiv z pohotovostního balíčku a použití autoinjektoru.

LITERATURA

- [1] BRAUNOVÁ, Jaroslava. Alergie, Anafylaxe, Anafylaktický šok. *Medicína pro praxi* [online]. Konice: Solen, 2007, roč. 2007, č. 6, s. 279-281 [cit. 2014-09-30]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/06/11.pdf>
- [2] BYDŽOVSKÝ, Jan. *Předlékařská první pomoc*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. Zdraví. ISBN 978-802-4723-341.
- [3] HASÍK, J. et al. *Standardy první pomoci*. 2., přeprac. vyd. Praha: Český červený kříž, 2012. 83 s. ISBN 978-80-87729-00-7.
- [4] LITZMAN, Jiří, Pavel KUKLÍNEK a Ondřej RYBNÍČEK. *Alergologie a klinická imunologie*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 144 s. ISBN 80-701-3345-7.
- [5] POKORNÝ, J. et al. *Lékařská první pomoc*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2010, xvii, 474 s. ISBN 978-807-2623-228.
- [6] RICHTEROVÁ, Jarmila, Jan RICHTER a Lenka KUBRICHTOVÁ. *7A - 7x o alergii a astmatu pro školu: příručka pro učitele mateřských, základních a středních škol*. Vyd. 4. Třebíč: D. Prchalová, 2010, 30 s. ISBN 978-80-254-7057-2.
- [7] SRNSKÝ, Pavel. *První pomoc ve školách a vzdělávacích zařízeních: doporučené instrukce a postupy v případech nehod dětí a mladistvých*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Forum, 2013. ISBN 978-80-904803-7-7.

ALLERGIES AND ANAPHYLACTIC REACTIONS IN FIRST AID

KONTAKTNÍ ÚDAJE NA AUTORA:

Mgr. Radim Křivák, BBA
Vzdělávací centrum
RESCUE TRAINING CZ
Altěře 430, 686 03 Staré Město
E-mail: rescue.training@email.cz

ABSTRACT

The article discusses the basics of allergic reactions and summarizes solutions to their acute states within the general first aid. The aim is to mediate elementary theory current common allergic states and instructions on how to give correct first aid. An introduction represents the topic as a health problem and introduces the basic concepts (allergies, allergic reactions, anaphylaxis). The next part of the text deals with food allergies, allergic reactions to insect stings, anaphylactic reaction and results in a clear summary of the symptoms of these problems. Conclusion of the article is devoted to the first aid procedures and use of emergency package for acute allergic states.

KEYWORDS:

allergic states, anaphylactic reaction,
first aid

VÝVOJ OŠETŘOVATELSTVÍ V ČECHÁCH

MAGDALÉNA LAVIČKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ
JIHLAVA

ABSTRAKT

Ošetřování nemocných má velmi dlouhou historii, ale ošetřovatelství jako povolání je relativně nové. V historii byla poskytována nemocným pomoc hlavně laiky a příslušníky církevních řádů. Pomoc se většinou omezovala na poskytnutí přístřeší, stravy, oblečení a ošetření pomocí bylinek. S postupem času se rozvíjela medicína a s ní i péče o nemocné. Dlouhá staletí trvalo, než bylo ošetřovatelství uznáno jako plnohodnotné povolání. Ještě déle trvalo, než byla uznána potřeba vzdělaných, oceněných sester, jako nezbytných spolupracovníků lékařů.

KLÍČOVÁ SLOVA:

ošetřovatelství, nemocný, ošetřovatelka, péče

ÚVOD

Vdávných dobách byly nemoci víceméně opředeny tajemstvím a v boji proti nim se používala léčivá schopnost bylinek, vody a slunce. Po příchodu křesťanství na naše území se začínají zakládat středověké špitály, jako první vzniká špitál v Týně. Většinou jsou špitály součástí kostela nebo kláštera. Část špitálů slouží jako hospice, tedy poskytují pocestným útulek, občerstvení a základní ošetření a často i poslední útočiště před smrtí

POČÁTKY KŘESŤANSTVÍ, STŘEDOVĚK

Velmi významnou postavou středověkého ošetrovatelství byla Anežka Přemyslovna, sestra českého krále Václava I. Vstoupila do řeholního řádu sv. Kláry - klarisek. Nechala postavit klášter a špitál sv. Františka, založila ošetrovatelský řád křížovníků s červenou hvězdou, pro který i sepsala první pokyny jak ošetřovat chudé a nemocné. (Staňková M., Galerie historických osobností, str. 7-8)

Na jiných místech také vznikají špitály a lazarety, v Brně vzniká první špitál U sv. Ducha.

Nemocným lidem byla poskytována pomoc velmi různorodou skupinou porodních bab, holičů, mastičkářů, mnichů, kněží a potulných chirurgů. Motivací těchto lidí byla většinou víra v Boha, ve šťastný život po smrti, který jim měl být zajištěn právě péčí o chudé a nemocné. Velká část této péče měla charakter šarlatánství. Koncem prvního tisíciletí jsou zakládány první

lékařské školy. U nás se výrazně projevil až vliv pražské univerzity založené Karlem IV. v r. 1348, která má také lékařskou fakultu.

Některé ženské církevní řády dochází za nemocnými až domů, což bylo zaraženo tridentským koncilem v r. 1545 a opatrovnictví je povoleno pouze ve špitálech.

15. a 16. století je ve znamení velmi nízkých hygienických poměrů, vžitých pověr obyvatel v péči o zdraví. Do špitálů se postupně dostávají i osoby civilní, ovšem jsou to lidé špatné pověsti - prostitutky, bývalí trestanci, sluhové. Práce je velmi těžká a velmi špatně placená.

První pokrok v oblasti zdravotní péče znamenala až doba tereziánských a josefínských reforem. Byla stanovena práva a povinnosti zdravotnických osob, podřízení personálu jediné osobě. Reformy měly za následek postupné probouzení zájmu obyvatelstva o své zdraví. (Kafková V., Historie ošetrovatelství, str. 2)

VÝZNAMNÉ POSTAVY HISTORIE OŠETŘOVATELSTVÍ

Václav Joachim Vrabec, chirurg a představený nemocnice Na Františku v Praze jako první předložil návrh přednášek o ošetřování pro opatrovnice. Jeho návrh byl zamítnut. Jeho pokračovatelem byl dr. Antonín Holý, který přednášel o péči o nemocné, o uchování zdraví. Ženy se nesměly přednášek zúčastnit.

Velký zlom v ošetrovatelství znamenala Krymská válka (1854-1856). Tehdy se

poprvé rozhodlo o nutnosti odborně vzdělávat ženy v péči o nemocné a raněné. Velkou zásluhu na tom má významný ruský chirurg **Nikolaj Ivanovič Pirogov**. Sestavil skupinu milosrdných sester, se kterými odjel do války ošetřovat zraněné. Sestry se staraly o jídlo, pití, čistotu a pořádek a brzo se stala jejich práce nepostradatelná. Pirogov se zasloužil o rozvoj ošetřovatelství a má i nemalé zásluhy v oblasti medicínské. (Staňková M., Galerie historických osobností, str. 65-67)

Nelze nezmínit další významnou postavu ošetřovatelství, která v této době působila a to **Florence Nightingalovou**. Poté co se stala ošetřovatelkou, odjela se skupinou sester do Turecka, aby pečovaly o raněné. Přes počáteční nedůvěru lékařů a řadu dalších problémů se brzy sestry staly velmi ceněné.

Nightingalová zavedla řadu opatření na zlepšení hygieny nemocných, na zlepšení zásobování nemocničním vybavením. Po návratu z války se jejím hlavním cílem stalo pozvednutí ošetřovatelské profese.

V roce 1860 založila první Ošetřovatelskou školu v Nemocnici sv. Tomáše v Londýně, která se stala vzorem pro řadu dalších zemí. Je autorkou velkého množství publikací z oblasti ošetřovatelské a zdravotní péče, zejména je nutné jmenovat její „Poznámky k ošetřovatelství“. Zde zdůrazňuje význam pozorování pacienta a snahu poznat jeho potřeby. (Staňková M., Galerie historických osobností, str. 70-74)

Další významnou osobou byl **Henri Jean Dunant**, ženevský obchodník, který přijel jako podnikatel na bojiště u Solferina. To

co viděl s ním natolik otřásl, že se rozhodl zabránit tomu, aby se něco takového ještě opakovalo. Na bojišti zůstala po bitvě ležet spousta mrtvých, ale také raněných bez jakékoliv pomoci. To ho vedlo k tomu, že zorganizoval místní obyvatele na pomoc raněným.

Po návratu začal šířit myšlenku zřízení organizace na výchovu dobrovolných ošetřovatelek, aby byly v době války k dispozici. Jeho úsilí vedlo k založení mezinárodní organizace Červeného kříže v roce 1864.

DEVATENÁCTÉ STOLETÍ

V druhé polovině 19. století dochází k rozvoji chirurgie, hygieny a epidemiologie, což zasahuje i do oblasti ošetřovatelství, které se stává organizovaným.

Český národ se stává aktivnější. Spisovatelky Eliška Krásnohorská a Karolína Světlá zakládají Ženský výrobní spolek český, který měl vychovávat ženy kurčitému povolání, mimo jiné i k ošetřovatelství. Spolu s českým lékařem Vítězslavem Janovským zakládají první českou ošetřovatelskou školu, jedinou v Rakousku v roce 1874. Výuka probíhala ve formě krátkodobých kursů spojených s praktickou výukou v nemocnici na Karlově. Při ošetřování se využívala „Kniha o ošetřování nemocných“ od Nightingalové. Bohužel tato škola ukončila svoji činnost již po sedmi letech z ne úplně objasněných důvodů.

Činnost ošetřovatelek oceňovali mnozí lékaři, mezi nimi i prof. Bohumil Eiselt,

který podporoval emancipační hnutí žen a také přednášel na škole ošetřovatelek. (Škochová D., Od Florence k dnešku, Florence, str. 15-16)

Práce a život tehdejších ošetřovatelek jistě nebyl snadný a z našeho dnešního pohledu je pro nás nepředstavitelný.

Ošetřovatelský personál v nemocnicích se řídil čeledním řádem. Pracovní doba byla určena dle potřeby, byla tedy neomezená, každá ošetřovatelka musela být svobodná. Ošetřovatelky bydlely přímo v nemocnici na pokoji nemocných, oddělené pouze plentou. Při nedodržení svých povinností nebo ztrátě nemocničního inventáře byly sestry potrestány finančně nebo zákazem vycházky, kterou jim stanovoval lékař. Přes všechno nepříjemné se ženy rády věnovaly této profesi, protože to byl únik z hladu a bídy.

V roce 1904 byl ustanoven Spolek pro povznesení stavu ošetřovatelek nemocných, jehož cílem bylo odborné vzdělávání ošetřovatelek. Kurzy vedla i první česká lékařka Anna Honzáková.

V roce 1913 vychází nařízení, které určuje podmínky vzdělávání ošetřovatelek. Vzdělávání má probíhat na dvouletých školách při nemocnicích, které umožňují i praktickou výuku a zakončeno má být diplomovou zkouškou.

ŠKOLY PRO OŠETŘOVATELKY

První škola byla otevřena v květnu roku 1916 v Praze a její první představenou se stala Františka Fajfrová. První ročníky ukončovalo málo studentek, ale postupně počet studujících narůstal. Zpočátku každá ze studentek musela dosáhnout věku dvaceti let a být způsobilá ke studiu. Postupně lékaři žádají vzdělané ošetřovatelky, jaké měl na interní klinice prof. Ladislav Syllaba, který byl velkým zastáncem vzdělaných sester. U něho na klinice pracovaly pouze kvalifikované ošetřovatelky. Ještě v této době měly sestry bydlet s nemocnými na pokoji, což se jim pochopitelně nelíbilo. Prof. Syllaba nechal přestavět podkroví kliniky, aby zde sestry mohly bydlet.

V roce 1923 se do vedení školy dostaly české sestry, ředitelkou se stala Sylva Macharová. O ošetřovatelství a významu vzdělávání ošetřovatelek se začíná psát v odborném tisku.

V roce 1930 se zřídil ústav pro vzdělávání porodních asistentek a zavedlo se školení v péči o dítě. Také ošetřovatelé-muži z církevních konventů se začali dožadovat možnosti vzdělání v činnosti, kterou dosud prováděli.

Ve většině nemocnic přesto pracoval nekvalifikovaný personál. Spolek diplomovaných sester (dále jen SDS), založený v roce 1921 usiloval o rozšíření výuky o jeden rok. Československý červený kříž (dále jen ČSČK) předal ošetřovatelskou školu do rukou státní správy a sám se stal organizátorem krátkodobých kursů.

V roce 1933 byl v Ostravě otevřen Ústav pro vzdělávání a výcvik porodních asistentek a na Slovensku Krajinská ošetrovateľská škola M. R. Štefánika v Turčianském sv. Martině. Kromě toho existovaly řeholní ošetrovateľské školy, které ale připravovaly ošetrovatelky formou odborného minima. (Kafková V., Z historie ošetrovatelství, str. 29)

PRÁCE A ŽIVOTNÍ PODMÍNKY OŠETŘOVATELEK

Nemocniční ošetrovateľský personál se dal rozdělit do tří kategorií. První tvořily řeholní sestry, nejčastěji z řádů německých rytířů, křížovníků s červenou hvězdou, alžbětinek, z mužských hlavně Milosrdní bratři a řada dalších. Jejich práce měla silný náboženský podtext. Byli skupinou nejpočetnější. Kromě katolických řádů pečovaly o nemocné také diakonky evangelické církve. (Kafková V., Z historie ošetrovatelství, str. 34-35)

Druhou kategorií byly opatrovnice bez vzdělání, které pracovaly v nemocnicích proto, že jim poskytovala obživu a bydlení. Třetí kategorií byly diplomované ošetrovatelky, jichž bylo nejméně a které usilovaly o lepší společenské postavení sester. Diplomované sestry mohly pracovat jednak na pokojích nemocných, jednak na rentgenu, v laboratořích, v ambulancích nebo jako vrchní sestry.

Ošetrovatelky pracovaly v nemocnicích stále ve velmi nuzných poměrech. Sice byly v brožuře pro školní rok 1918-1919 pro ošetrovateľskou školu vydány pokyny, jaké mají být pracovní podmínky absolventů. Ale to bylo spíše přání nežli realita.

Práce sester byla opravdu náročná, musíme si uvědomit, že v této době přicházela spousta nemocných do nemocnic špinavá, zavšivená, vyhublá a v roztrhaných šatech. Civilní ošetrovatelky bydlely převážně na pokojích nemocných, pouze oddělené zástěnou. Řádové sestry bydlely v klausurách v blízkosti nemocnice. Pokoje nemocných byly podobné sálům, pobývalo v nich 15 až 27 pacientů, o které se staraly 2 až 3 ošetrovatelky. Pracovní doba byla nepřetržitá pro řeholní sestry, civilní se podřizovaly zavedenému režimu. Zpravidla pracovaly ve 24 nebo 36 hodinových cyklech. V neděli jim končila služba dříve a tehdy mohly mít vycházku, kterou jim musel povolit lékař. Dovolená tehdy neexistovala. Plat sester byl 80,- Kčs za měsíc a pro srovnání, podrážky bot stály 60,- Kč. Naprosto otevřeně se čekalo, že ošetrovatelky budou dostávat odměnu od pacientů a jejich rodin. Je nutno říci, že mnoho ošetrovatelek pracovalo pouze za byt a stravu.

Ošetrovatelky musely být svobodné, pokud by se vdaly, musely zaměstnání opustit. Tento zvyk měl původ v celibátu řeholních sester a vycházel z tehdejšího přesvědčení, že ošetrovatelka s rodinou a svými osobními starostmi se nemůže plně věnovat nemocným, protože péče o nemocné vyžaduje celého člověka. (Kafková V., Z historie ošetrovatelství, str. 36-45)

V roce 1927 bylo vydáno vládní nařízení, které upravovalo platové a služební podmínky ošetrovatelek. Pro diplomované sestry však bylo zklamáním, protože zde byly stavěny na stejnou úroveň jako sestry nediplomované, s malým finančním

odlišením a nejkratší dovolenou. Zároveň bylo zakázáno přijímat dary od pacientů.

Potřeba ošetřovatelek se neustále zvyšovala, tak jak se rozrůstaly další oddělení a primariáty. Zvětšovalo se vědomí o nutnosti vzdělaných sester, ale stále neexistovalo zákonné nařízení určující, kdo vlastně smí vykonávat povolání ošetřovatelky.

DRUHÁ SVĚTOVÁ VÁLKA

Období let 1939-1945 bylo jedno z nejhorších v naší historii. Tato doba samozřejmě ovlivňovala veškerou lidskou práci. Ošetřovatelky měly jistou výhodu, díky svému povolání unikly totálnímu nasazení, protože ve válečném konfliktu je vždy potřeba ošetřovatelek. Jistou dobu mohly i fungovat spolky jako ČSČK a SDS. Ještě v roce 1939 došlo k otevření dalších ošetřovatelských škol a to civilní v Brně a církevních v Praze, Kroměříži a Olomouci. V roce 1940 je Němci zrušen ČSČK, funguje pouze Červený kříž německý, v roce 1941 je zrušen SDS. Po heydrichiádě v roce 1942 nastává fašistický teror, veškerá odborná činnost je utlumena. Konají se prohlídky, tisíce lidí jsou odvečeny do koncentračních táborů. Mezi nimi je i řada lékařů a sester, kteří se podíleli na odbojové činnosti. (Škochová D., Od Florence k dnešku, Florence, str. 17) Doba osvobozování představuje velmi náročnou dobu z hlediska zdravotnického. Ošetřovatelky měly nepřetržité služby v nemocnicích, tam kde procházela fronta, byl neustálý příliv raněných.

DOBA POVÁLEČNÁ A PADESÁTÁ LÉTA

Poválečná léta byla poznamenána nedostatkem všeho, od materiálu přes léky, pomůcky až po personál. Obzvláště v pohraničí, po odsunu německých sester a lékařů, byl kritický nedostatek personálu. Ten byl řešen nadšením zdravotnického personálu z vnitrozemí, který se dobrovolně hlásil na výpomoc. Bylo nutno rychle vyškolit nově příchozí personál, proto se organizovali rychlokurzy ošetřovatelství. Velkou pomocí při tom byla i kniha „Pokyny k ošetřovatelské technice“ od d.s. J. Roušarové.

V roce 1945 vznikla v Československé republice (dále jen ČSR) odborová organizace. Ve zdravotnictví byly dva svazy, Svaz zaměstnanců sociální služby a Svaz zaměstnanců zdravotní služby, které se neustále dohadovaly o svých kompetencích. Členové této organizace postupně vstupovali do Revolučního odborového hnutí a to i členky bývalého SDS. To znamenalo konec možného členství českých sester v International Council of Nurses (dále ICN). (Kafková V., Z historie ošetřovatelství, str. 117-131)

V roce 1946 vzniká Vyšší ošetřovatelská škola v Praze, která měla připravovat sestry pro vedoucí místa, zároveň se zvyšuje počet ošetřovatelských škol. Pořád ještě byl velký nedostatek kvalifikovaných sester, na některých odděleních v ČSR nebyla žádná. Stát se sestrou stále nebylo vůbec motivující. Nová sestra byla přiřazena na volné místo v nemocnici, aniž by se někdo zajímal o to, co chce ona, o co se zajímá.

To vedlo k nespokojenosti sester a k jejich odchodu ze zdravotnictví. I další faktory přispívaly k nedostatku sester, nízké platové ohodnocení, dosud neomezená pracovní doba a namáhavá služba. Není divu, že ženy nechtěly ve zdravotnictví pracovat, vždyť v továrnách měly lepší podmínky a dvakrát vyšší plat.

Různí odborní zdravotničtí pracovníci, jako např. laboranti a pracovníci rentgenového oddělení, neměli žádnou odbornou školní přípravu.

Důležitou událostí byl jubilejní pracovní sjezd diplomovaných sester v ČSR v roce 1946. Sestry zde vyslovily požadavek na zestátnění všech ošetrovatelských škol, doplnění a sjednocení učebního řádu a osnov. Požadovaly náležité platové zařazení, nejvyšší možnou hranici pracovní doby a prodloužení dovolené.

Tím, jak se rozšiřoval okruh činností lékařů, tak i sestrám přibývalo úkolů, svěřovala se jim stále odpovědnější práce, někdy i práce lékaře. Ne všude tomu tak bylo, v některých zařízeních stále ještě sestry fungovaly i jako uklízečky.

V roce 1946 vznikl jednotný svaz zaměstnanců sociální a zdravotní služby.

V roce 1947 se konal světový sjezd sester v New Yorku, kde byly i naše sestry a projednávaly naše členství v mezinárodní ošetrovatelské radě. V témže roce vyšel zákon, který umožňoval ošetrovatelkám s dlouhou praxí získat diplomovou kvalifikaci složením zkoušky. Vyšlo vládní nařízení upravující platové a služební poměry státních zaměstnanců.

(Kafková, V., Z historie ošetrovatelství, s. 117-126)

Stále nebyly dořešené některé problémy sester jako neomezená pracovní doba, špatné ubytování sester a nedostatek ochranných oděvů. Vyřešení těchto problémů brzdila politická situace a převrat v únoru roku 1948, kdy převzala moc ve státě komunistická strana.

Došlo k reorganizaci ministerstva zdravotnictví i školství a vzdělávání sester začalo patřit do kompetence ministerstva školství. Školy pro sociální a zdravotní službu byly změněny na Vyšší sociálně zdravotní školy. Studium zde bylo čtyřleté, první dva roky společné a druhé dva roky specializované dle zvoleného oboru (ošetrovatelka, dětská sestra, porodní asistentka, zdravotní laborant, zubní laborant, zdravotní pracovnice, sociální pracovnice, pracovnice pro výživu). Studium obsahovalo i výchovu ideově politickou a bylo ukončené maturitou.

Vznikaly Ústavy národního zdraví, které slučovaly všechny složky provádějící zdravotně preventivní péči. To znamenalo zánik soukromých lékařských ordinací. Došlo k postupnému nahrazování řeholních sester, které byly pro komunistickou stranu nepřijatelné, byť jejich práce byla užitečná a záslužná. (Kafková V., Z historie ošetrovatelství, str. 127-131)

PRACOVNÍ A ŽIVOTNÍ PODMÍNKY SESTER

Nedostatek ošetrovatelského personálu trval i přesto, že se věnovala velká péče náboru nových sester. Práce sestry byla stále více náročná, navíc zavádění novinek naráželo v některých zařízeních na odpor, dlouhé 24 - 36 hodinové služby a málo peněz, nic z toho nebylo právě lákavé.

V roce 1950 konečně došlo k uzákonění osmihodinové pracovní doby. Pracovní doba byla rozdělena do tří směn, na jedné ošetrovatelské jednotce pracovaly čtyři sestry, z toho tři byly směnující a čtvrtá byla staniční. Pracovní týden tvořilo šest dní. V neděli se sestry střídaly po dvanácti hodinách služby. (Kafková, V., *Z historie ošetrovatelství*, s. 131-132)

Sestry po ukončení vzdělání dostávaly tzv. umístěnky, podle kterých nastupovaly do svého zaměstnání. Neohlíželo se na jejich bydliště či přání. Ve svém působišti bydlely v sesterských internátech, většinou dvě nebo více na jednom pokoji. To znamenalo, že si sestry nemohly řádně odpočinout, protože každá měla jinou směnu. Pokud se sestra vdala, situace se jí značně zkomplikovala. V padesátých letech byl velký nedostatek bytů, takže manželé často bydleli na internátě, což znamenalo ztrátu soukromí. Mateřská dovolená tehdy byla pouhé čtyři měsíce. Jestliže se sestra chtěla vrátit do práce, a pro většinu to byla ekonomická nutnost, musela dávat dítě do jeslí. To bylo jistě značně stresující. Nedostatek času, nedostatečný odpočinek a ještě nedostatek kvalitní stravy, protože do roku 1953 přetrvával

lístkový systém z války, to všechno musely sestry při svém náročném povolání tehdy vydržet. (Rozsypalová, M., Svobodová, H., a Zvoníčková, M., *Sestry vzpomínají*, s. 13-22)

ZÁVĚR

Další vývoj probíhal tak, jak už všichni známe z učebnic. Je neuvěřitelné, co některé sestry ve své době dokázaly udělat pro své povolání, kolik času a síly mu obětovaly, některé z nich doslova celý svůj život, vždyť mít vlastní rodinu se neslučovalo s povoláním ošetrovatelky a tak veškeré úsilí a nadšení věnovaly svému povolání. Díky nim se my dnes máme mnohem lépe než ony.

Už prof. MUDr. L. Sylaba řekl: „Nemá-li ošetrovatelka klesnouti zase na úroveň dřívější, má-li být uvědomělou, informovanou a nadšenou bojovnicí proti rozšiřování chorob, nelze jejího vzdělání omezovati.“

LITERATURA

- [1] KAFKOVÁ, Vlastimila. *Z historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1992. s. 185. ISBN 80-7013-123-3.
- [2] STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství 7: Galerie historických osobností*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. s. 86. ISBN 80-7013-329-5.
- [3] ROZSYPALOVÁ, Marie, SVOBODOVÁ, Hana, ZVONÍČKOVÁ, Marie. *Sestry vzpomínají: Příspěvek k historii ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 88. ISBN 80-247-1503-1.
- [4] MARKOVÁ, Eva. *Dny Marty Staňkové III: Vzdělávání sester: současnost a očekávání*, sborník z mezinárodní konference. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. s. 113. ISBN 80-7262-434-2.
- [5] ŠKOCHOVÁ, Dagmar. *Od Florence k dnešku. Florence časopis moderního ošetrovatelství*. Praha: Galén. ISSN 1801-464X. 2005, roč. 1, č. 1, s. 15-17.

THE DEVELOPMENTS OF NURSING IN BOHEMIA



KONTAKTNÍ ÚDAJE NA AUTORA:

Mgr. Magdaléna Lavičková
Vysoká škola polytechnická Jihlava
katedra zdravotnických studií
Tolstého 16, Jihlava 586 01
E-mail: magdalena.lavickova@vspj.cz

ABSTRACT

Nursing of the ill has had a very long history but nursing as a profession is quite new. In the past, help to the ill people was provided mainly by non-professionals and by members of religious orders. The help was usually limited to providing shelters, food, clothes, and herbal treatment. During the time, the medicine was developing which also influenced the care for the ill. It took long centuries to recognize nursing as a full-value profession. And it took even longer to recognize the need of educated, honoured nurses as necessary co-workers of doctors.

KEYWORDS:

nursing, the ill, nurse, care

MANAŽMENT STAROSTLIVOSTI PRI AKÚTNEJ DIALÝZE Z POHĽADU SESTRY

FERDINAND MOHNYÁNSZKI

UNIVERZITNÁ NEMOCNICA
L. PASTEURA

ABSTRAKT

Hlavnou náplňou predkladaného článku je priblíženie manažmentu starostlivosti u pacienta napojeného na dialýzu z pohľadu sestry pracujúcej na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny. Približujeme indikácie a možnosti aplikácie akútnej dialýzy. Následne popisujeme konkrétne intervencie sestry súvisiace s realizáciou akútnej dialýzy pri lôžku pacienta na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny.

KLÍČOVÁ SLOVA:

eliminačné metódy, multifunkčný
dialyzačný prístroj, oddelenie anestézie
a intenzívnej medicíny, sestry

Na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny sú prijímaní a stabilizovaní pacienti po zlyhaní životne dôležitých funkcií. Mnohokrát u pacientov po stabilizovaní vitálnych funkcií dochádza k akútnemu zlyhaniu renálnych funkcií následkom silného šoku, traumy, sepsy alebo rozsiahleho operačného výkonu v oblasti brucha, hrudníka, ciev alebo srdca. Následne je nutné dočasné mimo telové čistenie krvi, a to až do doby obnovenia renálnej funkcie, ide o akútnu dialýzu v intenzívnej starostlivosti poskytovanú pri lôžku pacienta na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny, niekoľko dní 24 hodín denne. V súčasnosti má akútna dialýza viacero pomenovaní – hemodialýza, hemofiltrácia. Najznámejšia a najviac zaužívaná terminológia je eliminačná mimo telová liečba, ktorá zabezpečuje odstraňovanie endogénnych a exogénnych škodlivých ako aj nežiaducich látok z ľudského organizmu. Kontinuálna náhrada funkcie obličiek je nutná u 50-70% pacientov na oddeleniach anestéziológie a intenzívnej medicíny, v rámci multiorgánového zlyhávania alebo s iných príčin, ktoré vyvolali akútne renálne zlyhávajúce. Eliminačná liečba sa vykonáva s použitím schválenej a overenej štandardnej dialyzačnej techniky u lôžka pacienta je poskytovaná anestéziologickou sestrou, a umožňuje prekonať obdobie, ktoré je nutné k reparácii renálnych funkcií pri ich reverzibilnom poškodení. V tomto príspevku prinášame naše skúsenosti s manažmentom starostlivosti o pacienta s renálnym zlyhaním na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny z pohľadu sestry.

V súčasnej dobe sa preferuje v intenzívnej starostlivosti včasné zahájenie eliminačnej mimo telovej liečby u kriticky chorých pacientov, bez ohľadu či má pacient kritické hodnoty indikujúce akútnu dialýzu. Indikácie akútnej dialýzy sú hyperkalémia, metabolická acidóza, anúria (nulový výdaj moču priebehu 12 hodín), oligúria (pod 5 ml/kg/ deň), edém pľúc-hyperhydratácia nereagujúca na diuretiká, rýchly vývoj uremického syndrómu a zvýšená koncentrácia močoviny v sére nad 30mmol/l, uremická encefalopatia, uremická perikarditída a niektoré intoxikácie (Ševčík, 2000). Všetky vymenované indikácie sestra monitoruje zaznamenáva a hlási lekárovi. Pacient so zlyhanými alebo zlyhávajúcimi vitálnymi funkciami na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny (OAIM) si vyžaduje komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť. Anestéziologická sestra a lekár na základe týchto skutočností musí myslieť u kriticky chorých pacientov aj na kontraindikácie u mimo telovej eliminačnej liečby, ktoré sú absolútne – krvácavé stavy a znížené hodnoty zrážacích faktorov krvi a relatívne – ťažká hypotenzia, malígna hypertermia. Na podklade týchto informácií lekár OAIM zhodnotí všetky dostupné a aktuálne výsledky, ktoré indikujú akútnu dialýzu u lôžka pacienta samostatne alebo v spolupráci s nefrológom. Mimo telovú eliminačnú liečbu indikovanú lekárom ako akútna dialýza pri lôžku pacienta môže vykonať anestéziologická sestra samostatne alebo v spolupráci s dialyzačnou sestrou ak spĺňa tieto predpoklady: ukončené špecializačné štúdium v danom obore, roky praxe, je primerane zaškolená

o obsluhu priradeného nato určeného multifunkčného dialyzačného prístroja, je dostupná možná nepretržitá konzultácia s dialyzačnou sestrou ako aj lekárom (vyhláška MZ SR č.350/2005 Z.z.)

Multifunkčný dialyzačný prístroj má tri jednotky (1) krvná jednotka – krvná pumpa, heparínová pumpa, detektory zaistujúce bezpečnosť dialyzačnej liečby, (2) jednotka pre dialyzačný roztok (substitučný), ktorý je ohrievaný na telesnú teplotu, (3) zmiešavacia jednotka – zabezpečuje splnenie požadovanej ultrafiltrácie – hodinová, celková. Dôležitou súčasťou dialyzačného prístroja je dialyzátor (dialyzačná membrána alebo kapilára) – je tvorená s tisícok dutých vlákien, ktoré sú uložené v puzdre, v ktorom sú štyri otvory – dve pre krvnú cestu (arteriálny a venózný vstup) a dve pre dialyzačný roztok (vstup a výstup). Vláknami prúdi krv a medzi vláknami dialyzačný roztok proti smeru ku krvnej ceste (Sulková, 2000). Veľkosť kapilár je rôzna určuje sa podľa výšky, váhy, veku, pacienta. Pre sestru je dôležitá aj informácia o samotnej životnosti kapiláry, ktorá je daná výrobcom 48-72 hodín. Ďalšiu podstatnú časť dialyzačného prístroja tvoria samotné eliminačné sety, ktoré sú typizované k jednotlivým dialyzačným prístrojom ako aj zvolenej terapie u dialyzovaných pacientov na OAIM. Dialyzačné sety sú sterilne balené a farebne odlíšené:

- červená vetva – arteriálna (prívodová),
- modrá vetva – venózna (odvodová),
- žltá vetva – odpadová (ultrafiltrát alebo adekvátny odpad podľa spôsobu filtrácie),

- biela vetva – substitučná vetva,
- zelená vetva – hemofiltrácia.

Životnosť týchto setov je 48-72 hodín. V súčasnej dobe sa presadzuje tzv. kazetový set k jednotlivým eliminačným liečebným výkonom. Výhodou týchto kazetových setov, pre anesteziologické sestry je rýchla orientácia v praxi, aký set je nutný použiť u kriticky chorých pacientov vyžadujúcich akútnu dialýzu na OAIM. Aby mohla byť vykonaná samotná eliminačná mimo telová liečba u pacientov, je nevyhnutné aby anesteziologická sestra zabezpečila dialyzačné roztoky (substitučné roztoky) k akútnej dialýze pri lôžku pacienta. Dialyzačné roztoky sú zložené s vody, rôznych solí, minerálnych látok, glukózy, bikarbonátov od závislostí zloženia a koncentrácie týchto komponentov lekár ordinuje tip substitučného roztoku, ktorý sa použije pri mimo telovej eliminačnej liečbe u lôžka pacienta na OAIM. Roztoky sú dodávané sterilne apyrogénne balené v dvojkomorových vakoch. Veľká komora obsahuje zásaditý roztok, malá komora obsahuje kyslý roztok. Zmiešaním oboch roztokov, oddelením deliacej švy, získame vhodný hemofiltrálny substitučný roztok. Koncentrácia jednotlivých komponentov substitučných roztokov pri akútnej dialýze sa uvádza v mmol/l. Metóda mimo telovej eliminačnej liečby u akútnej dialýzy pri lôžku pacienta na OAIM, je daná samotným multifunkčným dialyzačným prístrojom určením pre potreby akútnej dialýzy u kriticky chorých pacientov (Sýkora, 2009). Ošetrojúca anesteziologická sestra aj lekár OAIM musia byť dôsledne oboznámení ako postupovať, aplikovať, overovať správnosť vybranej a indikovanej metódy akútnej dialýzy.

V intenzívnej medicíne sú k dispozícii rôzne metódy filtrácie krvi pri mimo telovej eliminačnej liečbe, ktoré majú spoločné označenia pre všetky multifunkčné dialyzačné prístroje určené na akútnu dialýzu. K eliminačným mimo telovým liečebným metódam pri akútnej dialýze pri lôžku pacienta radíme:

- CVVH – Kontinuálna venovenózna hemofiltrácia
- CVVHDF – Kontinuálna venovenózna hemodiafiltrácia
- CVVHD – Kontinuálna venovenózna hemodialýza
- HVCVVH – Veľkoobjemová venóvenúzna hemofiltrácia
- MPS – Membránová plazmoferéza
- SCUF – Pomalá kontinuálna ultrafiltrácia,
- HP- hemoperfúzia

Anestéziologické sestry, ktoré poskytujú komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť pacientovi pri mimo telovej eliminačnej liečbe sú konfrontované s pojmami:

- **hemodialýza** – umožňuje difúziu látok s malou molekulovou hmotnosťou cez semipermeabilnú membránu do dialyzačného roztoku a odstránenie tekutiny z organizmu pomocou ultrafiltrácie;
- **ultrafiltrácia** – umožňuje odstrániť veľké množstvo tekutín s minimálnym obsahom dusíkatých a iných katabolitov. Pomocou gradientu transmembránového tlaku sa vytvorí ultrafiltrát plazmy a ten sa potom odstráni. Táto technika umožňuje zbaviť sa prebytočnej vody u uremikov a hyperhydratovaných pacientov;

- **hemofiltrácia** – pri tejto metóde sa používajú kapilárne dialyzátory s veľkou permeabilitou, cez ktoré prechádzajú z plazmy do ultrafiltrátu látky s molekulovou hmotnosťou 300-5000 daltonov. Tubulárna resorpcia v obličkách je v multifunkčnom dialyzačnom prístroji nahradená podávaním náhradného substitučného roztoku, ktorý priteká do venózneho časti mimotelového obehu **postdilučná hemofiltrácia**. Ak substitučný roztok priteká cez rad filtrov pred hemofiltrom, hovoríme o **predilučnej hemofiltrácii**;
- **hemodiafiltrácia** – je kombinácia hemofiltrácie a hemodialýzy, ktorá je účinnejšia, pretože dochádza k eliminácii aj látok s malou molekulovou hmotnosťou;
- **hemoperfúzia** – mimotelová eliminačná liečebná metóda na odstraňovanie uremických a iných toxínov s molekulovou hmotnosťou väčšou ako 150 daltonov z plazmy. Toxíny a iné substancie z plazmy sa adsorbujú na povrchu granúl aktívneho uhlia alebo iného sorbentu;
- **plazmaferéza** – je mimotelová eliminačná liečba, pri ktorej dochádza k oddeleniu plazmy od formovaných elementov v krvi množstve 500-5000 ml. Ako náhradný substitučný roztok sa používa natívna ľudská plazma (Řezáč, 2004).

MANAŽMENT MIMO TELOVEJ LIEČBY U LÔŽKA PACIENTA

Prioritnou úlohou anestéziologickej sestry poskytujúcej komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť pacientom na OAIM je zabezpečiť bezpečnú,

odbornú, kvalifikovanú terapiu indikovanú lekárom OAIM. Pacienti hospitalizovaní na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny sú prijímaný s rozličnými diagnózami s rôznych oddelení od adolescentov po seniorov, preto môžeme tvrdiť že anestéziologické sestry pracujúce na OAIM sa denne stretávajú s rozličnými pacientmi ako aj diagnózami. Zamerali sme sa na tú časť ošetrovateľskej techniky, ktorá na našom pracovisku vyvoláva búrlivé diskusie, s pohľadom anestéziologickej sestry, kontra činnosti súvisiace s náplňou práce dialyzačnej sestry (Hanke, Garajová, Prochádzka, Kala 2006). Pri mimo telovej eliminačnej liečbe u lôžka pacienta na OAIM všetky liečebné postupy pri akútnej dialýze indikuje lekár, na základe týchto ordinácii anestéziologická sestra poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť pacientovi yžadujúcu akútnu dialýzu (Gřesíková, Žarska 2010). Ošetrujúci lekár určí anestéziologickej sestre množstvo objemu, ktorý má byť odstránený a nahradený behom liečebnej hemofiltrácie u pacienta. Tieto hodnoty sú odvodené od klinického stavu pacienta jeho telesnej hmotnosti, aktuálnych biochemických, hematologických, kolagulačných výsledkov a množstva odpadových produktov ktoré je nutné odstrániť mimo telovou eliminačnou liečbou. Anestéziologická sestra nesmie zabudnúť že objem filtrovaného roztoku nemá u dospelého pacienta prekročiť 75 litrov denne (Sýkora, 2009). Obsluha multifunkčného dialyzačného prístroja je zodpovedná úloha preto anestéziologická sestra napája pacienta na akútnu dialýzu podľa usmernenia a ordinácie lekára, samostatne alebo v spolupráci s dialyzačnou sestrou. Opisovaná technika napájania, postupov

a jednotlivých úkonov nie je štandardizovaná ale odvodená z praktických skúseností klinickej praxe. Prvý krok – Aby u lôžka pacienta na OAIM mohla byť včas vykonaná akútna mimo telová eliminačná liečba anestéziologická sestra si skontroluje pripraví, zabezpečí všetky predpísané pomôcky k akútnej dialýze. Následne si anestéziologická sestra overí totožnosť pacienta ktorý ma byť akútne dialyzovaný zaznamenaná do chorobopisu jeho vitálne funkcie, výsledky biochemických a hematologických hodnôt, množstvo moču za 24 hodín, bilanciú tekutín príjem a výdaj za 12- 24 hodín. Základným predpokladom výkonu akútnej dialýzy u lôžka pacienta je zabezpečenie cievneho prístupu. Cievny prístup si určí lekár v. subclavia, v. jugularis, v. femoralis, za prísne aseptických podmienok v spolupráci anestéziologickou sestrou do vybraného cievneho vstupu zavádza dočasný dvojcestný dialyzačný katéter. Číslo, priemer, dĺžka dialyzačného katétra sa určí podľa výšky, váhy, veku pacienta. Dialyzačný katéter má významnú úlohu pri mimo telovej eliminačnej liečbe priamo súvisí s dialyzačnou kapilárou, preto anestéziologická sestra dôsledne kontroluje lekárom určený tip a dĺžku dialyzačného katétra. Miesto vstupu dialyzačného katétra anestéziologická sestra asepticky ošetrí, sterilne prekryje, označí dátumom, skontroluje priechodnosť lúmenov, aplikuje a poznačí predpísané množstvo heparínovej zátky na vstupy lúmenov katétra, všetky výkony zaznamenaná chronologicky do chorobopisu pacienta. Po zaistení a ošetrovaní cievneho vstupu anestéziologická sestra podľa ordinácie lekára indikuje overenie správnosti polohy dočasného dialyzačného katétra röntgeno-vým snímkom (Křikavka,

Ševčík, 2008). Ak je poloha dialyzačného katétra správna nenastali žiadne komplikácie u pacienta (hemothorax, pneumothorax), anesteziologická sestra skontroluje a pripraví mimo telový eliminačný prístroj tzv. multifunkčný dialyzačný prístroj. Druhý krok – anesteziologická sestra pripraví podľa ordinácie lekára sterilne balené dialyzačné sety, dialyzačnú kapiláru, substitučné roztoky overí ich dostatočné množstvo. Tretí krok – anesteziologická sestra skontroluje funkčnosť multi-funkčného dialyzačného prístroja, zapne a nechá prebehnúť predpísaný test funkčnosti daný výrobcom postupujeme podľa usmernenia na monitore. Počas testovania sa nesmie s multifunkčným prístrojom manipulovať. Multifunkčný dialyzačný prístroj má zabudované citlivé váhy, ktoré slúžia na bilanciu rovnováhy príjmu substitučného roztoku a výdaja ultrafiltrátu eventuálne odpadu, ktorý sa filtruje, tým sa zabezpečuje bilancia a bezpečnosť filtrácie. Štvrtý krok – počas predpísaného testovania si anesteziologická sestra pripraví Fyziologický roztok 1000 ml s heparínom, ktorým sa vykoná odvzdušnenie preplach dialyzačného setu za prísne aseptický podmienok. Množstvo heparínu vo fyziologickom roztoku je závislé od daného pracoviska a odporúčaniami od výrobcu dialyzačných setov. Aplikáciu dávkovania kontinuálneho heparínu počas akútnej mimo telovej eliminačnej liečby indikuje lekár, anesteziologická sestra prísne zaznamenáva kontroluje predpísané množstvo dĺžku trvania a zmenu dávkovania heparínu (Schmitz, 2007). Piaty krok – po povinnom otestovaní sa zadáva zvolená mimo telová eliminačná liečba. Anesteziologická sestra na základe ordinácie lekára zadá zvolenú

liečbu CVVH, CVVHD, CVVHDF, HVCVVH, SCUF, MPS, HP postupuje podľa návodu a usmerneniami na monitore multifunkčného dialyzačného prístroja (Matějovič, 2009). Šiesty krok – po zadaní zvolenej terapie a uložení do pamäte multifunkčný prístroj nás vyzve aby sme naložili dialyzačné sety podľa jednotlivých vyznačených krokov, na miesto určené umiestnili substitučné roztoky. Anesteziologická sestra postupuje podľa pokynov, sleduje postupnosť jednotlivých krokov uvoľňuje alebo zaisťuje jednotlivé kónusy dialyzačných vstupov alebo výstupov (Řezáč, 2004). Siedmi krok – anesteziologická sestra potvrdí na monitore multifunkčného dialyzačného prístroja naloženie príslušných dialyzačných setov, čím zadá pokyn pre automatický preplach na odvzdušnenie setov. Počas tohto kroku nás vyzve multifunkčný dialyzačný prístroj aby sme zadali hodnoty, ktoré predpísal lekár, aby mohla byť vykonaná bezpečná akútna dialýza u lôžka pacienta na OAIM – prietok krvi ml/min, ultrafiltráciu ml/h, kontinuálnu anti-kolaguláciu ml/h, substitučný roztok ml/h, teplotu ohrevu substitučného roztoku krvi (Lins, 2009). Ukončenie správneho bezpečného preplachu sa akusticky potvrdí čím sa povolí anesteziologickej sestre ďalší krok. V prípade komplikácii počas odvzdušnenia a preplachu multifunkčný dialyzačný prístroj daný problém signalizuje, vyzve anesteziologickú sestru aby problém overila resp. odstránila. Ôsmi krok – nazývame „čakaním“ kedy v obehu multifunkčného dialyzačného prístroja prebieha cirkulácia fyziologického roztoku, ukončil sa predpísaný test funkčnosti. Deviaty krok – anesteziologická sestra samostatne alebo v spolupráci

s lekárom OAIM napojí pacienta na multifunkčný dialyzačný prístroj podľa návodu, ktorý sleduje na displeji. Počas napájania pacienta na mimo telový obeh multifunkčného dialyzačného prístroja anesteziologická sestra sleduje náplň jednotlivých setov, cirkuláciu substitučného roztoku, plnenie kapiláry, funkčnosť jednotlivých púmp, plnenie odpadu ultrafiltrátu, centrálny venózný vstup a výstup. Správnu a bezpečnú bilanciu mimo telovej eliminačnej liečby u akútnej dialýzy si multifunkčný dialyzačný prístroj prepočíta vyhodnocuje samostatne na základe zadaných parametrov a zvolenej terapie. Výsledné hodnoty ukladá do pamäti trendov. Anesteziologická sestra v predpísaných intervaloch tieto hodnoty odčítava zaznamenáva do chorobopisu pacienta. Všetky zmeny počas mimo telovej eliminačnej liečby, ktoré zadá lekár alebo anesteziologická sestra do pamäte multifunkčného dialyzačného prístroja sa znova bilancujú, prepočítavajú, vyhodnocujú nesprávne zadané hodnoty multifunkčný dialyzačný prístroj blokuje, čím sa zastaví akútna dialýza. Dôležitým faktorom u pacienta napojeného na mimo telovú eliminačnú liečbu je efektívnosť akútnej dialýzy u pacienta a jeho celkový zdravotný stav. Preto anesteziologická sestra v pravidelných intervaloch podľa ordinácie lekára u pacienta napojeného na akútnu dialýzu odoberá, monitoruje, zaznamenáva do chorobopisu biochemické, hematologické a koagulačné hodnoty, vitálne funkcie, centrálny venózný tlak krvi, ordinácie lekárov, aplikované lieky predpísanou formou, hodinovú diurézu, bilanciu tekutín príjem a výdaj za 12-24 hodín, váhu pacienta, výmenu dialyzačných setov podľa odporúčania výrobcov

(Kielstein, 2007). Vzniknuté komplikácie anesteziologická sestra ihneď hlási lekárovi alebo kontaktuje dialyzačnú sestru. Ukončenie akútnej dialýzy indikuje lekár OAIM samostatne alebo v spolupráci s nefrológom na základe klinického stavu pacienta, úprave biochemických, hematologických hodnôt, dosiahnutia primeranej a adekvátnej bilancie tekutín, zlepšenia renálnych funkcií hodinová diuréza dosahuje 100ml/h (Bouman, Catherine, 2009). Anesteziologická sestra si overí všetky dostupné informácie a ordinácie u lôžka pacienta zaznamenané v chorobopise, na základe týchto faktov vykoná ukončenie akútnej dialýzy u lôžka pacienta na OAIM. Ukončenie mimo telovej eliminačnej liečby multifunkčným dialyzačným prístrojom anesteziologická sestra vykonáva samostatne alebo v spolupráci s dialyzačnou sestrou. Pred ukončením akútnej dialýzy si anesteziologická sestra overí priechodnosť centrálného venózneho vstupu a výstupu, zadá pokyn na multifunkčnom dialyzačnom prístroji ukončiť zvolenú mimo telovú eliminačnú liečbu, postupuje podľa predpísaných krokov ktoré udáva multifunkčný dialyzačný prístroj na displeji. Počas ukončenia akútnej dialýzy u lôžka pacienta anesteziologická sestra sleduje – vitálne funkcie pacienta hlavne tlak krvi, miesto výstupu centrálného venózneho katétra a pripojenia k multifunkčnému dialyzačnému prístroju. Správne a bezpečné ukončenie mimo telovej eliminačnej liečby multifunkčný dialyzačný prístroj akusticky signalizuje čo znamená že anesteziologická sestra môže odpojiť pacienta s dialyzačného prístroja (Mariano et al, 2010). Anesteziologická sestra do chorobopisu pacienta zaznamená kto

indikoval ukončenie akútnej dialýzy čas a dôvod, spôsob ošetrovania uzáveru výstupu centrálného dialyzačného katétra, vitálne funkcie pred a po dialýze, bilanciu príjmu a výdaju tekutín pred a po dialýze, podané lieky predpísaním spôsobom, hodinovú diurézu a zhodnotí celkový zdravotný stav pacienta. Miesto vstupu centrálného dialyzačného katétra anestéziologická sestra ošetrí podľa zvyklostí daného pracoviska a výrazne označí (Šlapáková, 2008).

ZÁVER

V predkladanom článku sme sa pokúsili analyzovať činnosti sestry na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny pri akútnej dialýze pri lôžku pacienta. Opreli sme sa o poznatky s praxe a základný predpoklad, že sestry činnosti ktoré nevykonávajú denne u pacientov napojených na akútnu dialýzu vykonávajú pod tlakom zodpovednosti a legislatívnej neistoty. Výsledkom je teoretický článok zaoberajúci sa primárne dvoma otázkami: problematika akútnej dialýzy u lôžka pacienta aký má vplyv na prácu sestry a ako zvláda sestra s praxe problematiku akútnej dialýzy. Záverom možno konštatovať že napriek zvládnutiu daného stavu ako aj problematiky u lôžka pacienta napojeného na akútnu dialýzu na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny anestéziologickou sestrou, sú mnohé otázky nezodpovedané a chýbajú skúsenosti s praxe.

LITERATURA

- [1] BOUMAN, CATHERINE, S.C. 2009. *Strategie dávkování antimikrobních léčiv u kriticky nemocných pacientů s akutním poškozením ledvin v průběhu vysokoobjemové kontinuální veno-venózní hemofiltrace*. In *Current opinion in critical care* ČR, ročník 3, 2009, č.1, s.7-12, ISSN 1802-3819.
- [2] GŘESÍKOVÁ, V., ŽARSKA, S. 2010. *Kontinuální mimotělní náhrady funkce ledvin v intenzivní péči*. In *Sestra ČR*, ročník 20, 2010, č.1, s.69, ISSN 1210-0404.
- [3] HANKE, L., GARAJOVÁ, B., PROCHÁDZKA, V., KALA, A. 2006. *Využití kontinuálních eliminačních metod na chirurgické JIP*. In *Rozhl. Chir. ČR*, ročník 85, 2006, č.11, s.570-572, ISSN 0035-9351.
- [4] KŘÍKAVA, I., ŠEVČÍK, P. 2008. *Možnosti antimikrobiální ochrany centrálních žilných katétrů*. In *Anesteziologie & intenzivní medicína ČR*, ročník 19, 2008, č.4, s. 120, ISSN 1214-2158.
- [5] KIELSTEIN, J.T., FLISER, D. 2007. *Akute Niereninsuffizienz Extrakorporale Therapie*. In *Der Internist* 8-2007, 48: 786-794, DOI 10.1007/s00108-007-1886-x, Springer Medizin Verlag 2007.
- [6] LINS, R. L., ELSEVIERS, M. M., VAN DER NIEPEN, P., HOSTE, E., MALBRAIN, M. L., DAMAS, P., DEVRIENDT, J. 2009. *Intermitentní dialýza, či kontinuální metody u nemocných s AKI na JIP?* In *Postgraduální nefrologie ČR*, ročník 7, 2009, č.2, s. 22-23, ISSN 1214-178X.
- [7] MARIANO, F. et al. 2010. *Burns and Acute Kidney Failure*. In A. Jörres et al.(eds.), *Management of Acute Kidney Problems*. 429-437, DOI : 10.1007/978-3-540-69441-0_6.16, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2010.
- [8] MATĚJOVIČ, M. 2009. *Jaká je optimální intenzita mimotělních hemoeliminačních metod u akutního poškození ledvin kriticky nemocných?* In *Anesteziologie & intenzivní medicína ČR*, ročník 20, 2009, č.5, s 233, ISSN 1214-2158.
- [9] MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY podľa § 45 ods. 1 písm. b) zákon č.576/2004 Z.z o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č.350/ 2005Z.z. *Odborné usmernenie na vykonávanie liečby nahradzujúcej funkciu obličiek a vykonávanie mimo telovej eliminačnej liečby*
- [10] ŘEZÁČ, T., ZAZULA, R., TYLL, T., BEČVÁŘOVÁ, I. 2004. *Hemodynamická tolerance kontinuálních eliminačních technik (Hemodynamika.)*. In *Ročenka intenzivní medicíny 2004 ČR*, Kroměříž, s. 73-76.
- [11] SULKOVÁ, S., 2000. *Hemodialýza*. Praha : Maxdorf, 2000. 542-569 s. ISBN 80-85912-22-8.
- [12] SÝKORA, R., CHVOJKA, J., KROUŽECKÝ, A., RADĚJ, J., KARVUNIDIS, T., VARNEROVÁ, V., NOVÁK, I., MATĚJOVIČ, M. 2009. *Vysokoobjemová versus standardní hemofiltrace v experimentální sepsi při peritonitidě*. In *Anesteziologie & intenzivní medicína ČR*, ročník 20, 2009, č.5, s. 246, ISSN 1214-2158.

- [13] SCHMITZ, M., TASKAYA, G., PLUM, J., HENNERSDORF, M., SUCKER, C., GRABENSEE, B., HETZEL, G. R. 2007. *Continuous venovenous haemofiltration using a citrate buffered substitution fluid*. In *Anaesth Intensive Care 2007, Vo.I 35, No 4*, 529-535.
- [14] ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J. et al., 2000. *Intenzivní medicína*. Praha : Galén, 2000. 150 s. ISBN 80-7262-042-8.
- [15] ŠLAPÁKOVÁ, M., SEDLÁKOVÁ, G. 2008. *Aplikace ošetrovatelského modelu I. Kingové u hemodialyzovaných pacientů*. In *Ošetrovatelský obzor SR*, ročník 5, 2008, č.1, s. 26, ISSN 1336-5606.

MANAGEMENT OF CARE IN CASE OF ACUTE DIALYSIS FROM NURSE'S POINT OF VIEW



KONTAKTNÍ ÚDAJE NA AUTORA:

Mgr. Ferdinand Mohnyánszki,
dipl. sestra
sestra špec. v AaIM
oddelenie anesteziológie a intenzívnej
medicíny, U.N.L. Pasteura
Rastislavova 43, 041 90 Košice

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej
práce sv. Alžbety
Palackého 1, 810 00 Bratislava
E-mail: nandy.mohnansky@gmail.com

ABSTRACT

The main scope of the presented article is giving an idea of how care is taken of patient, who is connected to dialysis, from the point of view of nurse working in the Department of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine. We are clarifying indications and possibilities of application of acute dialysis. Subsequently, we are describing particular interventions of the nurse that are related to acute dialysis application at the patient's bed in the Department of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine.

KEYWORDS:

methods of elimination, multifunctional dialysis machine, Department of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine, nurses

EDUKACE - SOUČÁST OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

LADA NOVÁKOVÁ
NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD

MARTA JENERÁLOVÁ
LDN MORAVSKÉ BUDĚJOVICE



ABSTRAKT

Edukace pacienta je běžnou součástí práce všeobecných sester. Úspěšnost v edukaci pacientů se liší v souvislosti s množstvím podaných informací, formou podání, zvolením správné doby a schopností sestry vše vhodně a správně interpretovat s ohledem na možnosti a schopnosti pacienta.

KLÍČOVÁ SLOVA:

edukace, pacient, sestra

ÚVOD

Vymezení pojmu pedagogiky není jednoduché, protože význam tohoto slova má v různých kruzích společnosti odlišný význam. Vývoj pedagogiky je závislý na vývoji lidstva a společnosti. Slovo pedagogika pochází z řeckého slova *paidagogos*, což byl otrok, který se staral o syna svého pána. Z řečtiny se toto slovo přeneslo do latiny jako *pedagogus*, zde už mělo význam nejen otrok, ale i učitel. Jedna z definic pedagogiky říká, že pedagogika je věda o výchově, která zkoumá podstatu a zákonitosti výchovy jako společenského jevu. V moderní pedagogice se stále častěji užívá termín edukace. Edukace se začíná používat místo pojmů výchova a vzdělání. Tento termín pochází z anglického slova *education*. Pokud bychom toto slovo překládali přesně, museli bychom použít výrazy, jako je vzdělávání, výchova, učení, učební proces. „*V nejobecnějším významu označuje jakékoli situace, za účasti lidských subjektů nebo zvířat, při nichž probíhá nějaký edukační proces, tj. dochází k nějakému druhu učení*“ (Onderková, 2007, s. 17, Závodná, 2005).

Termín edukace si našel oblibu hlavně díky své jednoduchosti. Lze ji chápat jako celoživotní rozvíjení osobnosti, na kterou působí formální výchovné instituce, ale i neformální prostředí. Pod pojem neformálního prostředí si můžeme představit: rodinu, nemocnici či poradensko-konzultační zařízení. K pojmu edukace se váže i pojem edukant a edukátor. Edukantem lze nazvat obecně toho, kdo bude učen a bude přijímat nové informace. Edukátor je jakýkoliv aktér,

který vykonává učení či jiné edukační aktivity (Průcha, 2005, Závodná, 2005).

Edukace má v ošetrovatelství své nezastupitelné místo. Názor na edukační proces se stále mění a vyvíjí. V dnešní době je toto téma velmi diskutované. V 70. letech 20. stol. znamenala edukace strohé předání instrukcí a informací. V 80. letech 20. stol. se mění celkový pohled na ošetrovatelství a na jednotlivé postupy. Ošetrovatelská péče má být humánnější s prvořadým zaměřením na potřeby jedince a skupiny. „*Etika v ošetrovatelství se stala předmětem našeho odborného zájmu na základě rozsáhlých zkušeností s výkonem povolání všeobecné sestry. Aplikace moderních technologií a koncentrace na provedení výkonu odvádí pozornost zdravotníka od nemocného*“. (Cetlová, Babická, 2012, str. 1)

Edukace se začíná více využívat. V 90. letech 20. stol. je kladen důraz na aktivní přístup nemocných k vlastnímu zdraví. Všeobecná sestra (sestra) se dostává do nové role sestry vychovatelky, učitelky a edukátorky. Je jisté, že sestra tuto roli vždy vykonávala, ale tato činnost nebyla řízená, dokumentovaná a kontrolovaná, často byla i podceňována. Sestry neměly vhodné podmínky a prostředky, aby se v této roli vzdělávaly a zdokonalovaly (Závodná, 2005).

Komunikace se nám může zdát jako jedna z nejjednodušších a nejpřirozenějších věcí. Ale ne vždy je jednoduché navázat kontakt a vést rozhovor. Setkáváme se s různými bariérami a překážkami. Ze strany pacienta jsou to např. strach nebo nedůvěra.

Musíme také počítat s přidruženými chorobami. Senior v nemocničním zařízení může trpět různými druhy demence, psychickými poruchami, poruchami sluchu či řeči. Problém může nastat i ze strany sestry, příkladem může být nedostatek času, špatná komunikační technika nebo nesympatie. Vliv hraje i prostředí, kde v rozhovoru může rušit hluk, šum, vizuální rozptylování, spěch nebo nedostatek soukromí. Je nutné si uvědomit, že starý a nemocný člověk nemusí mít schopnost tyto bariéry a překážky překonat, navázat rozhovor a sdělit své požadavky nebo potíže. Je nutné ke každému přistupovat individuálně a přizpůsobit se pacientovi (Sobotková, Mlčochová, 2010, Pokorná, 2010).

Sestra se při komunikaci se seniorem může dopouštět spousty chyb. Pokud bude používat odbornou terminologii, která je pro ni přirozená, může se setkat s pacientovým nepochopením. Stejně tak pokud bude jednat autoritativně, komunikovat jednosměrně nebo pacientovi vnucovat své názory nebo předešlé zkušenosti. Měla by umět ovládat soulad mezi verbální a neverbální komunikací. Ne vždy se musí shodovat to, co řekne slovy, s tím, co vyjádří svými pohyby a gesty. Velkou komunikační chybou sester je devalvační chování. Sestra nesmí být neochotná a hrubá, nesmí zjednodušovat pacientovy problémy, používat familiární oslovení nebo pacienta ponižovat. Toto jednání je nevhodné a neprofesionální. Při komunikaci s pacientem seniorem je nutné zhodnotit jeho kapacitu, schopnosti a potřeby. Senior se zvyšujícím se věkem neztrácí inteligenci, ale může vyžadovat více času k vytvoření odpovědi. Dále

musíme zhodnotit kalendářní a biologické stárnutí. Kalendářní věk označuje dobu, jak dlouho je senior na světě. Ne vždy se ovšem shoduje s biologickým věkem. Není tedy vhodné používat kalendářní věk za indikátor stáří, za měřítko schopností seniora. Objektivnější je používat biologické stárnutí a zhodnotit změny způsobené stárnutím organismu, např. funkční stav, kondici, výkonnost nebo patologie funkčních orgánů (Pokorná, 2010, Sobotková, Mlčochová, 2010).

Ošetrovatelství v dnešní době uplatňuje holistický přístup k nemocnému i zdravému člověku. Holistické pojetí osobnosti je základním principem rozvoje současného ošetrovatelství. Moderní ošetrovatelství ve své základní koncepci vychází z vědních oborů, které se zabývají studiem člověka, rodiny, společnosti a prostředí (Kopáčková, Cetlová, Stančíak, 2012).

Ošetrovatelství klade důraz na prevenci, diagnostiku a léčbu nemocí. Díky svému pojetí využívá poznatky i z jiných oborů, jako je psychologie, sociologie, etika, pedagogika, zdravotnické právo aj. Pedagogika napomáhá sestrám zvládnout edukační postupy v podpoře zdraví, uchovávání zdraví nebo navrácení zdraví. Sestry mají kompetence nejen v ošetrovatelských výkonech, ale zaměřují se na pomoc jednotlivci a rodině, na rozvoj sebepečce, na pomoc při řešení problémů, jsou oporou při řešení krizových situací aj. Pacient musí cítit, že sestra jedná z vlastního přesvědčení a z vlastní vůle. Proto se stává edukce součástí ošetrovatelství (Závodná, 2005).

METODIKA

Cílem naší práce bylo zjistit způsob aplikace edukačního procesu při péči o seniory v léčebně pro dlouhodobě nemocné (LDN).

Ke sběru dat jsme zvolili kvalitativní šetření, které probíhalo u seniorů hospitalizovaných v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Šetření probíhalo formou zúčastněného pozorování záměrně vybraného vzorku hospitalizovaných pacientů v seniorském věku a vybraného vzorku sester. Pozorování probíhalo v dopoledních hodinách. Pozorování byli pacienti při probíhající edukaci, kdy se hodnotily jejich reakce na nové informace, schopnost přijetí těchto informací, jejich fyzický i psychický stav. Metoda pozorování byla použita i u sester. Hodnotilo se, jakým způsobem provádí aplikaci edukačního procesu, jaké používají edukační pomůcky, jaké mají komunikační techniky a zda provádí zápis edukace do edukačního záznamu.

Výsledky šetření byly přepsány do textu, tabulek a grafů. Záznamy byly zpracovány v počítačovém programu MS Word 97 - 2003.

VÝSLEDKY

Výzkumný vzorek pozorovaných sester tvořily sestry, které pracují na LDN. Identifikační údaje sester byly získány za pomoci dotazníku, který sestával z pěti uzavřených otázek. Dotazník byl sestrám předán až po ukončení pozorování. Dále byla použita metoda analýzy dokumentů. Tato analýza sloužila k hodnocení ošetřovatelského plánu a ke

zjištění, zda pozorované sestry provedly záznam do edukačního záznamu.

Myslíme si, že při příjmu na nové oddělení je pacient vystaven velkému množství informací, které musí zpracovat. Pacient se musí adaptovat na nové prostředí, kam patří nový pokoj, lůžko, ostatní pacienti, jiný denní rytmus a v neposlední řadě ošetřující personál. Musíme mít na paměti, že ne každý je schopen tyto změny vstřebat. Pokud se jedná o seniora, bývá adaptace na nové prostředí mnohdy velmi náročná. Senior se může cítit unavený, zmatený a bezradný. Jak uvádí Venglářová (2007), staří lidé si velmi těžko osvojují nové věci. Edukace vykonávaná hned při příjmu je nevhodná nejen pro pacienta, ale i pro sestru. Domníváme se, že sestra není schopna se dostatečně připravit na prováděnou edukaci. Hornáková a Uherová (2009) uvádí, že by se sestra na chystaný rozhovor měla připravit, což přispěje k úspěšnějšímu průběhu i výsledku. Je důležité předem si ujasnit, čeho chce v rozhovoru dosáhnout a stanovit si cíl. Pokud zvolí vhodnou strategii, získá i připravenost na možné žádoucí či nežádoucí pacientovy reakce. Sestra při prvotním kontaktu s pacientem musí nejprve získat potřebné údaje, které jí poslouží jako cenné informace k naplňování edukace. V této době začíná první fáze ošetřovatelského procesu, kdy sestra získá potřebné informace o pacientovi. O jeho aktuálním onemocnění, minulých onemocněních, sociální situaci, charakterových vlastnostech a také o tom, jaké má postoje ke zdraví a své nemoci aj. V podstatě se informuje o třech základních oblastech, což je oblast fyzikální, sociální a psychologická (Staňková, 2005).

K tomu, aby byla edukace správně provedena, není důležité jen správné načasování, ale i správně zvolené místo, kde bude edukace prováděna. Všechny pozorované sestry pacienty edukovaly na pokoji. I když se domníváme, že pokoj pacientů pro edukaci není vhodný, protože se zde vyskytuje plno rušivých elementů v podobě ostatních pacientů či přítomnosti ošetřujícího personálu, jiný výsledek jsme neočekávali. Pokoj pacientů je místnost, ve které pacient tráví nejvíce času, má tam své lůžko a zázemí. Je otázkou, zda by se v zařízení, jako je LDN, našlo jiné klidné místo, které by bylo vhodné pro sestru i pro pacienta. Je na sestře, aby při edukaci odstranila veškeré komunikační bariéry, které mohou zapříčinit neúspěch prováděné edukace. Sobotková, Mlčochová, Pokorná (2010) uvádí, že problém při provádění edukace může nastat ze strany sestry. Jako příklad uvádí prostředí, kde v rozhovoru může rušit hluk, šum, vizuální rozptylování, spěch nebo nedostatek soukromí. Při pozorování sester jsme zjistili, že pouze u jedné byly zaznamenány komunikační bariéry zapříčiněné ze strany sestry. Je tedy zřejmé, že sestry na LDN jsou schopny zajistit edukační rozhovor bez rušivých elementů. To poukazuje na vhodné způsoby aplikace edukačního procesu.

Jako poslední jsme zjišťovali, zda sestry aplikují edukační proces i dle legislativních norem. Ve zdravotnické dokumentaci se nachází edukační karta, ve které jsou zaznamenány veškeré edukační rozhovory vedené lékařem i sestrou. Ze zápisu v edukační kartě musí být zřejmý rozsah a obsah edukace. Všechny pozorované sestry provedly po edukaci záznam do

edukační karty pacienta. Zde se potvrdil náš předpoklad. V době, kdy nemocnice splňují akreditační normy, musí být veškeré činnosti zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci. V dnešním ošetřovatelství se sestra dostává do nové role sestry vychovatelky, učitelky a edukátorky. Je jisté, že sestra tuto roli vždy vykonávala, ale tato činnost nebyla řízená, dokumentovaná a kontrolovaná (Závodná, 2005).

ZÁVĚR

Obor geriatrie má mnohá specifika. Péče o nemocné seniory je náročná po fyzické i psychické stránce. U sester, které pracují v oboru geriatrie, jsou kladeny vysoké nároky na vzdělání. Sestra musí být vzdělaná v oblasti atypických projevů nemoci, v komunikaci se seniory, v uspokojování potřeb a specifické ošetřovatelské péči. Své nezastupitelné místo má vzdělání v péči o umírající a chronicky nemocné seniory. Pro sestru je nutné vzdělávat se i v oblasti duševní hygieny. Sestry na těchto odděleních jsou mnohdy ohroženy syndromem vyhoření, protože jejich práce je v mnoha směrech stereotypní, setkávají se s agresí a negativními projevy pacientů i rodinných příslušníků. Jen málokdy vidí úspěch ve své práci. I přes tyto skutečnosti je práce v oboru geriatrie velmi potřebná a v mnoha směrech nádherná. I na odděleních LDN se dostávají pozitivní a významné okamžiky. Za každým malým úspěchem se nachází velký kus práce celého ošetřovatelského personálu.

Na základě analýzy získaných výsledků šetření doporučujeme:

- vypracovat a používat edukační karty;
- vzdělávání sester v oblasti edukace, komunikace, psychologie a specifické péče o seniory;
- zamyslet se nad vhodným načasováním edukačního procesu

Edukace se stala důležitou součástí práce sester. Je nutné sestry dále vzdělávat v této problematice a prohlubovat jejich znalosti v oblasti komunikace, psychologie a specifické péče o seniory. Na místě je motivovat sestry k vytváření nových edukačních postupů a pomůcek, které jim usnadní provádění ošetrovatelského procesu a nemocným seniorům umožní lépe přijmout nové informace.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] CETLOVÁ, L. , BABICKÁ , M., 2011. Etika v ošetrovatelství. In *Prohuman*. ISSN 1338-1415, 2011, roč. 3, č. 18. 12., 8 s.
- [2] HORŇÁKOVÁ, A., UHEROVÁ, Z. 2009. Jak úspěšně komunikovat. In *Sestra*, ISSN 1210-0404, 2009, roč. 19, č. 7-8/2009, s. 31.
- [3] KOPÁČIKOVÁ, M., CETLOVÁ, L, STANČIAK,J. 2012. Ošetrovatelský proces a potreby pacientů / klientů. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. 2012. 260 s. ISBN 978-80-87035-51-1.
- [4] ONDERKOVÁ, A. 2007. Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2007, roč. 17, 12/2007, s. 17.
- [5] POKORNÁ, A. 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. 160 s. ISBN 978-80- 247-3271-8.
- [6] PRŮCHA, J. 2005. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál, 2005. 480 s. ISBN 80-7367-047-X.
- [7] SOBOTKOVÁ, P., MLČOCHOVÁ, R. 2010. Spokojenost geriatrických pacientů s komunikací se zdravotnickým personálem. In *Sestra*, ISSN 1210-0404, 2010, roč. 20, č.6/2010, s. 79-80.
- [8] STAŇKOVÁ, M. 2005. České ošetrovatelství 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe. Brno: NCO NZO, 2005. 49s. ISBN 80-7013-282-5.
- [9] VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [10] ZÁVODNÁ, V. 2005. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

EDUCATION - PART OF THE NURSING PROCESS



KONTAKTNÍ ÚDAJE NA AUTORA:

Mgr. Lada Nováková
Nemocnice Havlíčkův Brod
Husova 2033, 580 01 Havlíčkův Brod
E-mail: lada.novakova@onhb.cz

Mgr. Marta Jenerálová
LDN Moravské Budějovice
Náměstí Svobody 358
676 02 Moravské Budějovice
E-mail: marta.jene@seznam.cz

ABSTRACT

Patient education is a regular part of the work of nurses. Success in educating patients vary in relation to the quantity of the information submitted, the form submission, selecting the proper time and sisters all abilities appropriately and correctly interpret with regard to the possibilities and capabilities of the patient.

KEYWORDS:

education, patient, nurse

RATING OF SATISFACTION WITH CARE IN PATIENTS HOSPITALIZED IN THE HOSPITAL WARD OF A SURGERY

DOROTA OZGA
UNIVERSITY OF RZESZÓW

JUSTYNA
KOSYDAR-BOCHENEK
UNIVERSITY OF RZESZÓW

MAREK WOJTASZEK
UNIVERSITY OF RZESZÓW

ALEKSANDRA GUTYSZ
WOJNICKA
UNIVERSITY OF WARMIA AND
MAZURY IN OLSZTYN

ABSTRAKT

Introduction: A patient's satisfaction with nursing care is one of measures of quality of care rendered by nurses in institutions of health protection. Quality of nursing care can be evaluated from the point of view of a provider of services – a nurse and a receiver of services – a patient.

Aim: The aim of carried-out research was assessment of a patient's satisfaction with nursing care in the hospital department.

Material and methods: In the research participated 100 patients from the operative department: the accident surgical and orthopaedic department of a county hospital. A research tool constituted the Polish version scale – The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS). It consists of three parts: the first refers to experience of nursing care, the second evaluates a level of satisfaction with received nursing services, whereas the third part contains questions of a demographic and informational character and two questions about assessment of nursing care in the hospital department, as well as evaluation of stay in the department.

Results: Research demonstrated that evaluation of experience of nursing care in opinion of the researched patients formulated at a level from

39.1 to 94.8 per 100 maximum points. A level of satisfaction from nursing care in the researched group of patients amounted from 32.8 to 100 points. The research demonstrated that men higher assessed experience and satisfaction with nursing care in comparison to the researched women.

Conclusions: The general assessment of a patient's experience with the rendered nursing care in the hospital department, as well as a patient's satisfaction with nursing care is good (accordingly: 56.7 %, 73.3%). Men higher assess experience and satisfaction with nursing care in comparison to women. Demographic variables such as: sex, age and education of the researched ones, have not any significance in perceiving nursing care in the hospital department by the researched patients.

KEYWORDS:

quality of nursing care, a patient's satisfaction, nursing practice

INTRODUCTION

The interest in measuring the quality of nursing as well as its provision began in the world in 1970s and 1980s. This was the consequence of a growing professional identity of nurses emerging from the need for seeking new ways of nursing based on primary sciences as well as the requirements for the institution financing the allowances of health care (Thomas et. al. 1996). The first actions aiming at increasing the quality of nursing were undertaken by Florence Nightingale. She emphasised the necessity of professional education of nurses, shaping their specific features of the character, caring for the environment of patients' life (Thomas et. al. 1996). The need for measurement and assessment of nursing has been questioned, however, despite many conceptions and tools of measurement, the task is not easy. Nursing is a complex process itself, including not only manual or technical procedures but also the entire sphere of interpersonal contact as well as intellectual and decisive activity (Thomas et. al. 1996).

In literature, there are two basic systems of providing quality of nursing: traditional and dynamic ones. The traditional attitude relies on the comparison of nursing with the standards and criteria which have been established by experts as well as assessed by the persons from the outside, mostly, having little in common with working in a ward e.g. directors, managers. The task of nurses is accommodating to the obtained recommendations and clues. The dynamic attitude is connected with active participation of nurses in defining

standards and criteria of assessing nursing. The tasks of nurses directly depend on active participation in the process of providing quality as well as monitoring, recognising and assessment (Gutysz-Wojnicka et. al. 2007, 2012). Monitoring of quality is the element of defining quality indices of nursing which rely on patient's satisfaction. The nurses among other employees of health care, have the most frequent contact with a patient, satisfaction of the patient with health care is mainly perceived by experiences from nursing (Walsh i et. al. 1999, Johanson et. al. 2002). This assessment can be identified in the same category of satisfaction as well as negative satisfaction with care which was granted to the patients during their stay in a hospital. Patient's satisfaction can be defined as conformity between this what the patient expects and this what they obtain in reality (Johanson et. al. 2002). Scientific research performed in the area of nursing quality along with presenting the role of a nurse and their influence on patient's satisfaction, have to establish these areas which should be improved or changed.

AIM OF THE STUDY

The aim was the assessment of patients' satisfaction on nursing, who were treated preventively and surgically in the ward of a procedural profile on the basis of the *Newcastle Satisfaction with Nursing Scale* (NSNS).

MATERIALS AND METHODS

The studies were conducted in the period from September 2006 to January 2007 in a City Hospital in the area of the voivodship of podkarpackie in a hospital department; trauma and orthopaedics wards. The study included 100 patients, meeting the criteria of including into the studies, presented in the original study tool (Thomas et. al. 1996)

- Patients were adult (18+)
- Stayed at the ward for at least two days,
- Were on the discharge day or transfer from a ward,
- Had no conscious disturbances (GCS>15 points)
- Could write and read in Polish,
- Gave consent to the study (Thomas et. al.) 1996

The study encompassed a Polish version of the scale form measuring the satisfaction with nursing – *The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale* (NSNS) (Mercouris et. al. 1999). The scale is needed to gain individual opinions and experiences on nursing. The scale has been created to analyse and compare the general scoring obtained in the scope of opinions and experiences on nursing by patient's groups. The information gained from particular patients was used for analysing the average satisfaction with nursing at the ward level. The scoring obtained by particular patients was not compared as well as particular questions and notions were not statistically analysed as the scale was not created and verified in this capacity (Gutysz-Wojnicka et. al. 2007, 2012).

The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS) included three parts: the first part refers to the experiences from nursing, composes of 26 questions assessed separately in the 7 degree Likert scale, the analysis of answers allows defining the overall scoring of "experience" within the range from 0 to 100 points, where 100 means experience from care as the best and 0 means very bad.

The second part refers to the satisfaction with nursing, composes of 19 questions assessed separately in the 5 degree Likert scale, the analysis of answers allows defining the overall scoring of "satisfaction" within the range from 0 to 100 points, where 100 means experience from care as the best and 0 means very bad.

The third part of the questionnaire includes questions of a demographic and informational character as well as two questions regarding overall assessment of nursing and feelings from the stay in a ward as well as two open questions and patients' comments.

According to the considerations of the authors of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS) so as the results on the measurement of patient satisfaction were to be treated as reliable, indispensable to obtain 100 correctly filled questionnaires (Gutysz- Wojnicka et. al. 2012) The questionnaire was filled before the patient's discharge from the ward.

The statistical analysis included primary descriptive measurements adjusted to the variables e.g. mean, standard deviation, median, minimum and maximum values. The variables measured in a quotient scale - age and time of stay, arithmetic average and standard deviation. The variables measured in a normal scale - such as demographic features and respondents' opinions regarding their stay in a hospital were described in form of numerical data having the number (n) and percentage values (%) showing the percentage of a given variable in the studied group. The variables described in an ordinal scale - questions regarding satisfaction and experience from nursing were described by means of a median and minimum and maximum values.

The statistical analysis encompassed the Wilcoxon rank-sum test for two groups. The level of significance was assumed at $p < 0.05$. The statistical calculations were performed in the programme STATISTICA 6.0.

In Poland, there are conducted studies on satisfaction with nursing by the health care units and independent research units. The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS) was used for the first time in Poland on multicentre studies by Gutysz-Wojnicka on the patient's group hospitalised in wards of various treatment profiles (Gutysz-Wojnicka 2010).

The studies were performed upon the consent of the Bioethical Committee at the Medical University in Poznan

RESULTS

The analysis included 100 correctly filled questionnaires. The study included 38 females and 62 males. The persons with secondary education were in the majority (52%), primary/vocational (37.0%), higher education had only (11.0%) of respondents. The average age of the studied patients amounted to 43.7 years with standard deviation amounting to 19.2 years. The youngest studied person was 18 and the oldest 94 years of age.

On average, patients stayed 14.5 ± 15.4 days at a hospital. The shortest period amounted to 2 days, the longest 75 days. (*Table 1. Demography of the studied*).

Table 1: Demography of the studied

Variable	Number of the studied N (%)
Age	100
Average ±SD	18-94 43.7(19.2)
Hospitalisation days	2-75
Average ±SD	14.5(15.4)
Gender	100
F	38 (38.0%)
M	62 (62.0%)
Education	
Primary/Vocational	37 (37.0%)
Secondary	52 (52.0%)
Higher	11 (11.0%)

The statistical analysis revealed that the studied males were significantly statistically younger than the studied females. The average age of males amounted to 38.8 years and females 51.68 (*Table 2. Layout of the surveyed with regard to gender*).

Table 2: Distribution of the surveyed with regard to gender

Gender		N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Male	Age	62	18.0	78.0	38.8	16.1
	N	62				
Female	Age	38	18.0	94.0	51.6	21.2
	N	38				

The majority of the studied claimed that they did not have any assigned nurse who was responsible for care 46.0%, slightly fewer (39%) responded that they were not aware only 15% claimed that they had a nurse assigned who was responsible directly for nursing over a given patient.

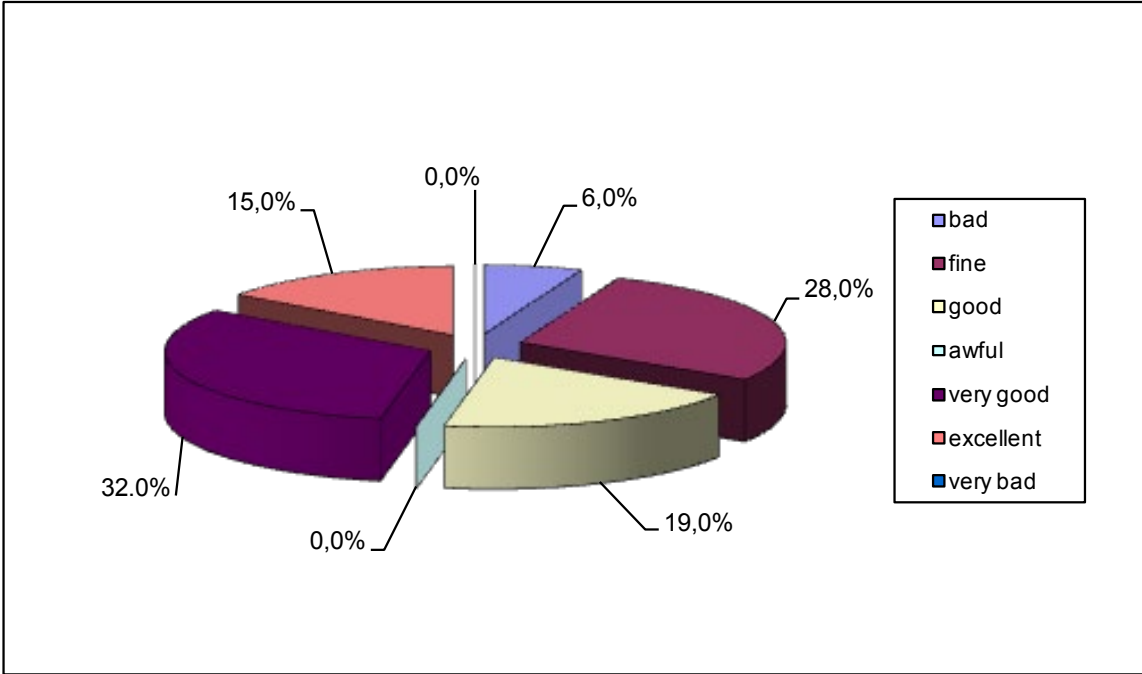
The great majority of respondents, 94% positively assessed the entire stay in a hospital ward. The answers to these questions regarding the overall assessment of stay, in a hospital ward, were as follows: 32% assessed the stay as very good, 19.0% as good, 15.0% excellent, 28.0 % fine, only 6.0% assess as bad (*Graph 1. Overall assessment of stay at a hospital ward*).

The important aspect of research was recognising how patients assess nursing obtained in a hospital ward. The results were as follows: 33.0% respondents assessed nursing as very good, 30.0% as

good, 16.0 as fine, 17.0 as excellent, only 4.0% assessed nursing as bad. Overall assessment of nursing was good in the patients' opinion.

In the opinion of the surveyed, nursing was assessed much better than the entire stay at a hospital. Only 4.0% assessed nursing as bad, where the average stay in the ward was assessed as bad by 6.0 respondents. The patients more often assessed very good nursing as follows: 33.0% of the surveyed and excellent by 17.0% in comparison to the assessment of the entirety of stay, where the percentage of assessment points was 32.0% and 15.0%, respectively.

The analysis of experience assessment from nursing showed that the experiences connected with nursing were included in the range from 39.1 to maximum 94.8 points per 100 possible to be achieved,



Graph 1. Overall assessment of stay at a hospital ward

average value amounted to 56.7 with standard deviation 12.7.

For the needs of the statistical analysis, the overall mean value which defines the level of experience from nursing, amounted to 56.7%. According to the assumptions of the scale authors that the sum of points obtained, in particular areas, i.e. NSN I (experience) and NSNS II (satisfaction exceeding 50% of maximum value) proves the satisfaction of patients with obtained nursing (Walsh et. al.,1999).

Generally, the average value of experience assessment connected with nursing was greater for males than for females. However, there was no statistically important influence of gender on the assessment of experiences from nursing (the Wilcoxon–Mann–Whitney test) with $_{MWU} = - 1.553$, $p=0.121$. (*Table 3 Assessment of experiences from nursing in the opinion of patients*).

Table 3. Assessment of experiences from nursing in the opinion of patients

Gender		N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Male	Assessment of experiences from nursing	62	40.3	94.8	58.3	13.4
	N	62				
Female	Assessment of experiences from nursing	38	39.1	92.9	54.0	11.1
	N	38				

The further part includes the analysis of satisfaction with nursing. The satisfaction with nursing was assessed the lowest at level of 32.8 points, however, maximum 100 points per 100 possible to be obtained. The average value for the assessment of satisfaction amounted to 73.3 with a standard deviation of 15.0. For the needs of the statistical analysis, the overall mean value which defines the level of satisfaction from nursing, amounted to 73.3%.

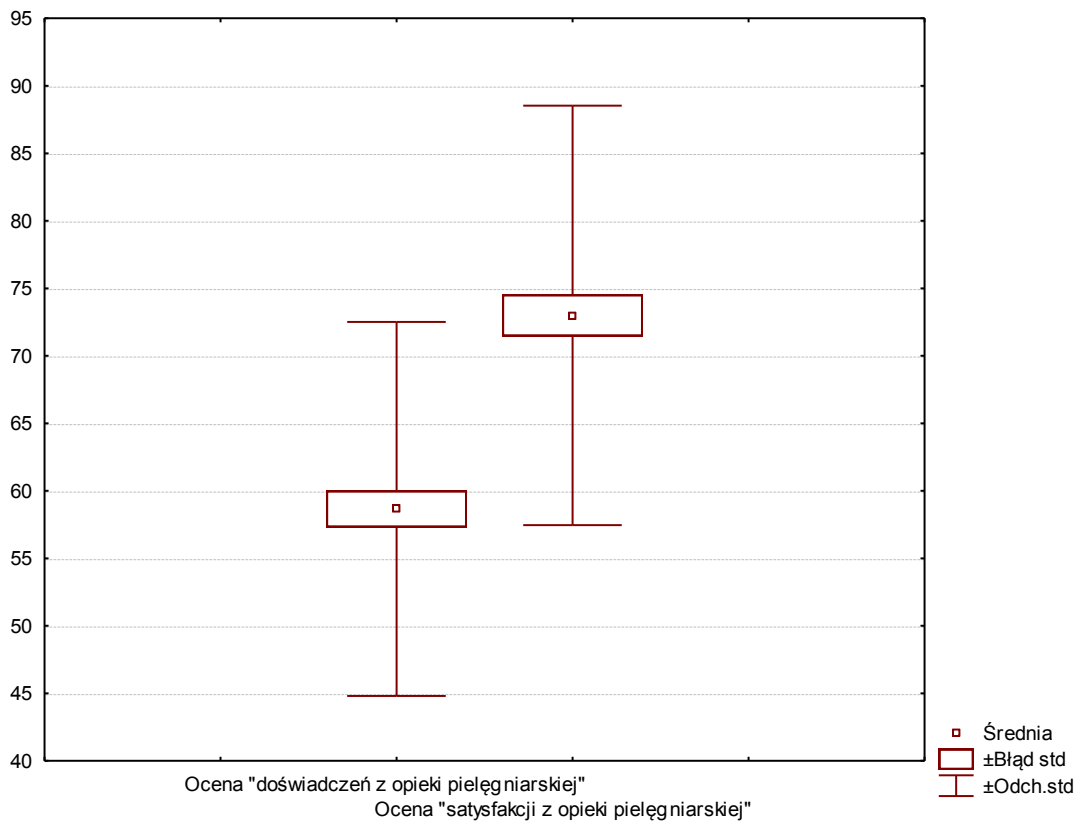
The statistical analysis did not indicate any significant relation between satisfaction with nursing in the opinion of females and males (the Wilcoxon–Mann–Whitney test) with $_{MWU} = - 1.198$, $p=0.231$.

There was no relation between the level of nursing quality and age and education of the surveyed (*Table 4. Assessment of satisfaction with nursing*)

Table 4. Assessment of satisfaction with nursing

Gender		N	Minimum	Maximum	Average	Standard deviation
Males	Satisfaction with nursing	62	32.8	100	74.7	15.2
	N	62				
Females	Satisfaction with nursing	38	42.1	100	71.2	14.7
	N	38				

Next, there was a comparison of mean values of both parts of the scale. The analysis of the graph below shows that patients assessed satisfaction with nursing more than experiences from nursing (*Graph 2. Statistical measurements for NSNS I I NSNS II*).



Graph 2. Statistical measurements for assessing the satisfaction with nursing and experiences from nursing

DISCUSSION

The assessment of patient's satisfaction level with nursing is the subject of many studies, which results may constitute the basis for constant improving of the quality of nursing (Shemiha i et. al. 2007). In recent years, in medical sciences, there has been a systematic increase in the interest in the problem of quality of nursing at hospital wards. At the beginning, the period of providing the proper level of quality of nursing, the subject of the assessment was the structure of the system (ward equipment, environment, staff) and the process of providing nursing itself (professional practice, process of care). It was maintained that in a well prepared environment (structure), providing good nursing (process), good effects will be achieved. In 1970s, first tools measuring the quality of nursing at wards emerged. The period from 1990s onwards has been the time of intensive studies in the scope of manners and methods of increasing the quality of nursing, however, the main emphasis was on the measurement and monitoring of results (effects) of this care (Thomaset.al.1996;Gutysz-Wojnicka2007, 2012). In literature, there are many studies regarding the satisfaction of a patient with nursing (Peterson et al. 2005, Żakowska et. al. 2009). Among the researchers, there is a conformity regarding the statement that a subjective assessment of a patient is the one of the most important indices of broadly understood quality of health care (Johansoson et. al. 2002, Żakowska et. al. 2009).

The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS) was developed by the team

of researchers from the University of Newcastle upon Tyne in Great Britain. The research studies were conducted in north-eastern England in 5 hospitals, in 20 hospital wards, on the group of 2078 patients. Test results confirmed that this is the tool which is properly sensitive so as to establish differences in the level of patient's satisfaction between particular wards and hospitals. The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS) is used for measuring the opinion and experiences of patients from nursing (Thomas et. al. 1999).

In the literature of the subject regarding the practical use of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS), the results of adapting the scale Turkey must be emphasised. The studies were performed on two wards i.e. internal and surgical of the University Hospital in Istanbul. The studies were performed on the group of 200 patients. As a result of research studies on the presented notion, the authors defined the level of satisfaction with nursing, which amounted from 74.5% to 100% for the entirety of the scale. The modified Turkish version was composed of 19 statements being in the original version of NSNS 2, their part "satisfaction" and the third part which included demographic data and overall scoring. The statistical analyses confirmed that this is the tool meeting the criteria of reliability and diligence - for the part 'satisfaction' the Cronbach's alfa coefficient amounted to 0.96. In the further part, the authors are aimed to test the first part of the NSNS scale 'experience' for their research usefulness.

The studies on NSNS were also conducted by the researchers from the University of Ottawa. The study group included 189 females from an obstetric ward in the years 1999-2001 in the province of Ontario, Canada, in the part 'experience' the average result of the study amounted to 76.4 and in the part 'satisfaction' 74.7. The conducted psychometric tests of the scale, confirmed their usefulness for the nursing satisfaction measurement in an obstetric ward (Peterson et. al., 2005). Akin et. al. applied the Turkish version of the scale and obtained the average result of 'satisfaction' among the studied patients at the level of 55.29 (Akin et. al. 2007). These differentiated results of the assessment confirm that by means of the NSNS, it is possible to show the results in the level of nursing. The original version of NSNS showed statistically significant differences in the experiences connected with nursing and the level of satisfaction with nursing, both on the level of a ward ($p<0,001$) and in a hospital ($p<0,001$) (Thomas et. al. 1996).

Similar research studies were conducted in Mc-Master University of Hamilton. The NSNS was used for assessing the quality of nursing in an obstetric ward. There was made the analysis of the level, quality of nursing and experiences from nursing between female patients after C-section and natural labour (Peterson et. el. 2005). Walsh et. al. conducted research with the use of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS), on a 15 bed surgical ward at the University of St. Martin Hospital in England. According to the assumptions of the authors of the NSNS, there were assumed 100 correctly filled questionnaires, out of which 88 were to

be used. The results which were obtained on the assumed scoring were positive: in the scope of experience from nursing 47% gave scoring at the level of 90% and others of 100% and in case of satisfaction with nursing almost 59% of the surveyed granted the scoring of 90% and more (Walsh et. al. 1999).

As resulting from available literature, there were conducted many studies worldwide aiming at defining quality of nursing in the patients' opinion as well as experiences from that nursing?

In own studies, there was made an analysis on an impact of gender, age and education on the assessment, quality of nursing as well as experiences from nursing in a hospital department. Statistical tests have not confirmed the influence of age and education on satisfaction and experiences of patients from nursing. However, it must be emphasised that an influence of education on the level of patient's satisfaction with nursing is not unanimously defined in literature. Consequently, this relation was not presented by Akin and Erdogon, the authors of the Turkish Newcastle Satisfaction with Nursing Scale ($p=0.91$) (Akin et. al. 2007).

Zadroga et. al. in their studies, differentiated the influence of a gender and lack of age, on the level of quality and level of experiences on the exercised nursing in a hospital department, however, females assess nursing higher (Zadroga et. al. 2005).

Own studies are compliant with the studies of Johansson et. al. who proved the impact of a gender on experience and satisfaction

with nursing. They confirmed that males assess nursing higher in comparison to the surveyed females. In own studies, it was confirmed that age does not influence in any manner. This opinion is different from the reports of other authors, who show a significant influence of age on the assessment of experiences and satisfaction with nursing (Thomas et. al. 1995, Johanson et. al. 2002).

The presented results of research are preliminary reports in the analysis of the problem regarding quality and experiences from nursing.

The NSNS is a research tool measuring the level of satisfaction with nursing and experience from this nursing. Its high value results from the fact that it includes the aspects of nursing significant from the patient's point of view (Thomas et. al. 1995).

In the light of contemporary knowledge state, it seems necessary to master research tools, reliably assessing the quality of nursing as nursing has a significant influence on the entire medical care. The assessment of patient's satisfaction with the quality of services, including nursing, as well as constant aim at improvement have a significant meaning in the age of present transformations within the system of medical health care worldwide (Zadroga et. al. 2005).

This study which is part of the previously presented research project, constitute the first attempt to answer the question whether the NSNS fulfils the criteria of a good research tool. Basic criteria of it are reliability and diligence. In the scope

of reliability of the Polish version, the obtained data indicate a great stability of measurements and high reliability (Gutysz-Wojnicka. 2012).

CONCLUSIONS

1. Overall assessment of patient's experiences from nursing in hospital ward as well as satisfaction of a patient with nursing is good.
(56.7 %, 7.3%, respectively).
2. Males assess nursing higher in comparison to the surveyed females.
3. Demographic variables such as: gender, age and education of the surveyed do not have any influence on perceiving nursing in a hospital department by the studied patients.

Literature

- [1] AKIN S., ERDOGAN S. The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*, 2007, 16, 646-653.
- [2] GUTYSZ - WOJNICKA A, DYK D., CUDAK E., OZGA D: Measuring patient Satisfaction with the polish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *Scand J Caring Sci*; 2012;
- [3] GUTYSZ – WOJNICKA A.: Zastosowanie polskiej wersji Skali Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle do oceny opieki pielęgniarstwiej. *Praca doktorska*. 2010
- [4] GUTYSZ- WOJNICKA A, DYK D.: Adaptacja polskiej wersji The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale(NSNS). *Problemy Pielęgniarstwa*. 2007;15: zeszyt nr 2,3: 133-138.
- [5] JOHANSOSON P., OLENI M, FRIDLUND B.: Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2002; 16: 337-344.
- [6] MERCOURIS A., IFANTOPOULOS J., LANARA V., LEMONIDOU C.: Patient satisfaction: akey concept for evaluating and improving nursing services. *J. Nurs. Menagement*. 1999;7:19-28.
- [7] PETERSON W, CHARLES C, DICENSO A, SWORD W.: The Newcastle Satisfaktion with Nursing Scales: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient pospartum nursing care. *Journal of Advenced Nursing*. 2005;52:672-681.
- [8] PETERSON WE, DICENSO A.: A comparison of addescent and adult mothers' satisfaction with their pospartum nursing care. *Can J Nurs Res*. 2002;34:117-127.
- [9] SHEMIHA A, SEMRA E.: The turkish version of The Newcastle Satisfaktion with Nursing Scale used on medical and surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 16: 646-653.
- [10] THOMAS LH, MACMILLAN J, MCCOLL , PRIEST J, HALE C, BOND S.: Obtaining patients' views of nursing care to inform the dewelopment of a patient satisfaction scale. *Int J Qual Health Care*. 1995; 7:153-163.
- [11] THOMAS LH., MECOLL E., PRIEST J., BOYS RJ.: The Newcastle Satisfaktion with Nursing Scale: an instrument for quality assessment of nursing care. *Qual. Health Care*. 1996;5: 67-72.
- [12] WALSH M., WALSH A.: Measuring patient satifaction with nursing care: experience of using the Newcastle Satisfaction With Nursing Scale. *Journal of Advenced Nursing*. 1999;29:307-317.
- [13] ZADROGA M, CUDAK E, DYK D, KRYSIAK I, GUTYSZ –WOJNICKA A.: Ocena satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarstwiej. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2005;1: 49 - 52.
- [14] ŻAKOWSKA A., ZERA A., KRUPIEWICZ A.: Jakość opieki pielęgniarstwiej w opinii pacjentów po zabiegach urologicznych i ortopedycznych znieczulanych metodą podpajęczynówkową. *Przegląd Urologiczny* 2009; 10: 55-61.



LOGOS POLYTECHNIKOS

Odborný recenzovaný časopis Vysoké školy polytechnické Jihlava, který svým obsahem reflektuje zaměření studijních programů VŠPJ. Tematicky je zaměřen do oblastí společenskovedních a technických.

Časopis vychází 4x ročně

Náklad 80 výtisků

Šéfredaktor: doc. Dr. Ing. Jan Voráček, CSc.

Odpovědný redaktor tohoto čísla:

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.

Editor: Mgr. Alena Šetková (komunikace s autory a recenzenty)

Technické zpracování: Lukáš Mikula

Web editor: Mgr. Alena Šetková

Redakční rada:

doc. PhDr. Ladislav Benyovszky, CSc., prof. PhDr. Ivan Blecha, CSc.,
doc. Mgr. Ing. Martin Dlouhý, Dr., prof. Ing. Tomáš Dostál, DrSc., Ing. Jiří Dušek, Ph.D.,
Ing. Veronika Hedija, Ph.D., doc. PhDr. Martin Hemelík, CSc., prof. RNDr. Ivan Holoubek,
CSc., Mgr. Petr Chládek, Ph.D., prof. PhDr. Ivo Jirásek, Ph.D., prof. Ing. Bohumil Minařík,
CSc., doc. PhDr. Ján Pavlík, doc. PhDr. Karel Pstružina, CSc., prof. MUDr. Aleš Roztočil,
CSc., prof. Ing. Jan Váchal, CSc., doc. Ing. Libor Žídek, Ph.D.

Pokyny pro autory a deklarovaná forma příspěvků jsou dostupné na

<https://www.vspj.cz/tvurci-cinnost-a-projekty/casopisy-vspj/logos-polytechnikos>

Zasílání příspěvků

Redakce přijímá příspěvky v českém, slovenském a anglickém jazyce elektronicky
na adrese logos@vspj.cz

Adresa redakce:

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Tolstého 16, 586 01 Jihlava

Distribuce: časopis je dostupný v elektronické podobě na webových stránkách VŠPJ.

V omezeném množství jej lze vyžádat zdarma na adrese redakce.

Vytiskl: AMAPRINT-Kerndl s.r.o., Třebíč

Vydání: březen 2015

© Vysoká škola polytechnická Jihlava

ISSN 1804-3682

Registrace **MK ČR E 19390**