Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

NEMOCNICE PARDUBICKÉHO KRAJE

OUZP
Profesní odborová unie zdravotnických pracovníků Čech, Moravy a Slezska

PARDUBICKÝ KRAJ

II. Mezinárodní konference Kvalita a její perspektivy

s podtitulem: **Péče o ženu a dítě**

SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ

Akce se koná pod záštitou Ing. Jany Pernicové, náměstkyně hejtmana Pardubického kraje.

Tato konference je organizována v rámci projektu Inovace studijních programů a internacionalizace Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice (FZS UPa),
Reg.č.: CZ.1.07/2.2.00/28.0265, OP VK, Oblast podpory 7.2.2 Vysokoškolské vzdělávání

evropský sociální fond v ČR
EVROPSKÁ UNIE
MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY
OP Vzdělávání pro konkurenceschopnost
Univerzita Pardubice

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Recenzenti

PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.

MUDr. Hana Černá

Mgr. Iveta Černohorská

Mgr. Barbora Faltová

Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.

Ing. Jana Holá, Ph.D.

Mgr. Marie Holubová

Mgr. Romana Lebedinská

PhDr. Marie Macková, Ph.D.

Petra Mandysová, MSN, Ph.D.

Mgr. Adéla Michková, Ph.D.

Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.

Mgr. Hana Ochtinská

Mgr. Markéta Papršteinová, Ph.D.

prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.

MUDr. Drahomíra Peřinová

Mgr. Kateřina Peřinová

Mgr. Helena Petržílková

Mgr. Jan Pospíchal

Mgr. Jitka Rusová, Dis.

Mgr. Zuzana Škorničková

Mgr. Jana Škvrňáková, Ph.D.

Mgr. Kristýna Šoukalová

Ing. Iva Špačková

PhDr. Magda Taliánová, Ph.D.

Mgr. Lucie Vosmanská

Editoři

Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.

Mgr. Jan Pospíchal

Obsah

Komunikační obtíže u nedoslýchavých v závislosti na velikosti sluchových ztrát a spektru postižených frekvencí
Blanař, V.; Mejzlík, J.; Škvarlová, V. 5

Péče o děti v podmínkách ghetta Terezín
Čermáková K., Hlaváčková E. 13

Podpora bondingu porodními asistentkami a dětskými sestrami
Hamanová A.; Lamplotová L.; Lamková I. 21

Využití vybraných edukačních metod pro nácvik hygieny rukou u studujících
Hejnová A.; Moravcová M. 31

Efektivita laktačního poradenství ve zdravotnických zařízeních Ústeckého kraje
Chrásková, J.; Boledovičová, M. 37

Hodnocení sexuální dysfunkce u žen v období klimakteria pomocí dotazníku Female Sexual Function Index
Lamková I.; Hamanová A. 45

Plánování péče o děti umírajících rodičů samoživitelů
Macková M. 52

Hodnocení čtivosti Kuchařky pro rodiče malých dětí
Mandysová P. 60

Vliv vzdělání na srozumitelnost edukační brožury o antikoncepci po porodu
Mandysová P.; Bukovská L. 69

The impact of home care nursing in puerpera dificulties
Mendes, A.; Paiva, A.; Leal, 78

Menopause Rating Scale v dosavadních výzkumech
Moravcová, M.; Dopitová, D.; Urbánková, M. 88

The status of women's health and influencing factors in Turkey
Nazhad Abbas Maryam; Alışmış Alime; Yılmaz Serkan 99

Hodnocení ošetřovatelské perioperační péče během gynekologické operativy
Pavlová P.; Holá J. 105

Význam opakovaného screeningu antierytrocytárních protilátek u těhotných žen
Petržílková, H.; Škorničková Z.; Půlpánová, M. 116

Screening kolorektálního karcinomu imunochemickými testy u žen
Pospíchal J.; Blanař V.; Škorničková Z. 124

Etické aspekty péče o extrémně nezralé novorozence
Rusová, J. 130

Specifika a rizika podávání perorálních léků v pediatrii
Sedláčková E.; Hlaváčková, E. 137

Model kulturních kompetencí dle Purnella
Škorničková Z.; Peřinová, K.; Pospíchal J.; Blanař, V. 146

Vliv předsterilizační přípravy a sterilizace na kvalitu chirurgických nástrojů
Taliánová, M.; Klikar, M.; Kašparová, I.; Nováková, K. 154

Komunikační obtíže u nedoslýchavých v závislosti na velikosti sluchových ztrát a spektru postižených frekvencí

Blanař, V.[1]; Mejzlík, J.[1,2]; Škvarlová, V.[1]

[1]Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
[2]Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova Praha

Abstrakt

Úvod: Záměrem tohoto příspěvku je nastínit problematiku oboustranných sluchových poruch, které mají významný dopad na životní spokojenost a často způsobují komunikační problém v pracovním procesu i mezi životními partnery. Hodnocení sluchu z pohledu nedoslýchavého může být přínosem při hodnocení psychosociálních souvislostí.

Cíl: Poukázat na problematiku nedoslýchavosti a komunikačních problémů. Vyhodnocení sluchové poruchy z hlediska její závažnosti a frekvenčního rozsahu.

Metoda: Výzkum byl proveden pomocí dotazníku problémů se sluchem pro dospělé (Hearing Handicap Inventory for Adults), který hodnotí problémy se sluchem v každodenním životě. Případné obtíže se sluchem v oblasti sociální a emoční byly hodnoceny v závislosti na velikosti nedoslýchavosti a na spektru postižených frekvencí. Do hodnoceného souboru bylo zařazeno celkem 55 nemocných (45 mužů a 10 žen) s oboustrannou symetrickou percepční nedoslýchavostí se ztrátami kostního vedení většími než 20 dB na hlavních řečových frekvencích.

Výsledky: V souladu s hodnocením dle Fowlera byla zjištěna nejvyšší korelace mezi závažností poklesu sluchového prahu na frekvenci 2000 Hz a mezi problémy v oblasti sociální.

Závěr: V současnosti je sluch hodnocen převážně pomocí prahové tónové audiometrie, ale ukazuje se, že mnozí nedoslýchaví vnímají svou poruchu sluchu a případné omezení v běžném životě rozdílně.

Klíčová slova: Nedoslýchavost, HHIA, komunikace, subjektivní spokojenost, hodnocení sluchových ztrát.

Abstract

Introduction: The aim of this paper is to outline the issue of bilateral hearing disorders that have a significant impact on life satisfaction. It often causes communication problems at work and between life partners. Assessing of hearing from the perspective hard of hearing may be beneficial in evaluating psychosocial context.

Aim: Highlight the issue of hearing loss and communication problems. Evaluation of hearing impairment in terms of magnitude and frequency range.

Method: The research was performed using a questionnaire Hearing Handicap Inventory for Adults, which evaluates hearing problems in everyday life. Hearing problems in social and emotional areas were evaluated depending on the amount of hearing loss and on the spectrum of affected frequencies. To the evaluated group were enrolled of 55 patients

(45 men and 10 women) with bilateral symmetrical sensorineural hearing loss with bone conduction losses greater than 20 dB at the main speech frequencies.

Results: In accordance with the evaluation according to Fowler was found the highest correlation between the severity of decrease hearing threshold at a frequency of 2000 Hz and the problems in the social sphere.

Conclusion: At present, the hearing level is assessed mainly through the pure tone audiometry threshold, but it turns out that many hearing people perceive their hearing loss and possible limitations in everyday life differently.

Key Words: Hearing loss, HHIA, communication, subjective well-being, assessment of hearing loss.

Úvod

Záměrem tohoto příspěvku je nastínit čtenáři problematiku sluchových poruch, které často způsobují komunikační problém mezi životními partnery. Následně představují významný vliv na životní spokojenost a sociální vztahy. Velmi důležité je uvědomit si, že sluch je jedním z našich nejdůležitějších smyslů. Z tohoto důvodu je nutné náš sluch dostatečně chránit před nepříznivými vlivy, jakými jsou hluk, stres, nesprávná výživa nebo nedostatek odpočinku. V důsledku nezdravého životního stylu a prodloužení střední délky života ve společnosti jsou poruchy sluchu v naší populaci čím dál více aktuální. Z medicínského hlediska je určitý stupeň nedoslýchavosti odpovídající věku nemocného, hodnocen jako fyziologický jev a je přičítán přirozenému úbytku sluchu ve stáří (Hahn, 2007).

Kvalita přenosu informací je z nezanedbatelné části determinována funkcí sluchového ústrojí a centrálního nervového systému. Abychom rozuměli sdělovaným informacím, je nutné, aby fungoval složitý řetězec počínající anatomickými předpoklady v oblasti zevního, středního a vnitřního ucha, sluchově rovnovážného nervu, nervových drah a centrálního nervového systému. Z hlediska funkce jde o mechanizmy od napnutí bubínku, pohyblivosti sluchových kůstek, převodu zvuku na nervové impulzy až po jejich vedení do oblastí zodpovědných za porozumění mluvené řeči (Heschlovy závity korového centra sluchu, a Wernickeovo centrum). (Kabátová, Profant, 2012; Kittnar, 2011). Můžeme tedy konstatovat, že anatomické a fyziologické poměry sluchového analyzátoru jsou předpokladem pro úspěšnou komunikaci a představují určité hranice našich schopností, které klesají s přibývajícím věkem.

Nedoslýchavost podmíněná věkem

Nedoslýchavost podmíněná věkem, tedy presbyakuze je definována jako zhoršení sluchu vlivem involučních změn vláskových buněk vnitřního ucha u osob ve vyšším věku. Českým ekvivalentem pro presbyakuzi je pojem stařecká nedoslýchavost. V současné době však dostávají „nálepku“ presbyakuze stále mladší pacienti. Ti mají totiž shodné obtíže i podobný nález při vyšetření a tím je poškození percepční schopnosti vláskových buněk ve vnitřním uchu, které jsou zodpovědné za přeměnu zvuku (mechanického vlnění) na nervové impulzy (Kabátová, Profant, 2012). Pro presbyakuzi je typický senzorienurální, bazokochleární typ audiometrické křivky. Výzkumy, které se zabývají problematikou poruch sluchu u mladých generací, se příliš neshodují, od kterého věku skutečně dochází ke vzniku

percepční nedoslýchavosti. Někteří autoři udávají počátek vzniku „stařecké nedoslýchavosti“ u již pacientů ve věku od 50 let (Katz, 2009).

Velmi častá bývá kombinace presbyakuze a profesní nedoslýchavosti, což je porucha sluchu způsobená dlouhodobým výkonem povolání v hlučném prostředí. Nadměrný hluk je vedle genetických dispozic a celkového životního stylu jednou z hlavních složek, která se podílí na progresi presbyakuze. V souvislosti s rozvojem moderních technologií dochází také k poškození sluchu vlivem přístrojů, například pro reprodukci hudby.

Hodnocení sluchových poruch

Při hodnocení sluchových poruch je nejdůležitější určení typu vady či poruchy a posouzení velikosti sluchových ztrát a frekvenčních oblastí, ve kterých je sluch postižen. Zjišťujeme, zda audiometrické vyšetření ukazuje na převodní typ poruchy nebo percepční (senzorineurální). Dále sledujeme, zda je pokles sluchového prahu největší ve vysokých (bazokochleární typ), hlubokých (apikokochleární typ) či středních (mediokochleární typ) frekvencích anebo v celém vyšetřovaném rozsahu (pankochleární typ). Dalším krokem je hodnocení podle závažnosti (Lejska, 2003).

Dle metodiky WHO se hodnotí sluchová ztráta podle průměrného sluchového prahu na frekvencích 500, 1000, 2000 a 4000 Hz na lepším uchu. Do 25 dB je sluchový práh hodnocen, jako normální, rozmezí 26 – 40 dB je vyhrazeno pro lehkou poruchu sluchu, 41 – 60 dB označuje středně závažnou sluchovou poruchu, 61 – 80 dB je rozsah závažné poruchy sluchu a hodnoty sluchového prahu nad 81 dB znamenají velmi závažnou poruchu sluchu včetně hluchoty (WHO, 2015a).

V rámci pracovního lékařství, u osob pracujících v hlučném prostředí, jsou sluchové ztráty hodnoceny pomocí Fowlerovy klasifikace. Ta je založena na hodnocení důležitosti hlavních řečových frekvencí ve vztahu ke sluchové poruše. Výsledkem je procentuální hodnocení ztrát (Tuček, 2005).

Duševní pohoda

Z hlediska subjektivní spokojenosti a komunikace nám jde především o vztah ženy a muže v roli životních partnerů. Dopad sluchové poruchy na běžný každodenní život člověka je možno hodnotit podle různých složek. Pro zjednodušení se zaměřujeme na vztah duševní pohody a nedoslýchavosti. Protože poruchy sluchu mají značný dopad na komunikaci a sociální vztahy jedince, budeme se zabývat zejména subjektivní duševní pohodou, tedy pojmem „Subjective Well-Being“. Podle Gurkové (2011) se v psychologii subjektivní pohoda vymezuje prostřednictvím dvou komponent – kognitivní a emocionální (afektivní).

V našem šetření můžeme do části kognitivní zahrnout vědomé hodnocení spokojenosti ve vztahu ke sluchu a ke komunikaci například se životním partnerem, s rodinou nebo s přáteli. Životní spokojenost představuje v kognitivním směru hodnotící proces, v rámci kterého konkrétní člověk porovnává své životní podmínky s určitým standardem, který si v průběhu svého života vytvořil (Diener, 1985, citováno podle Gurkové, 2011). V tomto ohledu dochází u nedoslýchavých k podhodnocování vlastních schopností a často se následně vyhýbají některým sociálním kontaktům, protože jsou pro ně situace, kdy nerozumí nepříjemné a stresující. Nedoslýchaví mají obavy, aby nevypadali hloupě.

Kvůli neschopnosti nadále dosahovat „svého standardu se snižuje sebedůvěra, chuť komunikovat, nezřídka se objevují negativní nálady, deprese až apatie. V tomto případě můžeme tedy pozorovat prolínání kognitivní a afektivní složky subjektivní pohody. V oblasti emoční se objevují i vlivy podvědomí, které mohou mít značný význam, ačkoli si je sám nedoslýchavý jedinec neuvědomuje.

Při vnímání tohoto psychosociálního problému v komplexní podobě můžeme konstatovat, že se jedná o problematiku skutečně širokou, ale také individuální. Co může jednomu nedoslýchavému připadat, jako významný zásah do běžného života, to jiný nemusí negativně vnímat.

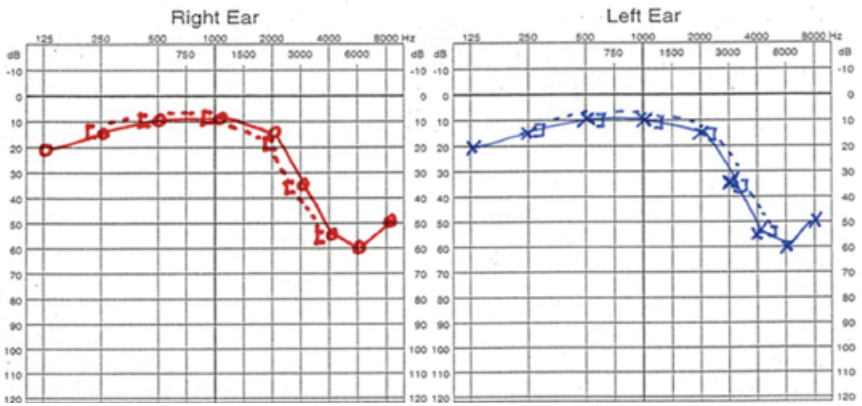
Komunikace mezi ženou a mužem

Komunikací rozumíme předávání informací, ale i emocí, hodnot a postojů mezi jednotlivými účastníky. Nejběžnějším komunikačním prostředkem je mluvené verbální sdělení. Ačkoli si běžně neuvědomujeme celou šíři sdělení, které sluchem přijímáme, jde o široký komplex informací různého druhu (Výrost, Slaměník, 2008). Náš sluchový aparát a centrální nervový systém ve spolupráci s dalšími smysly vedle získaných informací současně zpracovávají emoční náboj, vyhodnocují záměr hovořící osoby, soulad verbální i neverbální komunikace a kontrolují tempo, rytmus a melodii řeči. Kromě přijímaných informací se automaticky soustřeďujeme na maximální srozumitelnost pomocí malého natáčení hlavy, identifikaci pohybu mluvčího, potlačení okolního hluku, pohled na rty či oči mluvící osoby.

Jestliže u člověka dochází k poruše sluchu, jsou nejdříve poškozeny právě všechny doprovodné a pomocné prvky komunikace. Samotná srozumitelnost bývá díky kompenzačním mechanizmům, jako je odezírání nebo domýšlení si řečeného, porušena až při poklesu sluchového prahu na frekvenci 2000 Hz na hodnotu 40 dB u symetrické percepční nedoslýchavosti. Při lehké nedoslýchavosti (průměrná ztráta 26 – 40 dB na hlavních řečových frekvencích dle WHO, což odpovídá ztrátám 12 – 33 % Fowlera) se může zhoršit schopnost směrového slyšení, zpracování emoční složky informace nebo soulad s komunikací neverbální. Později se přidává ztráta rozpoznání tempa melodie a rytmu řeči.

Z hlediska rozdělení podle pohlaví je presbyakuze častější a také závažnější u mužů. Je to v souladu se skutečností, že muži jsou častěji zaměstnáni v těžkém průmyslu, strojírenství, jako řidiči nebo v důlních a těžebních odvětvích. Na straně druhé ženy mívají zpravidla výše položený hlas a frekvence jednotlivých vyslovovaných hlásek jsou o něco vyšší než u mužů. Porovnáme-li tuto skutečnost s typickým audiometrickým nálezem presbyakuze, tedy největším poklesem sluchového prahu právě ve frekvencích nad 2000 Hz (Obr. 1) je zřejmé, že nejčastějším problémem v komunikaci a soužití žen a mužů mohou být právě situace, kdy žena informaci sděluje a muž nedostatečně či chybně přijímá.

Obr. 1: Příklad audiogramu presbyakuze (archiv autorů).



Cíle

1) Poukázat na problematiku nedoslýchavosti z hlediska komunikačních problémů.
2) Evaluace sluchové poruchy z hlediska frekvenční charakteristiky.

Metodika

Výzkum probíhal prospektivní metodou. Všem probandům byl změřen práh sluchu pro čisté tóny pomocí prahové tónové audiometrie na hlavních řečových frekvencích (500, 1000, 2000 a 4000 Hz). Všichni vyplnili dotazník Hearing Handicap Inventory for Adults (HHIA, dotazník problémů se sluchem pro dospělé), který hodnotí souvislost poruchy sluchu a provádění běžných denních aktivit. Pomocí tohoto dotazníku můžeme identifikovat problémy nedoslýchavých v oblasti sociální a emoční. Čím vyšší bodové skóre v dotazníku respondenti získali, tím jsou jejich problémy se sluchem v oblasti emoční či v oblasti sociální hodnoceny, jako vážnější (Newman et al., 1990; Blanař et al., 2014). V rámci našeho výzkumu jsme porovnávali sluchový práh na hlavních řečových frekvencích s výsledky dotazníku HHIA v oblasti sociální a v oblasti emoční.

Do výzkumu byli zařazeni respondenti věku od 20 do 65 let s různým stupněm oboustrané symetrické senzorineurální nedoslýchavosti se ztrátami kostního vedení většími než 20 dB na hlavních řečových frekvencích. Pro další statistické hodnocení byli vybráni pouze respondenti, kteří měli v sociální nebo v emoční oblasti dotazníku HHIA 5 bodů nebo více.

Kritéria pro vyřazení z výzkumu byla rozdělena do tří skupin:

a) Anamnestická kritéria

Úraz v oblasti hlavy nebo poruchy sluchu v osobní anamnéze, akutní akustické trauma, opakované středoušní záněty a vrozené vývojové vady nebo novotvary v oblasti zvukovodů, středního a vnitřního ucha nebo Eustachovy trubice a mozku, předchozí operace v oblasti hlavy. Zjištění jiného onemocnění ucha při vyšetření lékařem nebo nedoslýchavost v rodině.

b) Audiometrická kritéria

Převodní nedoslýchavost, rozdíl průměrné sluchové ztráty na frekvencích 500, 1000, 2000 a 4000 Hz mezi pravým a levým uchem více než 15 dB.

c) Jiné důvody

Projevený nesouhlas se zařazením do výzkumu, nevyplnění informovaného souhlasu.

Výsledky

Celkem bylo vyšetřeno 94 nedoslýchavých. Průměr bodového hodnocení problémů v sociální oblasti (Skóre S) dotazníku HHIA byl 12,25 bodů, směrodatná odchylka 11,9. V oblasti emoční (Skóre E) byla průměrná hodnota 15,6 bodů a směrodatná odchylka 11. Minimální hodnota u obou oblastí byla 0 a maximum nabývalo 42 bodů. Pro další statistické vyhodnocení bylo na základě stanovených vyřazovacích kritérií vybráno celkem 55 respondentů. Z toho 45 mužů a 10 žen. Průměrné sluchové ztráty v souboru na jednotlivých frekvencích jsou znázorněny v Tab. 1.

Tab. 1: Průměrná sluchová ztráta v souboru

	500 Hz [dB]	**1000 Hz[dB]**	**2000 Hz[dB]**	**4000 Hz[dB]**
Pravé ucho	30,18	38,73	46,09	53,18
Levé ucho	29,27	37,09	43,64	52,64

Tab. 2: Korelace výsledků dotazníku HHIA s prahem sluchu na jednotlivých frekvencích.

Proměnná	**500 Hz**	**1000 Hz**	**2000 Hz**	**4000 Hz**
Skóre S	0,386233	0,339338	0,440780	0,401229
Skóre E	0,302325	0,322955	0,321552	0,203548

Při hodnocení souvislosti dopadu sluchových poruch a poškozenou frekvencí sluchu byla použita Spearmanova korelace na hladině významnosti 0,05. Tabulky 1 a 2 umožnují posoudit vztah mezi hodnotami zjištěnými pomocí dotazníku HHIA v sociální i emoční oblasti a ezi prahem sluchu na frekvencích 500, 1000, 2000 a 4000 Hz. Všechny uvedené korelace byly statisticky významné. Pouze při hodnocení vztahu emoční oblasti a frekvence 4000 Hz byl vypočítán korelační koeficient r=0,2, což je nejnižší zjištěná míra korelace, která byla statisticky nevýznamná.

Diskuze

Ze zjištěných výsledků vyplývá, že největší vztah byl zjištěn mezi problémy v oblasti sociální a mezi prahem sluchu na vysokých frekvencích, zejména frekvence 2000 Hz. Tato skutečnost je v souladu s metodikou hodnocení sluchových ztrát pro posudkové účely, kdy je frekvence 2000 Hz považována za „hlídkovou frekvenci“, na které hodnotíme dynamiku progrese sluchových ztrát například u zaměstnanců v hlučných provozech (Lejska, 2001). Uvedené je v souladu s hodnocením dle Fowlera, kdy se největší procentuální ztráty připisují právě frekvenci 2000 Hz (Kasl et al., 2003).

Zajímavé zjištění je, že mezi ztrátami na frekvenci 4000 Hz a výsledky dotazníku HHIA v oblasti emoční byla zjištěná velmi nízká míra korelace. Toto však odpovídá skutečnosti,

že izolovaná sluchová porucha na této vysoko položené frekvenci nemusí znamenat výrazný úbytek srozumitelnosti řeči.

Podle WHO může znamenat vážná porucha sluchu vyloučení z komunikace a významný dopad na každodenní život. Výjimkou nejsou pocity osamělosti, izolace a frustrace. U seniorů může být komunikační bariera kombinována se sníženou pohyblivostí, díky které klesá četnost sociálních kontaktů (WHO, 2015b).

Samotná kvalita komunikace mezi životními partnery může být ohrožena z hlediska nedoslýchavého, který musí vynakládat mnohem více pozornosti, aby rozuměl sdělení. Dostavuje se větší únavnost a nechuť konverzovat. Životní partner či partnerka nedoslýchavého mohou pociťovat podrážděnost, zejména ve chvílích, kdy musí častěji opakovat své sdělení nebo vysvětlovat jeho obsah. Nesoulad se objevuje také při sledování televize, poslechu rádia i při telefonování hlavně v případě, pokud je jeden z partnerů normálně slyšící. V tomto případě je ideálním řešením kompenzace sluchové poruchy či vady sluchadlem a instalace indukční smyčky, která převádí signál z televize či rádia přímo do sluchadla. Značným problémem v současné době bývá přijetí sluchadla pacientem, který je vyšetřen ve foniatrické ambulanci, s pomocí odborníků si sluchadlo vybere a následně zakoupí, ale mnohdy ho téměř vůbec nenosí. Celá řada nedoslýchavých vnímá sluchadlo, jako známku závažného hendikepu a za jeho používání se stydí (Mrázková et al., 2013).

Závěr

V současnosti je sluch hodnocen převážně pomocí prahové tónové audiometrie, ale ukazuje se, že mnozí nedoslýchaví vnímají svou poruchu sluchu rozdílně a omezuje je v běžném životě různou měrou. Jednou z příčin může být postižení důležitých frekvencí pro vnímání lidské řeči. Navrhujeme doplnit stávající diagnostiku pomocí přístrojové techniky o metodu subjektivního hodnocení formou dotazníku HHIA, které bude provádět sám nemocný. Její výhodou je větší míra zapojení pacienta do procesu diagnostiky a do rozhodování o dalším postupu. Do budoucna by bylo vhodné snažit se více přesvědčit pacienty o výhodách používání sluchadel a edukovat je správně o jejich používání. Můžeme pouze doufat, že používání sluchadel bude na vzestupu a bude přijímáno s menší nechutí, podobně, jako například brýle pro kompenzaci poruchy zraku.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Výzkum byl schválen etickou komisí zdravotnického zařízení. Byl financován z projektu grantové agentury Univerzity Pardubice SGSFZS_2015003.

Bibliografické odkazy

BLANAŘ, V.; MEJZLÍK, J.; PELLANT, A.; BÁRTOVÁ, I.; KRČMÁŘ, P.; LOVAS, M. Česká verze dotazníku Hearing Handicap Inventory for Adults. *Otorinolaryngologie a foniatrie: časopis České společnosti pro otorinolaryngologii a chirurgii hlavy a krku.* Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2014, 63, 1, s. 50-56. ISSN 1210-7867.

GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. ISBN 978-802-4736-259.

HAHN, A. a kol.: *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi.* 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 392 s. ISBN 978-802-4705-293.

KABÁTOVÁ, Z.; PROFANT, M. *Audiológia.* 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 360 s. ISBN 978-802-4741-734.

KASL, Z.; PEŠTA, J.; SLÍPKA, J. Výpovědní hodnota Fowlerova oceňování sluchového prahu. *Otorinolaryngologie a foniatrie: časopis České společnosti pro otorinolaryngologii a chirurgii hlavy a krku.* 2003, 52, 3. ISSN 1210-7867.

KATZ, J. *Handbook of clinical audiology.* 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams, 2009, p. International edition. ISBN 07-817-8106-X.

KITTNAR, O. *Lékařská fyziologie.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 790 s. ISBN 978-802-4730-684.

LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie.* Brno: Paido – edice pedagogické literatury, 2003, 156 s. ISBN 80-731-5038-7.

LEJSKA, M. *Vývoj sluchové poruchy u pracovníků v riziku hluku*. Pracovní lékařství. 2001, 53, 3. s 129-133. ISSN 0032-6291.

MRÁZKOVÁ, E.; VYSKOTOVÁ, J.; SACHOVÁ, P.; ZÁLEJSKÁ, R.; RICHTEROVÁ, K. Průzkum motivace pro kompenzaci sluchové vady. Pracovní lékařství. 2013, 65(1-2), 32 – 41. ISSN 0032-6291.

NEWMAN, C. W.; WEINSTEIN, B. E.; JACOBSON, G. P. The hearing handicap inventory for adults: Psychometric adequacy and audiometric correlates. *Ear and Hearing*, Vol. 11, 1990, No. 6, 430 – 433.

TUČEK, M.; CIKRT, M.; PELCLOVÁ, D. *Pracovní lékařství pro praxi: příručka s doporučenými standardy.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 327 s. ISBN 80-247-0927-9.

VÝROST, J.; SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie.* 2. přeprac. a rozšíř. vyd. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1428-8.

WHO. Grades of hearing impairment. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Organization* [online]. 2015a [cit. 2015-03-06]. Dostupné z: http://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/

WHO. Deafness and hearing loss. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Organization* [online]. 2015b [cit. 2015-03-06]. Dostupné z: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/

Mgr. Vít Blanař
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita Pardubice
e-mail: vit.blanar@upce.cz

MUDr. Jan Mejzlík, Ph.D.
Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku
Fakultní nemocnice Hradec Králové,
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Univerzita Karlova Praha
e-mail: jan.mejzlik@outlook.cz

Bc. Veronika Škvarlová
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
e-mail: st44336@student.upce.cz

Péče o děti v podmínkách ghetta Terezín

Čermáková K.[1], Hlaváčková E.[1]

[1]Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Abstrakt

Úvod: Pevnostní město Terezín sloužilo v době 2. světové války jako ghetto pro Židy z celé Evropy. Pro většinu z nich se stalo pouze přestupnou stanicí na cestě do vyhlazovacích koncentračních táborů.

Vězněm v ghettu byl každý, kdo byl dle Norimberských zákonů považován za Žida, bez rozdílu věku. Přibližný počet dětí, které prošly ghettem je 15 000. Žily v nuzných a stísněných podmínkách s minimem jídla, často osamocené. Toto prostředí bylo živnou půdou pro vznik nejrůznějších nemocí. Přesto s vypětím sil dospělých vězňů zde bylo vytvořeno vhodné prostředí pro ošetřování nemocných dětských pacientů i pro výchovnou a vzdělávací činnost.

Cíl: Popsat lékařskou, ošetřovatelskou a z části i pedagogickou péči o dětské vězně.

Metoda: Bibliografický průzkum primárních pramenů, faktografický průzkum a následné vyhodnocení na základě stanovených výzkumných otázek.

Výsledky: V administrativě ghetta se nacházelo několik lidí, kteří si uvědomovali svoji zodpovědnost k dětem a snažili se jim co možná nejvíce v přísném vězeňském řádu usnadnit život. Probíhala zde určitá forma výuky, děti hrály divadlo, zpívaly, malovaly, ale také pracovaly. V Terezíně propukaly mezi dětmi epidemie nejrůznějších infekčních onemocnění, které byly často smrtelné. V ghettu Terezín byly součástí každého dětského domova tzv. marodky. Dále byly děti hospitalizované na dětských pokojích jednotlivých nemocnic. Staral se o ně většinou kvalifikovaný zdravotnický personál. Práce s dětmi byla velice žádaná. Mezi zásadní osobnosti, které je v souvislosti s péčí o děti v ghettu Terezín třeba zmiňovat, patří Alfred Hirsch a Ilse Weberová.

Závěr: Příspěvek upozorňuje na fakt, že i v hrůzných podmínkách ghetta Terezín bylo možné poskytnout dětem dobrou péči (výchovnou a zdravotnickou). Tato péče byla možná zejména vlivem obětavosti a zájmu o děti ze strany dospělých vězňů.

Klíčová slova: děti, ghetto Terezín, nemoc, sestry, vězeň, vychovatelé

Abstract

Introduction: Defences Terezin was used as a ghetto for Jews from all parts of Europe during 2nd World War. For most of them it was only stopover on their way to extermination camps.

Prisoner in the ghetto was anyone who was under the Nuremberg Laws considered a Jew, regardless of age. Approximate number of children who have gone through the ghetto is 15 000. They were living in poor and cramped conditions with little food, often alone. This medium was spawning various diseases. In spite of exerting forces of adult prisoners were created a suitable environment for the care of patients and pediatric patients for educational activity.

Objective: Describe the medical, nursing and partly pedagogical care of child prisoners.

Method: Bibliographic survey of primary sources, factual exploration and subsequent evaluation based on the set of research questions.

Results: The administration of the ghetto was several people who were aware of their responsibility children and tried them as much as possible in order to facilitate strict prison life. Place there is some form of teaching, children played theater, singing, painting, but also worked. In Terezin epidemic broke out among children of various infectious diseases, which were often fatal. In the ghetto Terezin were part of every orphanage infirmary. Furthermore, the children were admitted to nursery individual hospitals. He took care of them, mostly by qualified medical personnel. Working with children has been in great demand. Among the major personalities in relation to care for children in the Terezin ghetto to mention include Fredy Hirche and Ilse Weber.

Conclusion: The paper draws attention to the fact that even in appalling conditions ghetto Terezin was possible to provide good care for children (educational and health). This care was possible mainly due to the dedication and interest in children from adult prisoners.

Keywords: Terezin ghetto, children, illness, prisoner, nurses, educators

Úvod

České pevnostní město Terezín *bylo vybudováno v letech 1780 – 1790* příkazem císaře Josefa II. *Do černé historie naší země se vepsala o 150 let později*, kdy se stalo součástí nacistických plánů na nové uspořádání Evropy a tzv. „konečného řešení židovské otázky". Terezín byl již v prvopočátku vystaven do dvou na sobě nezávislých částí – pevnostního města (Hlavní pevnost, která fungovala od konce roku 1942 jako židovské ghetto, kde byli shromažďováni Židé z celé Evropy, než byli transporty deportováni do vyhlazovacích koncentračních táborů) a Malé pevnosti, která fungovala jako vězení. (Adler, 2006, s. 30-35; Chládková, 2005, s. 8 –15)

Transportům do terezínského ghetta nebyly ušetřeny ani děti, které sem přijely hned s prvními transporty z Brna a Prahy v prosinci 1941. (Lagus, Polák, 1964, s. 209)
„*Bylo jich 15 000, ale jen 100 se jich vrátilo*" (Lagus, Polák, 1964, s. 208)

Je nutné si uvědomit fakt, že děti v Terezíně byly stejní vězni, jako jejich rodiče. Zpočátku byly pouze v uzavřených kasárnách. Děti do 12 let byly ubytované s rodiči (dívky s matkou a chlapci s otcem). Toto nařízení bylo později změněno a s rodiči mohly být pouze děti do 4 let. (Lagus, Polák, 1964, s. 210)

Později, v létě 1942, směly na kasárenský dvůr a i do ulic tábora. V tomto období byly děti soustředěné do dětských domovů. Zde jim však bylo velmi těžko. Byly odloučené od rodičů, sourozenců a dalších blízkých, byly v neznámém prostředí, byly vystrašené, bály se každé uniformy, často proplakaly celé noci. (Lagus, Polák, 1964, s. 210)

Cíl

Popsat lékařskou, ošetřovatelskou a z části i pedagogickou péči o dětské vězně.

Metodika

Jako metodu pro získání relevantních dat jsme si zvolily bibliografický průzkum (vyhledání primárních pramenů) a následně provedly faktografický průzkum (z pramenů jsme získaly faktografické údaje pro potřeby svého tématu), informace byly vyhodnoceny z hlediska stanovených výzkumných otázek.

Výzkumné otázky:

Jak a kým byl dětem v Terezíně organizován čas?
Jaké byly nejčastější dětské nemoci v Terezíně?
Jak byla organizována zdravotní péče o děti?
Byla práce zdravotní sestry/ošetřovatelky o děti v Terezíně žádaná?
Kdo patřil mezi významné osobnosti ghetta v péči o děti a mládež?

Pro získání dat jsme využily tyto primární zdroje:

1) Deníky přímých přeživších – Pevnost mého mládí (Friesová, 2005), Sisters in sorrow (Ritvo, Plotkin, 2000), Děvčata z pokoje 28 (Brenner-Wonschicková, 2006)
2) Memoáry přeživších popisující život v ghettu – Terezín 1941–1945. Tvář nuceného společenství (Adler, 2006), Město za mřížemi (Polák, Lagus, 1964), Terezín očima hygienika. Zpráva z terezínského koncentračního tábora o boji proti hmyzu a skvrnitému tyfu (Pick, Polák, Pacovský, 1947).
3) Denní rozkazy Rady starších a Sdělení židovské samosprávy v období 1941 – 1945.
4) Sbírky Dokumentačního oddělení Památníku Terezín.
5) Zvukové záznamy rozhovorů s přeživšími pamětníky z portálu Paměti národa, kteří v ghettu Terezín vykonávali práci zdravotních sester/ošetřovatelů. Přístup k těmto záznamům v celé jejich podobě byl možný po registraci do e-badatelny internetového portálu Post Bellum a vyplnění badatelského listu.

Výsledky

Jak a kým byl dětem v Terezíně organizován čas?

Od roku 1942 byly v Terezíně zřízeny dětské domovy, neboli „kinderheimy“ (zkráceně heimy), což byly velké dětské jednotky o 200 – 300 členech, které byly rozděleny v menší kolektivy podle pokojů, kde žilo cca 15 – 40 chlapců, nebo děvčat. Dohled nad nimi měl vychovatel, který k sobě měl jednoho či více pomocníků. Panovalo zde pravidlo, že se vše konalo ve prospěch dítěte. Zpočátku se o děti starali lidé bez vzdělání, často i zájmu, což se s přijíždějícími transporty výrazně zlepšilo. Výchovný personál tvořili bývalí profesoři, učitelé či studenti s vřelým vztahem k dětem. (Lagus, Polák, 1964, s. 211; Brenner-Wonschicková, 2006, s. 62)

V administrativě ghetta se nacházelo několik lidí, kteří si uvědomovali svoji zodpovědnost k dětem a snažili se jim co možná nejvíce usnadnit život v hrůzných podmínkách terezínského ghetta. Dětem byla dopřávána péče v mnoha ohledech, protože jejich štěstí a přežití mělo vliv na celou budoucnost židovského národa. (Lagus, Polák, 1964, s. 211)

Život v kinderheimech, kde panoval program na kolektivním podkladě, jim zajistil lepší stravu, výhodnější bytové podmínky a celkový morální rozvoj. Všechny děti byly velmi přísně vedené v oblasti utužování zdraví a prevence nemocí. Je tím myšleno, že děti byly vedeny k časté a důkladné hygieně rukou, čistotě těla a prostředí vůbec, větraly si matrace, na kterých spaly, důkladně uklízely své pokoje. Každý den měl svůj přesný harmonogram,

z něj byly vyňaty pouze nemocné děti. (Brenner-Wonschicková, 2006, s. 100 – 109; Ondřichovská,2001, s. 61 – 73)

Vyučování bylo dlouhou dobu ilegální, s minimem vyučovacích pomůcek. Negramotnost židovských dětí byla pro Němce žádoucí. Problém pro ně byl ten, že děti byly nešikovné a neuměly se stavět k práci. Proto povolili vyučovat třem předmětům (kreslení, ruční práce a zpěv). Kromě vyučování se vychovatelé se svými svěřenci věnovali i dalším činnostem (zpěv, malování, recitace, literatura, divadlo, sport), pořádali mnoho soutěží a představení, ve kterých děti dosahovaly velkých úspěchů. Další činnost dětí byla vydávání časopisů (např. Vedem, Domov). (Lagus, Polák, 1964, s. 215; Makarova, Makarov, Kuperman,2002, s. 83-88; Brenner-Wonschicková, 2006, s. 85)

Děti od 15 let (později od 14 let) musely pracovat. Nejčastěji v zemědělství či v řemesle, ve kterém se zde vyučily. Pracovat musely i mladší děti, alespoň při udržování pořádku na ubikacích a při jejich zásobování. Vychovatelé zavedli akci pod názvem „Mladí pomáhají“, kdy děti po vyučování docházely do ubikací starých lidí, kde jim pomáhaly s pořádkem, vyřizováním nejrůznějších záležitostí a působily i jako společníci. (Lagus, Polák, 1964, s. 216-217)

Jaké byly nejčastější dětské nemoci v Terezíně?
Stísněné podmínky, ve kterých děti žily, nedostatečné hygienické podmínky, strava a přítomnost strachu či smutku způsobovaly mnoho onemocnění, které často dosahovaly rozměrů epidemie.

Nejčastějšími onemocněními dětí v Terezíně byly epidemie spály (od července 1942 do konce roku 1942), epidemie průjmových onemocnění, infekční žloutenka, spalničky, příušnice, zarděnky, plané neštovice, černý kašel, zápal plic, zánět středního ucha. Od konce ledna 1943 proběhla exploze břišního tyfu. Tyto nemoci děti velmi oslabovaly. (Lagus, Polák, 1964, s. 213, 214)

Dalším velkým problémem nejen mezi dětmi byly vši (veš šatní i vlasová) a štěnice. Tuto nepříjemnost braly děti s humorem sobě vlastním a zvěčňovaly tyto nežádoucí živočichy ve svých kresbách, slohových pracích a časopisech. (Brenner-Wonschicková, 2006, s. 85; Pick, Polák, Pacovský, 1947, s. 30-45)

Jak byla organizována zdravotní péče o děti?
Každý z domovů měl svoji „marodku“, tedy oddělenou místnost pro nemocné děti. Dále zde byla zřízena dětská nemocnice a zařízení pro batolata. Děti byly rovněž hospitalizované na dětských pokojích při odděleních nemocnic pro dospělé.

Nemocné děti dostávaly tzv. přídavek, což znamenalo dvě až tři lžíce ovesné kaše navíc od sociální pracovnice domova. (Ritvo, Plotkin, 2000, s. 27-41)

O nemocné děti se starali lékaři, zdravotní sestry a ošetřovatelky. Většina nelékařského personálu měla vzdělání již z doby před válkou, ostatní si jej doplnili až v ghettu.

Byla práce zdravotní sestry/ošetřovatelky o děti v Terezíně žádaná?
Práce zdravotních sester či ošetřovatelek v ghettu patřila mezi žádané. Ženy, které vykonávaly tuto práci, v ní nacházely velké uspokojení a motivaci přežít. Většina žen péčí o nemocné děti překonávala všudypřítomný strach o život svých vlastních dětí.

Na práci zdravotní sestry vzpomíná paní Ilse Maier v Pamětech národa. „Přišly jsme do Drážďanských kasáren a tam nebylo vůbec nic. Bylo tam pár strožoků na zemi a nic. Za

velice krátkou dobu tam byly rodiny s kojencema. Měla jsem na starosti 30 matek a 30 kojenců. Tak to byla velmi zajímavá práce. S kojencema to byla pěkná práce, ale s matkama hrozně těžký, protože je oddělili. Tam jsem pracovala asi rok.“ (Post Bellum, 2008)

Rodily se v ghettu děti?
Při konečném řešení židovské otázky přicházely děti, jako budoucnost a zárodek příští generace, na řadu nejdříve. Nacisté zabraňovali porodům a v této oblasti se vedla přísná evidence. Přesto se v ghettu děti rodily.

Zpočátku se rozlišovalo, zda žena do ghetta přišla již těhotná, kdy jí bylo povoleno dítě donosit. U dětí zplozených v táboře se nařizovalo umělé přerušení. Ženy měly povinnost hlásit podezření na těhotenství a lékaři museli ženy kontrolovat. Byli zodpovědní za hlášení každého těhotenství i provedení potratu. Zde však vznikl problém, že u žen vlivem menstruačních poruch, které zde byly velice časté, bylo velmi obtížné určit počáteční stav těhotenství. Proto se nedalo některým porodům zabránit. Nařízením komandatury z 21. 8. 1943 jasně vyplynulo, že otcové zplozených dětí budou i s matkami a dětmi zařazeni do transportů a odsunuti. Všechny ženy od 15 let musely podepsat, že byly poučeny o nutnosti hlásit první příznaky těhotenství. (Lagus, Polák, 1964, s. 217, 219)

Tab. 1. Počet narozených dětí v ghettu Terezín (Lagus, Polák, 1964, s. 219)

Rok	Počet narozených dětí
1942	78
1943	81
1944	36
1945	12

Celkem se za existence ghetta Terezín narodilo 207 dětí. Pouze 25 z těchto dětí přežilo válku a dočkalo se osvobození.

Kdo patřil mezi významné osobnosti ghetta v péči o děti a mládež?
Alfred Hirsch
Běžně oslovovaný Fredy Hirsch se narodil v roce 1916 v německých Cáchách. Stal se nadšeným sionistou a věnoval se mládeži jako trenér v Makabi hacair a dalších židovských organizacích. V roce 1935 pod vlivem antisemitských projevů uprchl do Československa. Dalším motivem emigrace mohla být jeho homosexualita. I v Československu se angažoval v Makabi hacair a později v Hechalucu. Na začátku okupace organizoval program pro pražské židovské děti na Hagiboru. V prosinci 1941 byl deportován do ghetta v Terezíně, kde se ujal péče o mládež. V září 1943 byl spolu s pěti tisíci terezínskými vězni transportován do Terezínského rodinného tábora v Osvětimi-Birkenau, kde spáchal sebevraždu. (Ondřichovská, 2001, s. 5-7)

Ilse Weberová
Ilse Weberová se narodila v roce 1903 ve Vítkovicích u Moravské Ostravy v židovské rodině a již ve 20. a 30. letech 20. století vydala jako německy píšící autorka tři knížky pro děti. Psala též scénáře dětských pořadů pro ostravský a později i pražský rozhlas, překládala české básně do němčiny i německé básně a písně do češtiny. V roce 1942 byla s mladším synem Tomášem a manželem Willim deportována do terezínského ghetta. Staršího syna

Hanuše poslala díky akci Nicholase Wintona do Anglie ke své přítelkyni Lilian von Löwenadler. V Terezíně se přihlásila jako ošetřovatelka a pracovala jako vedoucí dětské marodky. Pro posílení a útěchu spoluvězňů skládala básně a písně, které se šířily ghettem. Mezi její nejznámější zhudebnělé básně patří Wiegala (Ukolébavka), Toulám se Terezínem, Buď sbohem, kamaráde!, báseň Dopis mému synovi, Ovce z Lidic či Ukolébavka z transportu do Polska. V říjnu 1944 se dobrovolně přihlásila k transportu dětí z marodky do Osvětimi, do něhož byl zařazen i její syn Tomáš. Bezprostředně po příjezdu do vyhlazovacího tábora byla i se všemi dětmi zavražděna v plynové komoře. (Weberová, 2012, s. 13, 14)

Diskuze

Pro židovskou komunitu je již z dob historie typická soudržnost a sociální cítění pro slabší skupiny. Tato soudržnost platila zejména pro děti, nemocné a staré lidi, proto již z tohoto charakteristického prvku židovské komunity můžeme předpokládat, že péče o děti byla v jiných ghettech obdobná. Na základě dostupné literatury, můžeme s určitostí říci, že např. ve Varšavském ghettu a v ghettu Lodž a Białystoku tomu tak opravdu bylo. Podobný byl systém vzdělávání (v ghettech fungovalo několik škol) i péče o nemocné děti (vznikly zde nemocnice a zařízení pro děti). (Holocaust.cz)

Přestože situace v ghettech působí velice drasticky a nelidsky, tak musíme konstatovat, že toto prostředí na děti rozhodně nepůsobilo demoralisticky. V tomto prostředí vznikaly velmi pevná přátelství a svazky. Působení vychovatelů či zdravotnického personálu mělo na děti velmi pozitivní vliv a mnohdy tato zkušenost předurčovala jejich profesní zaměření pro život po válce. (Holocaust.cz; Bondyová, 2002, s. 25)

Jak již bylo uvedeno, hlavním záměrem nacistického Německa bylo vyhlazení židovských dětí jako zárodku budoucích generací. Tento záměr byl téměř splněn na 100 %. Z dětí, které přes ghetto Terezín byly odtransportovány do vyhlazovacích táborů, se vrátilo asi jen 100 (žádné však mladší 14 let). (Lagus, Polák, 1964, s. 219)

Většina deportovaných dětí do Osvětimi šla po příjezdu rovnou do plynové komory. Některé děti zde však určitý čas přečkaly. Jednalo se o děti, které byly zařazeny do Terezínského rodinného tábora BIIb, kde ve stejně nelidských podmínkách mohly žít děti v blízkosti svých rodičů a mohly se s nimi stýkat. Děti žily v tzv. dětských blocích, které byly alespoň vymalované dětskými kresbami. Fredy Hirsch byl vedoucím tohoto bloku a stejně jako v Terezíně s dětmi cvičil a otužoval je. V tom viděl jedinou možnost jejich přežití. Probíhala zde i určitá výuka. Děti zde byly chráněny před brutalitou příslušníků SS. (Ondřichovská, 2001, s. 74-96)

Převratnou událostí v Osvětimi byla dětská divadelní hra Sněhurka a sedm trpaslíků, která měla velký ohlas u příslušníků SS, obzvláště u Dr. Mengeleho. (Ondřichovská, 2001, s. 82, 83)

Mnohé ženy, jež přicházely do Osvětimi, byly těhotné, a proto měl tábor i „porodnické“ oddělení. Vězeňkyně byly určeny do pracovního procesu a jejich děti byly nežádoucí. Novorozenci nedostávali vlastní příděl stravy ani mléka, aby co nejdříve zemřeli. Dozorci zde zaměstnávali bezcitné kriminálnice, které děti topily v sudu. Do května 1943 se to týkalo všech dětí z Osvětimi. Děti árijského vzhledu (modré oči, světlé vlasy) byly odesílány do převýchovného denacionalizačního útulku. Poté končily v dětských domovech, ty šťastnější v německých rodinách.(holocaust.cz).

Závěr

Text poukazuje na statečnost a obětavost vězňů terezínského ghetta, kteří v situaci vlastního ohrožení života, v nuzných životních podmínkách, dokázali dětem vytvořit podmínky k životu, vzdělávání a dokázali o ně s láskou a zájmem pečovat v době nemoci.

V úvodu textu je psáno, že ghettem prošlo 15 000 dětí a 100 z nich se vrátilo. Je smutné, že toto úsilí zmařily plynové komory či epidemie vážných nemocí, na které nebyly léky. Tuto situaci popisuje Gerty Rohanová ve své vzpomínce.

„Bylo mi 16 let a s dalšími čtyřmi děvčaty jsem pracovala na dětské marodce, kde jsem znalosti z jualky uplatnila. Pod vedením doktora Schwarze a vrchní sestry Dity Fasslové jsme se obětavě staraly o nemocné děti, z nichž některé tam zemřely. Dita měla pro nás mladé pochopení a snažila se je vždy co nejrychleji odnést. Co naplat – i ty uzdravené děti nakonec většinou skončily v Osvětimi." (Mikešová, 2012, s. 8)

Etické aspekty a konflikt zájmu

Autoři si nejsou vědomi žádného konfliktu zájmu.

Bibliografické odkazy

ADLER, HG. Terezín 1941–1945. Tvář nuceného společenství. Díl I. – Dějiny. Brno: Barrister & Principal, 2006, 365 s. ISBN 80-7364-024-4.

ADLER, HG. Terezín 1941–1945. Tvář nuceného společenství. Díl II. Brno: Barrister & Principal, 2006, 490 s. ISBN 80-7364-024-4.

ADLER HG. Terezín 1941–1945. Tvář nuceného společenství. Díl III. Brno: Barrister & Principal, 2006, 430 s. ISBN 80-7364-024-4.

BENEŠOVÁ, M. Situace v Terezíně po skončení války. In Kolektiv autorů. Terezínské listy. Sborník památníku Terezín. Praha, 1990, s. 7-29.

BONDYOVÁ, R. Minulost neuplynula. Vliv terezínského ghetta na život jeho bývalých vězňů. In: KOLEKTIV AUTORŮ. Terezínské studie a dokumenty 2002. Praha: Academia Institut terezínské iniciativy; 2002, s. 49 – 63 . ISBN 80-200-1031-9.

BRENNER-WONSCHICKOVÁ, H. Děvčata z pokoje 28. Přátelství, naděje a přežití v Terezíně. Praha: Barrister & Principal, 2004, 294 s. ISBN 80-87029-03-8.

DENNÍ ROZKAZY RADY STARŠÍCH A SDĚLENÍ ŽIDOVSKÉ SAMOSPRÁVY TEREZÍN 1941-1945. Institut Terezínské iniciativy: Sefer, 2003, 538 s. ISBN 80-85924-37-4.

Projekt výzkumu a vzdělávání Holocaust [online]. 2010. [cit. 2015-02-28]. Dostupné z: < http://www2.holocaust.cz/cz/project>.

CHLÁDKOVÁ, L. Terezínské ghetto. Praha: V Ráji, 2005, 56 s. ISBN 80-86758-20-6.

KRYL, M. Osudy vězňů Terezínského ghetta v letech 1941–1944. Brno: Doplněk, 1999, 328 p. ISBN 28-038-88.02/63.

LAGUS, K., POLÁK, J. Město za mřížemi. Praha: Naše vojsko, 1964, 365 s.

LUKEŠ, A. Svatý týden v Terezíně. Praha: Naše vojsko, 2008, 95 s. ISBN 978-80-206-0916-8.

MAKAROVA, E. et al. Univerzita přežití. Osvětová a kulturní činnost v terezínském ghettu 1941–1945. Praha: G plus G, 2002, 213 s. ISBN 80-86103-54-4.

MIKEŠOVÁ H. Víte, co byla JUALKA (JUGEND ALYIA SCHULE)? Zpravodaj pro členy Židovské obce Brno. 2012, 10(4), s. 8.

ONDŘICHOVÁ, L. Příběh Fredyho Hirshe. Praha: Sefer; 2006, 113 p. ISBN 80-85924-32-3.

POST BELLUM. Meier Ilse. [online]. 2009. [cit. 2015-02-28]. Dostupný z: < http://www.memoryofnations.eu/index.php/witness/index/id/1346>.

PICK, J., POLÁK, R., PACOVSKÝ, J. Terezín očima hygienika. Zpráva z terezínského koncentračního tábora o boji proti hmyzu a skvrnitému tyfu. Praha: Lékařské knihkupectví a nakladatelství, 1947, 173 s.

RITVO, R.A., PLOTKIN, DM. Sisters in Sorrow. 2nd ed. Tamu: A&M University Press; 2000: 314 p. ISBN 0-89096-970-1.

PhDr. Kateřina Čermáková
Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií
katerina.cermakova@upce.cz

Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D
Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií
eva.hlavackova@upce.cz

Podpora bondingu porodními asistentkami a dětskými sestrami

Hamanová A.[1,2]; Lamplotová L.[1]; Lamková I.[1]

[1]Fakulta zdravotnických studií, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem
[2]Fakulta zdravotních věd, Univerzita Palackého v Olomouci (doktorské studium)

Abstrakt

Úvod: Podpora bondingu by měla být zcela přirozenou součástí poporodního období, pokud je to přání rodičů a průběh porodu byl normální.

Cíl: Výzkumné cíle: 1. zjistit, do jaké míry je praktikován bonding na vybraných pracovištích porodního sálu; 2. zmapovat, jak jsou dětské sestry (DS) / porodní asistentky (PA) nakloněny podpoře bondingu na svých pracovištích; 3. ověřit zájem DS / PA o aktivní získávání ověřených EBP informací v oblasti bondingu.

Metodika: Vzorek respondentů DS (38) a PA (40) byl osloven ve čtyřech nemocnicích Ústeckého kraje. Výzkumné šetření probíhalo pomocí validovaného strukturovaného dotazníku vlastní konstrukce. Byly použity statistické metody absolutní a relativní četnosti a pro ověření hypotéz byl použit test dobré shody chí-kvadrát.

Výsledky: 67,9 % respondentek uvedlo, že po každém fyziologickém porodu praktikují na jejich pracovišti bezprostřední kontakt matky a novorozence. 56,4 % respondentek tvrdí, že jejich pracoviště umožňuje ihned po porodu položení novorozence na matčino nahé břicho. 17,9% respondentek uvádí, že matku a novorozence přikrývají jako jednu jednotku. Jednou ročně se 71,8 % respondentek účastní odborné přednášky / konference zaměřených na danou problematiku. Zájem o toto téma s aktivním vyhledáváním informací má 35,9 % respondentek.

Závěr: Většina PA / DS jsou příznivci bondingu (96,1 %). Na vybraných pracovištích provádějí některé z intervencí k podpoře bondingu, podle možností jejich pracoviště. Zájem PA / DS vzdělávat se v dané problematice ovlivňuje negativně délka vykonávané praxe (čím kratší praxe, tím větší snaha se dále vzdělávat).

Klíčová slova: bonding, české porodnice, porodní asistentky, dětské sestry, přirozený porod

Abstract

Introduction: Support for bonding should be a natural part of the postpartum period, if it wishes of parents and course delivery was normal.

Objective: Research objectives: 1. To determine the extent to which it is practiced bonding at selected sites birthing room; 2. Map out how the nurses (N) / midwife (M) inclined to support bonding at their workplaces; 3. Verifying the interest N / M active acquisition verified EBP information on bonding.

Methods: The sample of respondents N (38) and M (40) was approached in four hospitals Ústí Region. The research was validated using a structured questionnaire of our own de-

sign. Statistical methods were used absolute and relative frequencies and test hypotheses test was used goodness of fit chi-square.

Results: 67.9% of respondents reported that after every physiological childbirth practice at their workplace immediate contact with their mothers and newborns. 56.4% of respondents say that their work enables immediately after birth the newborn on the mother's bare belly. 17.9% of respondents stated that the mother and newborn conceals as a single unit. Once a year, 71.8% of respondents attend lectures / conferences on the issue. Interest in this subject with an active search for information has 35.9% of the respondents.

Conclusion: Most N / M supporters are bonding (96.1%). At selected sites carry some of the interventions to promote bonding, according to the possibilities of their workplace. Interest N / M learn in this issue negatively affects the length of the practice performed (the shorter practice, the greater the effort to further educate).

Key Words: bonding, Czech maternity hospital, midwives, nurses, natural birth

Úvod

Termín „bonding" se začíná objevovat v 70. letech minulého století, u nás cca o dvě desetiletí později, v souvislosti s rostoucí propagací tzv. přirozeného porodu. Tento přístup není nový, v podstatě se jedná o návrat k porodu před nástupem medicínského přístupu (kdy rodička se stala pacientkou).

Co tento termín vlastně znamená? Slovo bonding se dá do češtiny přeložit jako připoutání, lepení. Slovní základ bond v překladu z angličtiny znamená pouto, spoj či svazek.

Gaskin, 2010 (s. 202) pojem bonding definovala takto: *„Bonding je původní a okamžité spojení mezi matkou a dítětem, stmelení emocionálních a fyzických svazků mezi rodičem a dítětem, nezbytné pro zajištění mateřské péče potřebné pro přežití novorozence"*.

Další definice od jiných autorů říká, že se jedná o proces, kdy se tvoří vztah mezi maminkou a miminkem. Každá matka a dítě se k sobě vztahují již před porodem. Budují se základy emočních vazeb, základy láskyplného vztahu, který naplno exploduje v hormonálně nabité situaci při porodu. (Mrowetz et al., 2011, s. 18)

V 70. letech 20. století poprvé užili termín bonding dva američtí pediatři Marschal Klaus a John Kennel. Popsali teorii vysvětlující význam prvního kontaktu matky s dítětem. Klaus a Kennel se domnívali, že existuje biologicky naprogramované období, které začíná ihned po porodu a trvá asi dalších 12 hodin a že v tomto období budují matky a novorozenci základy svých emočních vazeb a základy láskyplného vztahu. (Svachová, Dušová, 2014)

Autoři Matějček a Langmeier (1986, s. 146) ve své publikaci uvádí, že nejlepší místo pro narozené dítě je právě břicho matky, kvůli teplu jejího těla, jeho plnosti, měkkosti a kvůli tomu, jak se zvedá a klesá v rytmu dýchání. Novorozenec by měl být položen na matku bříškem dolů, aby se mu zbytečně nenapínala dosud stále ohnutá páteř. Dítě se tak poprvé setkává s dotyky své matky, díky nimž matka konečně objevuje sebe samu a zároveň zažívá splynutí toho, co bylo uvnitř ní a co je nyní vně, nikoli ale mimo ni.

Mrowetz et al. (2011, s. 21) poukazuje ve své publikaci na důležitost stálého nebo maximálně možného kontaktu matky s novorozencem. Ihned po porodu by se tedy mělo nahé a neomyté dítě položit na holou hruď matky. Dále tvrdí, že kontakt kůže na kůži přispívá

k poporodní adaptaci novorozence a také zaručí dítěti potřebné teplo. Důležitou součástí bondingu je také zajistit matce možnost dívat se dítěti do očí, tedy podložit jí hlavu. Podporu bondingu je třeba zahájit co nejdříve, ještě před přestřižením pupeční šňůry.

S rostoucím zájmem se objevují, především na webových stránkách, podrobnější informace, které vedou k požadavku rodiček umožnit jim techniky bondingu při vlastním porodu. Porodnice k této výzvě přistupují odlišně.

Podpora bondingu by měla být zcela přirozenou součástí poporodního období, pokud je to přání rodičů a průběh porodu byl normální. Z tohoto důvodu jsme se pokusili zjistit, jak tato podpora probíhá v některých vybraných porodnicích.

Cíl

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, do jaké míry je praktikován bonding na vybraných pracovištích porodního sálu (po fyziologickém porodu).

Dalším cílem bylo zmapovat, jak jsou dětské sestry / porodní asistentky nakloněny podpoře bondingu na svých pracovištích.

Posledním cílem výzkumu bylo ověřit zájem dětských sester / porodních asistentek o aktivní získávání ověřených EBP informací v oblasti bondingu.

Metodika

Sledovaný vzorek respondentů zastupují v tomto výzkumném šetření dětské sestry a porodní asistentky, které pracují na porodním sále a na oddělení fyziologických novorozenců. Primárně byly osloveny vrchní popř. staniční sestry, které dále oslovily porodní asistentky a dětské sestry na svých pracovištích. Do výzkumného šetření byly zařazeny porodní asistentky a dětské sestry, které dobrovolně souhlasily s účastí na výzkumném šetření a s vyplněním dotazníku. Výběr respondentek neměl žádná kritéria, nebyl tedy stratifikován věkem, vzděláním ani délkou vykonávané praxe. Soubor respondentek byl tvořen 40 porodními asistentkami a 38 dětskými sestrami.

Porodní asistentky a dětské sestry byly osloveny ve čtyřech nemocnicích Ústeckého kraje. Základním metodickým aparátem výzkumu bylo dotazníkové šetření pomocí validovaného strukturovaného dotazníku s reliabilitou k > 0,8. Dotazník byl vlastní konstrukce a byl tvořen 22 různými otázkami. Celkem bylo použito 12 uzavřených otázek, otázek polouzavřeného typu bylo 7 a zbylé 3 otázky byly typu otevřeného. Dotazník se zaměřoval na tři oblasti: 1. přístup k bondingu na pracovišti, 2. vzdělávání v dané problematice, 3. demografické údaje.

U všech otázek mohly porodní asistentky a dětské sestry označit pouze jednu odpověď. Před finální distribucí dotazníku, byl proveden pilotní průzkum. Dotazník byl rozdán pěti porodním asistentkám a 5 dětským sestrám. Kvůli získání indexu reliability byl rozdán ještě jednou zhruba za 14 dní identické skupině respondentek. Pomocí Cohenova koeficientu kappa byla zkoumána reliabilita dotazníku. Cohenův koeficient kappa vyšel v průměru 0,83, což znamená výbornou shodu.

Vlastní výzkumné šetření bylo realizováno v průběhu roku 2013. V tomto období bylo distribuováno celkem 95 dotazníků. Návratnost dotazníků byla 82,1 %. Poté se vyhodnocovala získaná data.

Při vyhodnocování získaných dat byly použity statistické metody absolutní a relativní četnosti a pro ověření hypotéz byl použit korelační test dobré shody chí-kvadrát na hladině významnosti 0,05.

Výsledky byly zpracovány v programu MS Excel.
V rámci výzkumného šetření byly stanoveny 2 hypotézy:

$H1_A$: Existuje statisticky významný vztah mezi vykonávanou profesí (porodní asistentka / dětská sestra) a zájmem o další vzdělávání v dané problematice.

$H1_0$: Neexistuje statisticky významný vztah mezi vykonávanou profesí (porodní asistentka / dětská sestra) a zájmem o další vzdělávání v dané problematice.

$H2_A$: Existuje statisticky významný vztah mezi délkou praxe (pod 15 let / nad 15 let) a zájmem o další vzdělávání v dané problematice.

$H2_0$: Neexistuje statisticky významný vztah mezi délkou praxe (pod 15 let / nad 15 let) a zájmem o další vzdělávání v dané problematice.

Při vyhodnocování hypotéz jsme se zaměřili na dva aspekty:
1. zájem o nové informace v dané problematice (zájem s aktivním vyhledáváním informací; zájem pouze po předložení informací a nezájem o dané téma)
2. frekvence účasti na odborných přednáškách / konferencích na dané téma

Výsledky
Výzkumného šetření se účastnilo 42,3 % respondentek se středoškolským vzděláním, 39,7 % s vyšším odborným vzděláním a 17,9 % s vysokoškolským vzděláním.

Méně jak 5 let praxe mělo 12,8 % respondentek, 5 – 15 let praxe 29,5 % a více jak 15 let praxe 57,7 % respondentek (viz tab. 1). Typická respondentka měla středoškolské vzdělání a 18,5 let praxe.

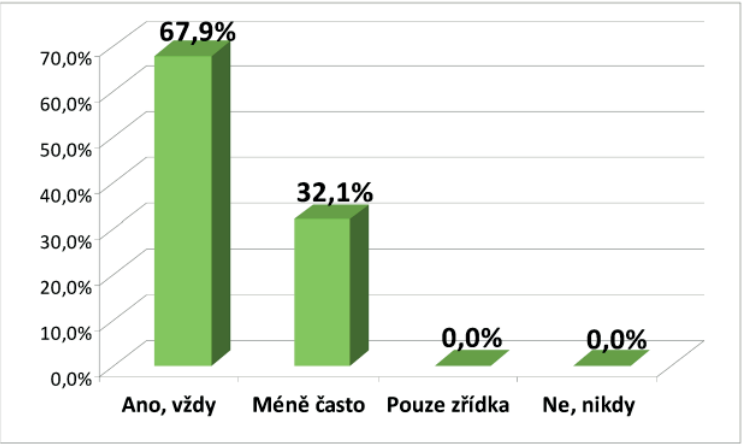
Tab. 1 Délka praxe respondentek

Odpověď	n_i	f_i
< 5 let	10	12,8 %
5 – 15 let	23	29,5 %
> 15 let	45	57,7 %
Σ	78	100 %

Z analýzy dat vyplývá, že 64,1 % respondentek se během své praxe setkalo s termínem bonding, 19,2 % se s ním setkalo pouze okrajově a 16,7 % respondentek uvedlo, že se s termínem bonding nikdy nesetkalo. Respondentky, které se již s termínem bonding setkaly (65 respondentek), ho měly vlastními slovy vysvětlit. Správnou odpověď uvedlo 64,6 % respondentek, špatnou 30,8 % respondentek a 4,6 % respondentek neodpovědělo.

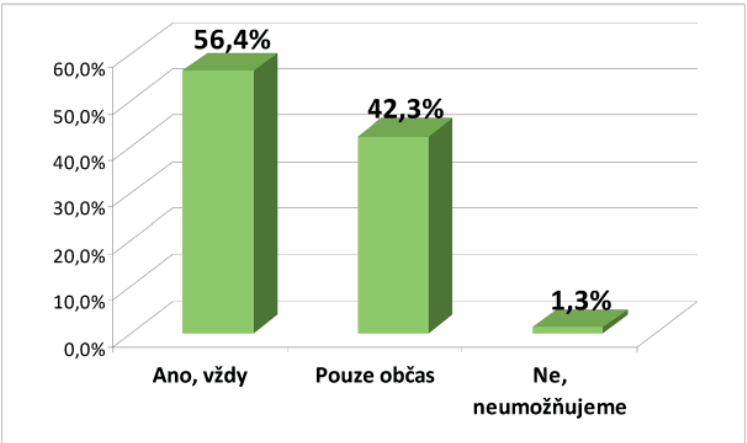
67,9 % respondentek uvedlo, že po každém fyziologickém porodu praktikují na jejich pracovišti bezprostřední kontakt matky a novorozence. 32,1 % uvedlo, že ho nepraktikují tak často a odpovědi pouze zřídka a ne, nikdy neuvedla žádná z respondentek (viz graf 1).

Obr. 1 Praktikujete na Vašem pracovišti po fyziologickém porodu podporu bezprostředního kontaktu matky a novorozence?



56,4 % respondentek tvrdí, že jejich pracoviště umožňuje ihned po porodu položení novorozence na matčino nahé břicho. 42,3 % uvádí, že toto umožňují pouze občas a 1 respondentka (1,3 %) tvrdí, že jejich pracoviště toto neumožňuje vůbec (viz graf 2).

Obr. 2 Umožňujete na Vašem pracovišti po fyziologickém porodu položení novorozence na matčino nahé břicho?



První ošetření novorozence probíhá dle 11,5 % respondentek na těle matky a je s ní po celou dobu na porodním sále. 37,2 % tvrdí, že je novorozenec ošetřen mimo tělo matky, následně je s ní po celou dobu na porodním sále. 38,5 % respondentek uvádí, že je novorozenec ošetřen mimo tělo matky, matce ukázán a poté uložen do postýlky vedle ní. První

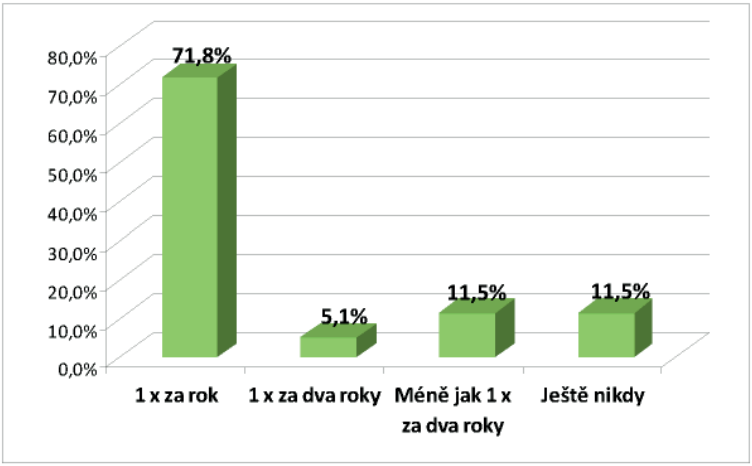
ošetření novorozence mimo tělo matky, přiložení k prsu a následné odnesení novorozence se praktikuje na pracovištích u 12,8 % respondentek.

91 % respondentek uvedlo, že první přiložení novorozence k prsu se provádí ihned po prvním ošetření, 3,8 % uvedlo, že do hodiny po porodu a 5,1 % do dvou hodin po porodu. Odpovědi do 12 hodin po porodu a za více jak 12 hodin po porodu neuvedla žádná z respondentek (0 %).

17,9 % respondentek uvádí, že matku a novorozence přikrývají jako jednu jednotku (jednou dekou), 30,8 % tvrdí, že každý má svou přikrývku, ale dítě je u matky a 51,3 % respondentek uvádí, že dítě má svou přikrývku a je buď v postýlce u matky nebo na novorozeneckém oddělení.

Jednou za rok se 71,8 % respondentek účastní odborné přednášky / konference zaměřených na kontakt matky a novorozence po porodu. Jednou za dva roky se těchto přednášek / konferencí účastní 5,1 % respondentek, méně jak jednou za dva roky 11,5 %. Žádné takové akce se ještě nikdy nezúčastnilo 11,5 % respondentek (viz graf 4).

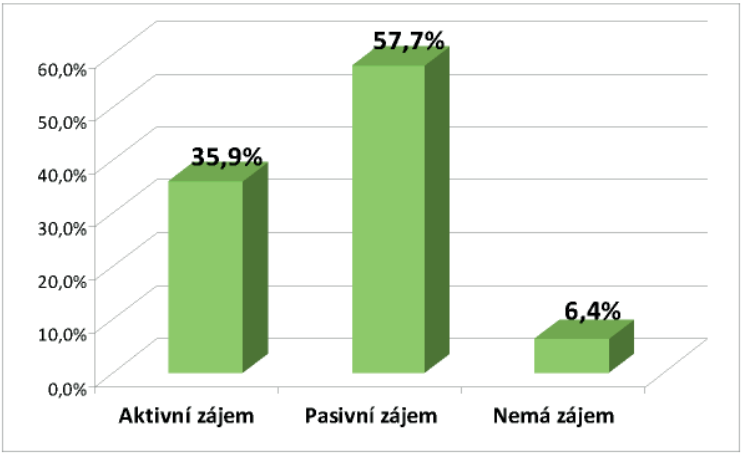
Obr. 4 Jak často se účastníte přednášek / konferencí zaměřených na kontakt matky a novorozence po porodu?



61,6 % respondentek má dojem, že přednášek / konferencí na téma „bezprostřední kontakt matky a novorozence po porodu“ je dostatek. Naopak 7,7 % respondentek má pocit, že jich je nedostatek a 30,8 % respondentek nemá na množství přednášek / konferencí vyhraněný názor.

Zájem o toto téma s aktivním vyhledáváním informací má 35,9 % respondentek. 57,7 % respondentek se o toto téma zajímá, pouze pokud jim jsou informace někým předloženy. A 6,4 % respondentek uvedlo, že se o dané téma nezajímá (viz graf 5).

Obr. 5 Zajímáte se vy sama o toto téma?



51,3 % respondentek je příznivcem bezprostředního kontaktu matky s novorozencem. Spíše ano odpovědělo 44,9 % respondentek, 2,6 % respondentek neví a 1,3 % respondentek uvedlo spíše ne. Možnost ne neuvedla žádná respondentka.

Na základě korelační analýzy (chí-kvadrát test) se u první hypotézy statisticky významný rozdíl nepotvrdil ani v jednom ze sledovaných aspektů (frekvence účastí na odborných přednáškách / konferencích – x^2 = 0,5187; zájem o nové informace a způsobu jejich vyhledávání – x^2 = 0,7621).

Přijímáme tedy hypotézu $H1_0$: *Neexistuje statisticky významný vztah mezi vykonávanou profesí (porodní asistentka / dětská sestra) a zájmem o další vzdělávání v dané problematice.*

Naopak v případě druhé hypotézy se na základě korelační analýzy (chí-kvadrát test) statisticky významný rozdíl prokázal v obou sledovaných aspektech (frekvence účastí na odborných přednáškách / konferencích – x^2 = 0,0013; zájem o nové informace a způsob jejich vyhledávání – x^2 = 0,00000000033).

V tomto případě přijímáme $H2_A$: Existuje statisticky významný vztah mezi délkou praxe (pod 15 let / nad 15 let) a zájmem o další vzdělávání v dané problematice.

Diskuze

S termínem bonding se během své praxe setkalo 64,1 % respondentek. Ale z těchto respondentek zná správně význam slova bonding 64,6 %. To znamená, že z celkového počtu dotazovaných respondentek zná správně význam slova bonding 53,8 %. Tento fakt je poněkud zvláštní vzhledem k tomu, že z celkového počtu respondentek se pravidelně 1 x ročně účastní odborných konferencí / přednášek na toto téma 71,8 % z nich. V tomto případě jsme za správné považovali všechny odpovědi, ve kterých se objevila podpora prvního kontaktu matky s novorozencem, podpora vztahu matky s novorozencem, proces utváření vztahu matky s novorozencem či bezprostřední kontakt matky s novorozencem, a to vše v poporodním období.

Respondentky uváděly, že na jejich pracovišti umožňují po fyziologickém porodu bezprostřední kontakt matky s novorozencem pokaždé (67,9 %) a méně často (32,1 %). Dále uváděly, že umožňují položení novorozence na matčino nahé břicho vždy (56,4 %), pouze občas (42,3 %) a nikdy (1,3 %). Přičemž ale 51,3 % respondentek uvádí, že novorozenec je po porodu přikryt vlastní přikrývkou a je v postýlce vedle matky nebo na novorozeneckém oddělení. Z toho je patrné, že bezprostřední kontakt po porodu neprobíhal vždy ve formě položení novorozence na břicho.

Dále z našeho výzkumného šetření vyplývá, že se na pracovištích sice umožňuje bezprostřední kontakt matky s novorozencem a novorozenec bývá většinou položen na matčino nahé břicho, ale tyto kontakty netrvají po celou dobu trvání poporodního období. Novorozenec je v přímém kontaktu s matkou v celém poporodním období pouze podle 48,7 % respondentek.

Mrowetz (2010, [online] [cit. 2015-01-20]) ve svém výzkumu uvádí, že v současné moderní době zažije podporu bondingu při porodu v ČR asi jedna třetina českých matek, méně než třetina je v přerušovaném kontaktu a více než třetina nemá první dvě hodiny žádný kontakt se svým dítětem".

Láníčková (2013, s. 64) ve své práci uvádí, že většině dotazovaných respondentek byl kontakt s dítětem umožněn v průměru 1 – 1,5 hodiny po porodu (65 %). U 27 % dotazovaných trval kontakt s dítětem velmi krátce (10 – 15 minut).

Láníčková (2013, s. 63 – 64) také uvádí, že 56 % respondentek tvrdí, že iniciace při podpoře bondingu vycházela ve většině případů od porodní asistentky. 81 % respondentek velmi kladně hodnotilo ochotu porodní asistentky při podpoře bondingu. Zároveň ale uvádí, že ve většině případů (57 %) porodní asistentky neposkytly ženám předem informace o bondingu.

Díky našemu výzkumnému šetření je očividné, že dotazované porodní asistentky a dětské sestry jsou příznivci bondingu (96,1 %). V nedostatečné podpoře hraje zřejmě také svou roli již zaběhnutý rutinní systém na oddělení a zodpovědnost personálu za novorozence.

Nahidi F. et kol. (2014, s. 110 – 111) publikovali výsledky svého výzkumného šetření z teheránských porodnic. Zjišťovali názory porodních asistentek na to, co zvyšuje kvalitu „skin-to-skin contact" (kontaktu kůže na kůži). Výsledky výzkumu ukazují, že dle porodních asistentek zvyšuje kvalitu kontaktu kůže na kůži např.: naplánovaní průběhu prvního kontaktu po porodu (90,4 %), soukromý prostor (97,9 %), vhodné porodnické lůžko (82,5 %), přítomnost edukovaného partnera u porodu a po porodu (82,5 %), spolupracující tým na porodním sále (96,9 %). Dále uvádějí, že 97,3 % dotazovaných porodních asistentek se snaží zajistit na porodním sále podmínky, které podporují kontakt kůže na kůži.

Analýzou našich dat jsme dále zjistili, že aktivně si informace k dané problematice vyhledává 35,9 % respondentek a jak již bylo výše napsáno, odborných konferencí / přednášek se účastní 1 x ročně 71,8 %.

U zkoumaného vzorku respondentek se neprokázal statisticky významný vztah mezi vykonávanou profesí (porodní asistentka / dětská sestra) a zájmem o další vzdělávání se v dané problematice. Dotazované porodní asistentky i dětské sestry tedy mají stejný zájem se dále vzdělávat.

Dále jsme prokázali statisticky významný vztah mezi délkou praxe (pod 15 let / nad 15 let) a zájmem o další vzdělávání v dané problematice. Ze získaných dat tedy vyplývá, že respondentky s délkou praxe pod 15 let se častěji účastní odborných přednášek / konferencí a více si sami aktivně vyhledávají informace k dané problematice než respondentky s délkou praxe nad 15 let.

I zkušená porodní asistentka a dětská sestra s letitou praxí se má stále co učit a je tedy na místě, aby se ve svém oboru nadále vzdělávala. A to nejen z důvodu, že celoživotní vzdělávání je dáno legislativně.

Je nám jasné, že účast na odborných konferencích / přednáškách je časově i finančně náročná záležitost. Management zdravotnického zařízení by měl tedy podporovat tyto aktivity, zvláště v době humanizace porodnictví a kladení důrazu na spokojenost klientů nejen po fyzické stránce.

Závěr

Výzkumným šetřením se zjistilo, že většina dotazovaných porodních asistentek / dětských sester (96,1 %) mají k bondingu pozitivní vztah a snaží se více či méně bonding na svých pracovištích dle daných podmínek podporovat a provozovat.

Informace k dané problematice si samo aktivně vyhledává 35,9 % respondentek. Odborných konferencí / přednášek na dané téma se pravidelně jednou ročně účastní 71,8 % respondentek.

V našem výzkumném šetření se neprokázal statisticky významný vztah mezi vykonávanou profesí (porodní asistentka / dětská sestra) a zájmem o další vzdělávání v dané problematice. Statisticky významný vztah jsme prokázali mezi délkou praxe (pod 15 let / nad 15 let) a zájmem o další vzdělávání v dané problematice. Respondentky s délkou praxe pod 15 let mají větší zájem si aktivně vyhledávat informace a více se účastnit odborných konferencí / přednášek než respondentky s praxí delší jak 15 let.

Podpora bondingu je boj s rutinou některých pracovišť. Je nutno však také vzdělávat rodičky o podmínkách, za kterých je možné techniky bondingu aplikovat bez rizika poškození jak dítěte, tak matky. V současné době by bylo na místě přepracovat standardy ošetřovatelské péče a zahrnout podporu bondingu jako běžný standard péče při normálním porodu.

Začít podporovat bonding na porodním sále může každý, kdo je u porodu přítomen. Nic to nestojí, jenom je potřeba se rozhodnout a přijmout podporu bondingu jako normu a součást péče.

Etické aspekty

Při provádění výzkumného šetření se postupovalo podle etických zásad. Od provozovatelů zdravotnických zařízení se získaly informované souhlasy o umožnění výzkumného šetření. Vyplněním dotazníku respondentky souhlasily s účastí ve výzkumném šetření. Byla dodržena anonymita respondentek.

Bibliografické odkazy

GASKIN, Ina May. *Zázrak porodu.* 1. vyd. Příbram: One Press Woman, 2010, 475 s.
ISBN 978-80-86356-48-8.

LÁNÍČKOVÁ, Hana. *Podpora bondingu ve Fakultní nemocnici Brno*. Brno, 2013, s. 88. Bakalářská práce. Masarykova univerzita Brno. Lékařská fakulta. Katedra porodní asistence. Vedoucí práce: Mgr. Miloslava Kameníková.

MATĚJČEK, Zdeněk, LANGMEIER, Josef. *Počátky našeho duševního života*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1986, s. 365. ISBN neuvedeno.

MROWETZ, Michaela. 2010. *Porod – připoutejte se prosím!: Aneb bonding pomáhá dětem i matkám.* In: Www.azrodina.cz [online]. 12. 4. 2010 [cit. 2015-01-20]. Dostupné z: http://www.azrodina.cz/3509-porod-pripoutejte-se-prosim.

MROWETZ, Michaela, CHRASTILOVÁ Gauri, ANTALOVÁ, Ivana. *Bonding – porodní radost.* 1. vyd. Praha: Dharma Gaia, 2011, 279 s. ISBN 978-80-7436-014-5.

NAHIDI, Fatemeh, TAVAFIAN, Sadat, Sedigheh, HAIDARZADE, Mohammad, HAJIZADEH, Ebrahim. Opinions of the Midwives about Enabling Factors of Skin-To-Skin Contact Immediately after Birth: A Descriptive Study. *Journal of Family & Reproductive Health.* Teheran: Tehran University of Medical Sciences, 2014, 8(3), 107 – 112. ISSN 1735-8949.

SVACHOVÁ, Vendula, DUŠOVÁ, Bohdana. 2014. Emoční poruchy u žen v postnatálním období. In: *Zdravotnické noviny.* Zdravotnictví a medicína. [online]. Praha: Mladá fronta, 19(4). [cit. 2015-01-20]. ISSN: 1805-2355 Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/emocni-poruchy-u-zen-v-postnatalnim-obdobi-477589.

Mgr. Alena Hamanová
Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem
Univerzita Palackého v Olomouci (doktorské studium)
E-mail: alena.hamanova@ujep.cz

Mgr. Ludmila Lamplotová
Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem
E-mail: ludmila.lamplotova@ujep.cz

Mgr. Ivana Lamková, Ph.D.
Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem
E-mail: ivana.lamkova@ujep.cz

Využití vybraných edukačních metod pro nácvik hygieny rukou u studujících

Hejnová A.[1]; Moravcová M.[1]

[1]Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Abstrakt

Úvod: Hygiena rukou je jednou z metod prevence vzniku nozokomiálních nákaz. Důležitou roli hraje správné provádění hygienické dezinfekce rukou ve správný čas a správnými postupy a prostředky. Již v průběhu přípravy na budoucí nelékařské zdravotnické povolání si musí studující osvojit správné provádění techniky a především přijmout ten fakt, že pouze pravidelné a důsledné užívání hygienické dezinfekce rukou zdravotnického personálu má žádoucí efekt.

Cíl: Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda budou respondenti po užití vybraných edukačních metod pro nácvik hygieny rukou lépe informováni a zda budou lépe zvládat hygienickou dezinfekci rukou.

Metoda: Pro získání dat byla použita metoda pre-testu a post-testu zaměřeného na znalosti související s technikou hygienické dezinfekce rukou. Úroveň provedené hygienické dezinfekce rukou byla u respondentů zhodnocena pomocí přístroje Derma LiteCheck®. Jako edukační metoda byla použita metoda přednášky s názornou elektronickou prezentací.

Výsledky: Celkem 21 % respondentů dosáhlo při evaluaci v post-testu 100% výsledků. Při praktickém provádění hygienické dezinfekce rukou a její kontroly u respondentů došlo po proškolení k výraznému zlepšení.

Závěr: Na základě získaných výsledků lze zkonstatovat, že u respondentů došlo za užití daných edukačních metod k nárůstu znalostí a praktických dovedností souvisejících s hygienou rukou.

Klíčová slova: *edukace, hygiena rukou, metody edukace, studující*

Abstract

Introduction: Hand hygiene is one of the methods of prevention of nosocomial infections. The important role played good hygienic hand disinfection at the right time and on the right conditions. Already during the preparations for future healthcare professions students must acquire the proper implementation techniques and foremost accept the fact that only regular and consistent use of hygienic hand disinfection of medical staff has the desired effect.

Aim: The aim of the research was to determine whether respondents will be after the use of selected educational methods for practicing hand hygiene will be better informed and that will better do hygienic hand disinfection.

Method: For data acquisition method was used pre-test and post-test focused on knowledge related with technique hygienic hand disinfection. Level of performance as hygienic hand disinfection was among respondents evaluated using the device Derma LiteCheck®. As an educational method were used lectures with visual electronic presentations.

Results: A total of 21% respondents achieved in the evaluation of the post-test 100% of the results. In the practical implementation of hygienic hand disinfection and control among respondents has been to significant improvements.

Conclusion: Among respondents was increased the knowledge and skills associated with hand hygiene.

Key Words: education, hand hygiene, methods of education, students

Úvod

Hygiena rukou je jednou z nejúčinnějších metod prevence nozokomiálních nákaz (dále NN). Vzhledem k tomu, že více jak 60 % NN je přenášeno rukama zdravotnického personálu, je důležité, aby zdravotníci tuto metodu dobře znali a důsledně ji prováděli (Maďar, 2006, s. 148).

Nozokomiální nákazy se i při vysoké úrovni dnešní zdravotnické péče drží stále na poměrně vysoké úrovni výskytu. Výskyt NN mohou ovlivňovat vnitřní či vnější faktory. Mezi vnitřní faktory řadíme především věk pacientů (z něhož jsou nejrizikovější především novorozenci a dospělí nad 60 let), životospráva jedince, nádorová onemocnění, obezita nebo opačně malnutrice. Dále jsou rizikoví zejména pacienti s diabetem mellitem, polytraumaty, popáleninami, pacienti s HIV pozitivitou apod. Z vnějších faktorů je to pak například délka hospitalizace, operace, transplantace, intubace, invazivní vstupy, endoskopie, chemoterapie a radioterapie (Maďar, 2006, s. 16-17).

Nákazy jsou přenášeny dvěma cestami a to přímou a nepřímou. Mezi přímé cesty přenosu nákazy jsou řazeny zejména ruce zdravotníků a kapénkové infekce. Nepřímé cesty přenosu jsou skrze odolné mikroorganismy vyskytující se na kontaminovaných předmětech, ve stravě, krevních derivátech nebo se šíří vzduchem pomocí klimatizace či zvlhčovače vzduchu. Hlavním zdrojem nákazy je návštěvník, pacient nebo zdravotnický personál (Jedličková, 2012, s. 117-118).

Hygienická dezinfekce rukou slouží k odstranění nanesené přenosné mikroflóry z pokožky rukou. Při této technice nanášíme alkoholový dezinfekční prostředek na kůži a ruce již neoplachujeme. Hygienická dezinfekce rukou je oproti hygienickému mytí mnohem účinnější a vede k větší redukci mikroflóry na pokožce. Dezinfekci rukou provádíme zejména po manipulaci s biologickým materiálem, použitým prádlem, či kontaminovanými předměty. Dále vždy dezinfikujeme ruce před a po styku s pacientem a jeho okolím, před aseptickými postupy, před zahájením invazivních zákroků, při kontaktu s krví či infekčním onemocněním (Melicherčíková, 2007, s. 39, Wendsche, 2012, s. 47).

Důležitou roli hraje správné provádění hygienické dezinfekce rukou ve správný čas a správnými prostředky. Již v průběhu přípravy na budoucí nelékařské zdravotnické povolání si musí studující osvojit správné provádění techniky a především přijmout ten fakt, že pouze pravidelné a důsledné užívání hygienické dezinfekce rukou zdravotnickým personálem má žádoucí efekt. Proto jsme výzkum zaměřily již na studující nelékařských zdravotnických povolání, abychom zjistily jejich znalosti, dovednosti a návyky ohledně hygieny rukou, případně jejich neznalost doplnily.

Cíl

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda budou respondenti po užití vybraných edukačních metod pro nácvik hygienické dezinfekce rukou lépe informováni a zda budou lépe zvládat hygienickou dezinfekci rukou. Autorky si daly za cíl rovněž posoudit využití použitých edukačních metod – přednášky, evaluace formou pre- a post-testu a evaluace pomocí kontroly správného provedení hygienické dezinfekce rukou přístrojem Derma LiteCheck®.

Metodika

Výzkumné šetření proběhlo v listopadu 2014. Do výzkumu se zapojilo celkem 73 respondentů – studujících 2. ročníku bakalářských studijních oborů Porodní asistentka a Všeobecná sestra Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Pro získání dat byla použita metoda pre-testu a post-testu zaměřeného na znalosti související s technikou hygienické dezinfekce rukou. Respondenti vyplnili pre-test a provedli dezinfekci rukou, která byla zhodnocena pomocí přístroje Derma LiteCheck®, který po nasvícení rukou zviditelní nevydezinfikovaná místa. Následně byli respondenti v hygieně rukou proškoleni formou přednášky s názornou elektronickou prezentací. Po zaškolení byl respondentům předložen post-test. V poslední fázi provedli respondenti opět hygienickou dezinfekci rukou, která byla opět zhodnocena přístrojem Derma LiteCheck®. Výsledky byly poté zkompletovány a vyhodnoceny pomocí metod popisné statistiky.

Výsledky

Studující odpovídali v pre-testu i post-testu celkem na 14 otázek, z nichž bylo 9 otázek testovacích ohledně znalostí hygieny rukou a 5 otázek se týkalo jejich názoru a zkušeností s hygienou rukou.

Testovací otázky byly zaměřeny na správný postup mytí rukou, hygienickou a chirurgickou dezinfekci rukou a nozokomiální nákazy. Jednalo se o položky uzavřené s možností výběru odpovědi. Pouze položky zaměřené na znalosti a názory respondentů o nozokomiálních nákazách a jejich názorech na danou problematiku byly otevřené s možností volné odpovědi.

Každá správně zodpovězená otázka byla ohodnocena jedním bodem. Celkově mohli respondenti dosáhnout až 9 bodů. Za úspěšné zvládnutí testů jsme považovaly splnění minimálně na 5 bodů.

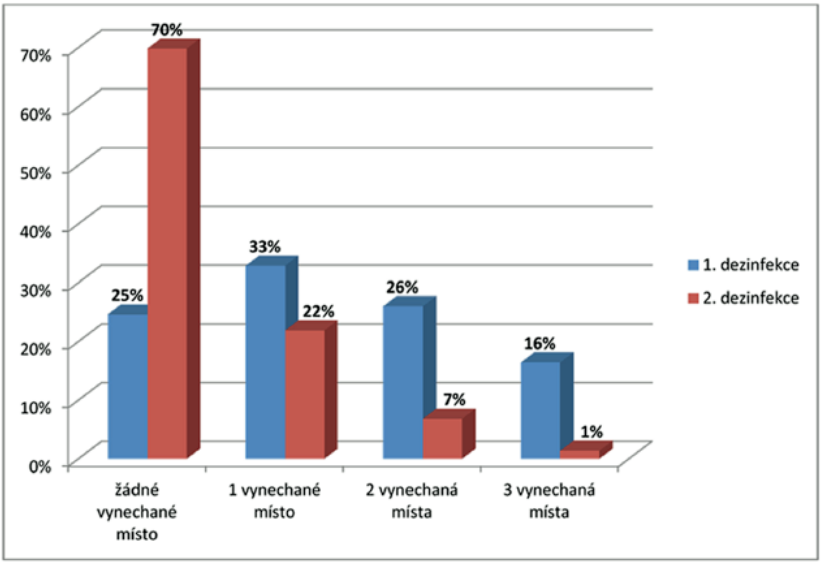
Tab. 1 Výsledky pre-testu a post-testu

	Pre-test		Post-test	
Počet bodů	**n_i**	**f_i (%)**	**n_i**	**f_i (%)**
3 body	3	4	0	0
4 body	9	12	0	0
5 bodů	16	22	2	3
6 bodů	22	30	8	11
7 bodů	19	26	23	32
8 bodů	**4**	**5**	**25**	**34**
9 bodů	0	0	15	21
Celkem	73	100	73	100

absolutní četnost – n_i, relativní četnost f_i (%)

Z výše uvedených výsledků (Tab. 1) vyplývá, že výsledky post-testu jsou lepší než u pre-testu. Celkem 15 (21 %) studujících dosáhlo v post-testu plného počtu, tedy 9 bodů na rozdíl od pre-testu, kde nedosáhl plného počtu bodů žádný respondent. Naopak nejmenšího počtu 3 bodů dosáhli v pre-testu 3 (4 %) respondenti. V post-testu byl nejmenší získaný počet bodů 5, kterého dosáhli 2 respondenti (3 %). Největší počet respondentů – 57 (78 %) dosáhl v pre-testu 5 – 7 bodů. U post-testu nejvíce respondentů získalo 7 – 9 bodů, jednalo se o 63 (87 %) respondentů.

Obr. 1 Výsledky provedené dezinfekce rukou u respondentů před a po zaškolení



I při praktickém provedení hygienické dezinfekce rukou došlo ke zlepšení po cílené edukaci respondentů (Obr. 1). Pomocí přístroje Derma LiteCheck® byl hodnocen výskyt míst, která respondenti v průběhu provádění hygienické dezinfekce rukou vynechali. Před proškolením provedlo dezinfekci správně 18 (25 %) studujících. Po proškolení provedlo správně hygienickou dezinfekci již 51 (70 %) respondentů. Nesprávně dezinfikované ruce (3 vynechaná místa) mělo před proškolením 12 (16 %) respondentů, po školení to byl 1 (1 %) respondent. Jedno a dvě vynechaná místa považujeme rovněž za ne zcela správně provedenou dezinfekci rukou. Při prvním praktickém provedení to bylo 59 % respondentů, po cílené edukaci při druhém provedení již 29 % respondentů.

Diskuze

V průběhu výzkumného šetření jsme se zaměřily na provádění hygienické dezinfekce rukou u studujících nelékařských zdravotnických povolání. Zároveň jsme provedly výběr a posoudily využití vhodných edukačních metod pro nácvik hygienické dezinfekce rukou.

Důkazem důležitosti správné a pravidelné edukace zaměřené na hygienickou dezinfekci rukou u zdravotníků je i přítomnost těchto pravidel v akreditačních standardech pro zdravotnická zařízení Spojené akreditační komise (SAK) či Joint Commission International (JCI) (SAK, 2013).

Vzhledem ke skutečnosti, že hygienická dezinfekce rukou je jednou z rutinních každodenních činností zdravotníka, je nutné se v rámci edukace zaměřit na motivaci, správné provádění a evaluaci celého procesu. Z hlediska motivace je důležité především zakořenit u všech zdravotnických pracovníků důvody správného provádění hygienické dezinfekce rukou a zároveň i důsledky nedůslednosti či nesprávného postupu. V průběhu testování znalostí respondentů položky zaměřené na nozokomiální nákazy byly ve většině případů zodpovězeny správně. Studující vybraných nelékařských zdravotnických povolání chápou důležitost hygieny rukou jako součásti jejich práce ve zdravotnických zařízeních a projevili zájem o zlepšení svých znalostí a dovedností.

Hygienickou dezinfekcí rukou se zabýváme i z důvodu zkušeností s prováděním hygienické dezinfekce rukou u studujících na školních odborných pracovištích Fakulty zdravotnických studií. Stále dochází při kontrole provádění hygienické dezinfekce rukou pomocí stěrů v průběhu odborné praxe k detekci nesprávně či nedůsledně prováděné hygienické dezinfekce rukou.

Závěr

Na základě získaných výsledků lze zkonstatovat, že u respondentů došlo za užití daných edukačních metod k nárůstu znalostí a praktických dovedností souvisejících s hygienou rukou. Jejich znalosti před proškolením lze hodnotit jako průměrné. Po proškolení byly již nadprůměrné, téměř 100%. Respondentům byla vyjasněna problematika hygienické a chirurgické dezinfekce rukou, která jim byla nejasná, resp. neprovádí ji automaticky a bezchybně.

Zvolené edukační metody lze považovat za vhodné pro nácvik a osvojení si souvisejících znalostí s hygienickou dezinfekcí rukou. Domníváme se, že je možné tuto koncepci edukace uplatnit i u pracovníků ve zdravotnictví, nejen u studujících.

Zároveň považujeme jako vhodný edukační prostředek názorné edukační materiály, které by měly být součástí každého pracoviště, kde se hygienická dezinfekce rukou provádí. V neposlední řadě je velmi důležitá správná motivace a vědomí důležitosti všech preventivních opatření, v našem případě hygienické dezinfekce rukou.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Z hlediska případného konfliktu zájmu jsme neshledaly žádné okolnosti, které by základní principy publikování ohrožovaly. Tato publikace vznikla v rámci projektu SGSFZS01/2014 Kvalita péče ve zdravotnických zařízeních 2014 v rámci Studentské grantové soutěže Univerzity Pardubice a obě autorky spolupracovaly na tvorbě publikace.

Před začátkem výzkumného šetření byli respondenti osloveni a byl jim účel a průběh šetření vysvětlen. Vyplněním pre-testu respondenti vyjádřili svůj souhlas s účasti ve studii.

Bibliografické odkazy

JEDLIČKOVÁ, J. *Ošetřovatelská perioperační péče.* 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.

MAĎAR, R; PODSTATOVÁ, R; ŘEHOŘOVÁ, J. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 180 s. ISBN 80-247-1673-9.

MELICHERČÍKOVÁ, V. *Sterilizace a dezinfekce v prevenci nozokomiálních nákaz*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 57 s. ISBN 978-80-7262-462-3.

Spojená akreditační komise. *Akreditační standardy pro nemocnice.* 3. vyd. Praha: Tigis. [online]. 2013. [cit. 2015-04-01] Dostupný z: < http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>.

WENDSCHE, P. *Perioperační ošetřovatelská péče.* 1. vyd. Praha: Galén. 2012. ISBN 978-80-7262-894-0.

Bc. Aneta Hejnová
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
e-mail: st31105@student.upce.cz

Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
e-mail: marketa.moravcova@upce.cz

Efektivita laktačního poradenství ve zdravotnických zařízeních Ústeckého kraje

Chrásková, J.[1,2]; Boledovičová, M.[3]

[1] *Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci*
[2] *Fakulta zdravotnických studií, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem*
[3] *Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích*

Abstrakt

Úvod: Dle WHO je mateřské mléko nejvhodnější potravou pro všechny děti včetně nedonošených a nemocných dětí. Aby kojení mohlo být správné, dostatečné a výlučné, je zapotřebí o něm matky efektivně poučit. Pokud mají ženy dostatečné znalosti o kojení, snižuje se riziko vzniku komplikací, obtíží a výlučné kojení bude trvat co nejdéle, nejlépe do 6. měsíce života dítěte.

Cíl: Cílem výzkumného šetření je porovnat efektivitu edukace o kojení mezi kompetentním zdravotnickým personálem a studentkou oboru porodní asistentka. Dále prokázat důležitost cíleného a kvalitně připraveného edukačního programu.

Metoda: Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 60 žen, které po porodu byly hospitalizovány na oddělení šestinedělí. První skupina 30 respondentek byla edukována studentkou a druhou skupinu (kontrolní) tvořilo také 30 respondentek, které byly edukovány kompetentním personálem zdravotnického zařízení.

Výsledky: Při statistickém zhodnocení počtu správných odpovědí, pomocí dvouvýběrového neparametrického Mann-Whitneyova testu, byla prokázána statistická významnost ve prospěch žen edukovaných studentkou.

Závěr: Laktační poradenství realizované studentkou mělo statisticky vysoce významný vliv na vědomosti matek o kojení.

Klíčová slova: *výživa novorozence, porodní asistentka, laktační poradenství, podpora kojení, efektivita.*

Abstract

Introduction: According to WHO, breast milk is the best food for all children, including premature and sick babies. So that breastfeeding could be correct, sufficient and exclusively, it is necessary for mothers to learn effectively. If women have sufficient knowledge about breastfeeding reduces the risk of complications, difficulties and exclusively breastfeeding will take as long as possible, preferably into 6 months of the child's life.

Aim: The aim of the research is to compare the effectiveness of education about breastfeeding among authorized of medical staff and student of midwifery. Further demonstrate the importance attached of targeted and well prepared educational program.

Method: The questionnaire survey was attended by 60 women who were hospitalized after childbirth in the confinement department. The first group of 30 respondents were educated by student and the second group (control) consisted of 30 respondents also that have been education competent by personnel of medical facility.

Results: On the statistical evaluation of the number of correct answers, using a two-tailed non-parametric Mann-Whitney test, it was demonstrated statistical significance in favour of women educated by student.

Conclusion: Lactation counselling realized by student had a highly significant impact on the knowledge of mothers about breastfeeding.

Key words: nutrition of newborn, midwife, lactation counselling, breastfeeding support, efficiency.

Úvod

Od porodních asistentek se v oblasti edukace očekává a zároveň požaduje kvalifikovaný přístup k ženám. Je tedy žádoucí věnovat edukaci po didaktické stránce náležitou pozornost v oblasti přípravy i v oblasti organizace. Tímto způsobem dosáhneme holistického přístupu. Nesprávně zvolené edukační metody, informace či nekvalifikovaný přístup k pacientovi mohou mít negativní dopad na množství přijatých informací pacientem, na nácvik různých činností nebo dokonce na jeho psychický stav. Kuberová (2010, s. 74) poukazuje na to, že pedagogické vlastnosti sester i porodních asistentek jsou důležitým faktorem ovlivňující edukaci. Na kvalitu edukačního procesu mohou mít pozitivní i negativní dopad. Je tedy třeba, aby si porodní asistentky osvojily a rozvíjely pozitivní přátelský vztah k edukovaným ženám a zároveň u nich rozvíjely tvořivý přístup, samostatnost, sebevzdělání a pomáhaly jim oslabovat strach z nových informací.

Pedagogické dovednosti porodních asistentek se odvíjí také od jejich schopností a vlastností. Řadíme mezi ně např. empatii, nezištnost, obětavost, morálnost, vlídnost, důvěryhodnost, trpělivost, spravedlivost. Porodní asistentka by měla být dále zkušená, počítačově gramotná, schopna řešit vzniklé problémy a schopna kooperace. K osobním vlastnostem porodních asistentek by neměla patřit lenost, zamlklost, arogance, netrpělivost, bezohlednost, nedbalost aj. (Kuberová, 2010, s. 74 – 75).

Juřeníková (2010, s. 16 – 20) dodává, že s kvalitou edukace úzce souvisí schopnosti a dovednosti sester tedy i porodních asistentek v komunikačním procesu. Schopnost správného užití jak verbální, tak nonverbální komunikace. Při verbální komunikaci bychom měli používat jednoduché, výstižné věty bez odborných pojmů přizpůsobené věku, inteligenci, schopnostem a dovednostem jedince. Paralingvistika hraje důležitou roli ve vnímání jedince. Při mluveném projevu proto dbáme na zvukové prostředky řeči. Hlasitost, rychlost řeči, přestávky v řeči, mimoslovní složky, parazitická slova a fráze a délka projevu. Mimoslovní komunikace většinou probíhá nevědomě. Pomocí nonverbální komunikace doplňujeme verbální projev, vyjadřujeme svoje názory a emoce. Řadíme sem haptiku, kineziku, gestiku, mimiku, viziku, posturologii, proxemiku, chronemiku. Dále dynamiku, image, řeč činu a rekvizity.

Na celém světě se odborníci zabývají otázkou laktačního poradenství, zda je standardní edukace o kojení, aplikovaná na odděleních šestinedělí v porodnicích po celém světě, dostatečná a efektivní. Experti v různých částech světa zkoumají a zavádějí nové intervence na podporu kojení a různé metody jak podpořit délku a výlučnost kojení. Cílem většiny studií je zjistit, zda jsou nové intervence efektivnější než ty předešlé. Ve Finsku v roce 2008 byla realizována studie, jejímž cílem bylo zjistit, zda jsou delší intervence na podporu kojení

trvající od těhotenství přes porod a následné období, efektivnější. Hannula et all. (2008) publikovali systematický přehled odborných intervencí na podporu kojení. Cílem tohoto systematického přehledu, bylo popsat způsoby profesionální podpory kojení během těhotenství, v porodnicích a po porodu. Druhým cílem bylo zhodnotit efektivitu této podpory. Mnoho studií zkoumalo různé metody podpory kojení, některé jsou úspěšné, jiné ne. Je třeba najít efektivní kombinaci těchto metod. Preferované metody v této studii byly interaktivní, zapojující matky do diskuse týkající se problémů v souvislosti s kojením. Rovněž se ukázaly jako efektivní iniciativa Baby Friendly Hospital či praktická výuka kombinovaná s podporou a podněcováním. Po porodu se jako efektivní jevily návštěvy doma, telefonická podpora a laktační centra kombinovaná s podporou "sobě rovných" (matky matkám). Odborníci WHO a UNICEF vypracovali na základě vědeckých poznatků o významu mateřského mléka pro dítě i matku účinné postupy na podporu kojení tzv. „Deset kroků k úspěšnému kojení". Podpora kojení patří k veřejnému zdraví, nejen pro lepší předpoklady kojeného dítěte ke zdraví fyzickému i psychickému. Na důležitost kojení a ochranu mateřství upozorňuje program Zdraví 21 z roku 2000, konkrétně ve třetím cíli: Zdravý start do života (Zdraví 21). Méně nemocné dítě znamená menší náklady na jeho zdravotní péči.

Cíl

Za hlavní cíl výzkumného šetření jsme stanovili zhodnocení efektivity laktačního poradenství ve vybraných zdravotnických zařízení Ústeckého kraje. Dále jsme chtěli porovnat edukaci o kojení poskytovanou zdravotnickým personálem s laktačním poradenstvím poskytnutým studentkou 3. ročníku studijního oboru Porodní asistentka.

Metodika

Sběr dat jsme realizovali dotazníkovým šetřením. Při konstrukci dotazníku jsme vycházeli z doporučeného postupu České neonatologické společnosti „Kojení donošených novorozenců" (Mydlilová, 2013, s. 95-97). Součástí doporučeného postupu je výčet znalostí a dovedností, které by matky před propuštěním z porodnice měly znát a umět. Jednotlivé položky dotazníku jsme zaměřili na vědomosti týkající se četnosti, délky kojení, správné techniky kojení a vhodných poloh při kojení. Dále jsme zjišťovali, zda matky vědí, jak se mají zachovat v případě vzniku problémů s kojením. Pro validaci dotazníku, jsme oslovili odborníky z řad laktačních poradkyň a odborných asistentů FZS UJEP, kteří se uvedenou problematikou zabývají. Vybrali jsme celkem 15 odborníků, kteří navržený dotazník posoudili. Po diskusi a doporučení z řad odborníků jsme dotazník upravili. Reliabilitu jsme určili pomocí Cohenova koeficientu kappa. Dotazník jsme předložili dvěma skupinám respondentů ze základního souboru a posuzovali jsme stupeň shody z obou zadání. Vypočítaná hodnota Cohenova koeficientu kappa byla 0,80.

Dotazníky jsme osobně distribuovali na oddělení šestinedělí. Oslovili jsme 70 žen. Jako hlavní parametr pro zařazení do studie jsme stanovili paritu respondentky. Nezohledňovali jsme vzdělání ani věk. Do výzkumného soboru jsme zařadili 60 žen (primipar) po spontánním porodu, hospitalizovaných na oddělení šestinedělí, které vyjádřily souhlasné stanovisko s vyplněním dotazníku. Deset dotazníků jsme museli pro neúplné vyplnění vyřadit. Soubor jsme pro splnění cílů práce rozdělili do dvou stejně velkých skupin. První skupině žen (kontrolní) jsme dotazníky distribuovali druhý až třetí den po porodu. V den porodu a první den po porodu, je na oddělení šestinedělí ve zdravotnických zařízeních po-

skytováno laktační poradenství dětskými sestrami, případně porodními asistentkami. Na odděleních šestinedělí, kde jsme výzkumné šetření realizovali, mají vypracovánu metodiku edukce o kojení a zdravotnická zařízení jsou vlastníky titulu Baby-friendly hospital. Druhé skupině respondentek (edukovaná skupina) jsme dotazníky distribuovali druhý den po samotné edukaci studentkou o kojení, tzn. druhý až třetí den po porodu. Edukace probíhala na pokoji ženy v dopoledních hodinách, po ranní vizitě podle jejího přání. Trvala přibližně 30 minut, přičemž ženy měly možnost položit případné dotazy a připomínky. Informace podávané ženám, byly zpracovány studentkou do edukačního materiálu o kojení, který ženy měly k dispozici. Edukační materiál obsahoval informace týkající se anatomie a fyziologie kojení, výhod a nevýhod kojení, délky a četnosti kojení, správné techniky kojení, řešení problémů s kojením a odstříkání prsů. Během přednášky studentka využila názorné metody a demonstrovala na modelu kojence správnou techniku kojení. Následně vyžila praktickou metodu, kdy ženám a jejich novorozenci pomohla zaujmout vhodnou polohu ke kojení, ukázala správnou techniku přisátí, správné držení prsu a pomohla s masáží přeplněných prsů, včetně. Na konci edukačního programu přistoupila k dialogu, pro zjištění názorů žen na edukaci a zodpověděla jejich dotazy. Vzhledem k tomu, že studentka edukaci realizovala pod naší supervizí, ženy již nebyly edukovány personálem zdravotnického zařízení.

Na podkladě stanoveného cíle studie jsme se snažili najít odpověď na výzkumnou otázku: „Jaká je účinnost, vedené cíleně připravené edukace o kojení, na znalosti primipar ve srovnání s laktačním poradenstvím realizovaným kompetentním zdravotnickým personálem“. Jako hlavní hypotézu pro výzkumné šetření jsme stanovili, že bude existovat rozdíl mezi uvedenými skupinami respondentek v cílových znalostech o problematice kojení.

Získaná data jsme zpracovali, porovnali a statisticky vyhodnotili pomocí Chí-kvadrát testu a dvouvýběrového neparametrického Mann-Whitneyova testu.

Výsledky

K interpretaci získaných dat jsme přistoupili komplexně. Výše zmíněný dotazník obsahoval 10 položek, které byly zaměřeny na znalosti žen v oblasti kojení.

Při porovnání znalostí žen z kontrolní skupiny a edukovaných žen vyplynulo, že ve všech otázkách odpovědělo správně vyšší procento žen, které byly edukované studentkou. Pokud jsme se zaměřili na statistické zhodnocení efektivity laktačního poradenství, došli jsme k závěru, že v 9 z 10 otázek byl rozdíl mezi ženami z kontrolní skupiny a edukovanými ženami shledán jako statisticky významný ve prospěch edukované skupiny žen. Zjištěná hodnota (p) byla menší než hladina významnosti (α). Pouze u otázky č. 8 (Tab. 2) byl rozdíl mezi znalostmi edukovaných a needukovaných žen, shledán jako statisticky nevýznamný ($p > \alpha$). Nejvyšší rozdíl ve znalostech respondentek byl u otázky č. 4 (Tab. 1) týkající se délky výlučného kojení.

Tab. 1 Výlučné kojení

Výlučné kojení	Kontrolní skupina		Edukované ženy	
	N_i	F_i	N_i	F_i
ukončený 4. měsíc věku dítěte	6	20	0	0
ukončený 6. měsíc věku dítěte	**13**	**43,3**	**29**	**96,7**
ukončený první rok dítěte	11	36,7	1	3,3
Σ	30	100	30	100

Správnou odpověď týkající se doporučené délky výlučného kojení označilo13 žen z kontrolní skupiny (43,3 %). 11 matek (36,7 %) se domnívalo, že je výlučné kojení doporučeno do prvního roku věku dítěte. Zbývajících šest žen (20 %) si myslelo, že by mělo být dítě plně kojeno do ukončeného 4. měsíce. 29 z 30 žen (96,7 %) označilo odpověď, že je výlučné kojení doporučeno do ukončeného 6. měsíce věku dítěte. Nesprávnou odpověď označila pouze jedna žena (3,3 %). Rozdíl ve znalostech kontrolní skupiny a edukovaných žen týkajících se délky výlučného kojení dítěte byl též prokázán jako statisticky významný. Zjištěná hodnota 0,000007 byla menší než hladina významnosti (0,05).

Naopak nejnižší rozdíl ve znalostech respondentek byl u otázky č. 8, která se týkala vhodných intervencí při bolestivém nalévání prsou.

Tab. 2 Nalévání prsou

Nalévání prsou	Kontrolní skupina		Edukované ženy	
	Ni	Fi	Ni	Fi
A	4	13,3	0	0
B	**23**	**76,7**	**28**	**93,3**
C	3	10	2	6,7
Σ	30	100	30	100

Z výsledků vyplývá, že 23 žen z kontrolní skupiny (76,7 %) označilo možnost B, což je správná odpověď. Čtyři ženy (13,3 %) by bolestivé nalévání prsou neřešily. Myslely si, že to samo odezní. Tři ženy (10 %) považovaly za správnou odpověď za C. Většina edukovaných žen (93,3 %) označilo odpověď za B. Pouze dvě edukované ženy (6,7 %) se domnívaly, že při bolestivém nalévání prsou je potřeba přikládat dítě častěji. Rozdíl ve znalostech žen z kontrolní skupiny a edukovaných žen, v otázkách vhodných intervencí při bolestivém nalévání prsou, byl shledán statisticky nevýznamný. Zjištěná hodnota 0,07 byla větší než hladina významnosti 5%.

Nakonec jsme zhodnotili počet správných odpovědí u každé respondentky zvlášť. Ke statistickému ověření jsme použili dvouvýběrový neparametrický Mann-Whitneyův test. Výsledná data prokázala, že se počet správných odpovědí u žen z kontrolní skupiny a edukovaných žen (pokusný zásah „A“ a „B“) statisticky vysoce významně lišil ($p < 0,01$). Znamená to tedy, že laktační poradenství vedené studentkou mělo statisticky vysoce významný vliv na vědomosti žen o kojení.

Diskuze

Zjištěná data otevírají prostor pro diskuzi a jsme si vědomi i limity studie, kdy se jedná o malý vzorek respondentů, ze tří zdravotnických zařízení Ústeckého kraje, bez ohledu na věk a vzdělání respondentek. Edukace, která byla realizována studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka, byla propracována a řádně připravena i s edukačním materiálem. V průběhu realizace edukace, studentka využila názorné a praktické metody. Znalosti ověřovala dotazy a ženy měly prostor pro vysvětlení případných nesrovnalostí. Ze zdravotnických zařízení, kde jsme výzkumné šetření realizovali, máme zkušenosti, že edukce prováděná kompetentním personálem, probíhá ve spěchu a nahodile, bez systematického přístupu k ženám po porodu. Dále ve zdravotnických zařízeních dochází ke kompetenčním sporům, kdo má ženu o kojení edukovat. Zda to mají být porodní asistentky nebo dětské sestry. Opakovaně se se tkáváme se stesky matek, na oddělení šestinedělí, na rozdílné informace o kojení, které dostávají z řad porodních asistentek a dětských sester.

Přitom v České republice od roku 1991 je iniciován program na podporu kojení WFO/UNICEF „Baby-friendly hospital". Od té doby má u nás tento titul již 64 nemocnic. Tato iniciativa však není osamocená. Vznikla nevládní organizace ANIMA jako pražská skupina mezinárodní sítě IBFAN (International Baby Food Action Network) a to už v roce 1990. V roce 1993 byl ustanoven Národní výbor pro podporu kojení při českém výboru pro UNICEF, který sdružuje zástupce odborných společností a organizací, koordinuje vzdělávání zdravotníků, hodnocení nemocnic či vydávání osvětových materiálů. V témže roce bylo vytvořeno Dokumentační centrum na podporu kojení při Centru preventivního lékařství 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, které shromažďuje a poskytuje nejnovější poznatky ohledně kojení. První v ČR byla Fakultní Thomayerova nemocnice v Praze-Krči (FTN), slouží jako Národní laktační centrum (od roku 2001), školící a výcvikové centrum pro přípravu nemocnic k získání titulu BFH.K dalším nezanedbatelným světovým organizacím patří WABA (World Alliance for Breastfeeding Action), která sdružuje jednotlivce i organizace na podporu, prosazování a ochranu kojení. K jejím u nás nejznámějším akcím patří každoroční Světový týden kojení v srpnu, na který navazuje zářijový Český týden kojení. Dále v České republice působí Laktační liga, která již od roku 1998 vyvíjí řadu aktivit na pomoc matkám s kojením a spolupracuje s FTN, spolu roku 2001 uvedly v život například Národní linku kojení.

Lze konstatovat, že v České republice jsou vytvořeny podmínky pro realizaci efektivní edukace v oblasti kojení. Uvedená problematika ale není nijak zvláště v tuzemsku zkoumána. Přitom v zahraničních časopiseckých zdrojích můžeme dohledat studie, které se zabývají efektivitou laktačního poradenství. Již zmíněná přehledová studie autorského kolektivu Hannula et all. (2008) poukazuje na efekt interaktivních, praktických edukačních metod a telefonického laktačního poradenství. V české časopisecké literatuře jsme nedohledali podobné studie, které by rozpracovávaly edukační metody nebo jiným způsobem hodnotily efektivitu laktačního poradenství. V českých databázích jsme našli převážně studie z uvedené oblasti, pouze na úrovni bakalářských či diplomových prací, bez propracované metodiky a zaměřené pouze na zmapování problematiky edukačního poradenství.

Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) uveřejňuje každoročně podíl výlučně kojených dětí déle než 6 měsíců po porodu. Podíl dětí kojených 6 měsíců a déle, se dlouho-

době pohybuje okolo 40 %. Pokud bychom tento ukazatel pokládali za výsledek efektivní edukace o kojení, tak zajisté máme v České republice rezervy.

Závěr

Na podkladě zjištěných skutečností, lze doporučit zdravotnickému personálu pečujícímu o matku a novorozence, aby nezanedbával informovanost žen o kojení. Nejen v šestinedělí, ale také v průběhu těhotenství. Nesmíme zapomínat na fakt, že správně provedená edukace má preventivní charakter. Prvorodičky i vícerodičky by měly mít dostatečné informace o kojení. O správné technice kojení, délce a četnosti kojení, možných komplikacích, péči o bradavky atd. Při dostatečných znalostech žen o kojení se snižuje riziko vzniku komplikací a obtíží. Zároveň se zlepšuje psychický stav ženy, pokud si žena věří, má pocit, že vše zvládá. V neposlední řadě se zlepšuje i vztah mezi porodní asistentkou a ženou, mezi nimiž dochází k vytvoření důvěrného vztahu. Pro zlepšení laktačního poradenství, je nutné nejen ženy seznámit s fakty týkající se kojení, ale především použít vhodnou edukační metodu. Člověk si zapamatuje nejvíce informací, pokud jsou mu podány nejen slovní metodou, ale také názorně a prakticky. Rovněž je třeba věnovat edukaci více času a vyčlenit si prostor na případně dotazy žen. Pokud se zaměříme na rozsah podávaných informací, je zapotřebí ženy vzdělávat hlavně v oblasti výlučného kojení, v němž mívají ženy velké nedostatky. Zdravotníci by se měli touto problematikou více zabývat. Pokud ženu nikdo neseznámí s doporučenou délkou výlučného kojení, výhodami výlučného kojení až do 6. měsíce věku dítěte pro matku i dítě aj., nemůžeme se podivovat nad skutečností, že podíl výlučně kojených dětí v ČR ve věku 6. měsíců je v průměru 40,13%. Příčiny uvedeného stavu lze spatřovat v nedostatečné, či spíše neefektivní edukaci žen o kojení, nedostačujících znalostech a zkušenostech zdravotníků týkající se kojení a možných metod edukace.,

Etické aspekty a konflikt zájmu

Z hlediska případného konfliktu zájmu jsme neshledali žádné okolnosti, které by základní principy publikování ohrožovaly. Výzkumu předcházelo schválení sběru dat etickou komisí Fakulty zdravotnických věd, Univerzity Palackého v Olomouci včetně posouzení a schválení písemného, informovaného souhlasu respondentů se zařazením do studie.

Bibliografické odkazy

HANNULA, L.; KAUNONEN, M.; TARKKA, M. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. In *Journal of Clinical Nursing*, 2008, roč. 17, č. 9. s. 1132-43. ISSN: 0962-1067.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.

KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetřovatelství.* 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 246 s. ISBN 978-807-3676-841.

MYDLILOVÁ, A., Kojení donošených novorozenců. *Česká gynekologie: Doporučené postupy v neonatologii.* Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2013, roč. 76, č. 1. ISSN 1210-7832.

Mgr. Jana Chrásková
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem
jana.chraskova@ujep.cz

doc. PhDr. Mária Boledovičová, Ph.D.
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Zdravotně sociální fakulta
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
boledovicova.maria@gmail.com

Hodnocení sexuální dysfunkce u žen v období klimakteria pomocí dotazníku Female Sexual Function Index

Lamková I.[1]; Hamanová A.[1]

[1]Fakulta zdravotnických studií, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem

Abstrakt

Úvod: S přibývajícím věkem se objevují obtíže, které ženě brání prožívat intimní zážitky naplno. Se ztrátou plodnosti ztrácí svou fertilní funkci. S tímto stavem se musí vyrovnat a toto období se odráží i na její psychické pohodě. Tělesný vzhled se mění, snižuje se tím sebevědomí mnoha žen a vzrůstá obava ze ztráty partnera. Některé ženy považují nepohodlí a bolesti při sexu za součást procesu přechodu, nevědí, proč vzniká a jak si mohou pomoci.

Cíl: Přiblížit poznatky o ženské sexualitě v klimakteriu, porovnat sexualitu českých žen v klimakteriu se ženami ve fertilním věku.

Metody: Byl proveden kvantitativní výzkum a jako výzkumná metoda byl použit standardizovaný dotazník Female Sexual Function Index přeložený a modifikovaný do českého jazyka (validován, verifikace k > 0,80).

Výsledky: Ženy v klimakteriu mají nižší skóre než ženy ve fertilním věku. Rozdíl v doménách sexuálního vzrušení a spokojenost s pohlavním stykem a sexuální aktivitou mezi ženami v klimakteriu a ženami ve fertilním věku nebyl prokázán. Ženy v klimakteriu prokazují větší deficit v doménách zvlhčeni genitálu, orgazmu a bolesti než ženy ve fertilním věku.

Závěr: Výskyt sexuální dysfunkce u žen po menopauze je poměrně častý. Přes tento fakt jsou ženy spokojeny se svými sexuálními vztahy a mají kladný vztah k sexualitě. U žen v klimakteriu a žen ve fertilním věku, kdy ženy v klimakteriu mají celkové snížení hodnot jednotlivých domén, není statisticky významný rozdíl ve spokojenosti se sexuálním životem.

Klíčová slova: bolest, klimakterium, sexuální dysfunkce, sexuální touha, zvlhčení genitálu.

Abstract

Introduction: Over time, there are difficulties that prevents woman to fully enjoy intimate experiences. With the loss of fertility a woman loses her fertility function which this is mentally challenging for her and is reflected even in her mood. Physical appearance changes and that undermines the confidence of many women and increases the fear of losing their partner. Some women consider discomfort and pain during sex as common; they do not know why it occurs and how to get help.

Objective: To clarify the knowledge about sexuality in postmenopausal women, and compare the sexuality in postmenopausal women with the women of childbearing age.

Methods: The quantitative research was conducted with the use of a standardized Female Sexual Function Index questionnaire translated and modified into Czech (validated, verification k > 0.80) as a research method.

Results: Women in menopause have lower scores than women of childbearing age. The difference in the domains of sexual arousal, sexual intercourse satisfaction and sexual activity among women in menopause and women of childbearing age has not been established.

Women in menopause show a greater deficit in domains of moisturizing genital, orgasm and a pain than women of childbearing age.

Conclusion: Sexual dysfunction occurs in postmenopausal women relatively frequently. Despite this fact, women are satisfied with their sexual relationships and have a positive attitude towards sexuality. Post-menopausal women have an overall deterioration of values in domains, in contrast to women of childbearing age. Despite this fact, there is no statistically significant difference in satisfaction with sexual life.

Keywords: pain, menopause, sexual dysfunction, sexual desire, moistening genitals.

Úvod

Klimakterium je přirozenou součástí života každé ženy. Míra potíží provázející toto období je velmi rozdílná, záleží na osobnosti ženy, životním stylu, profesním zařazení, rase i věku, kdy dochází k menopauze. Jsou ženy, které mají závažnou formu klimakterického syndromu se všemi důsledky, ale i ženy, které projdou tímto obdobím s minimálními problémy.

Při poklesu hladin pohlavních hormonů, především estrogenů, dochází k postupné atrofii pohlavních orgánů a snížení sexuální apetence, což má vliv na kvalitu i frekvenci sexuálního kontaktu s partnerem. Dle Faita (2013) se vyhasínání funkce vaječníků týká především žen v období mezi 45. až 55. rokem, proto se v tomto období vyskytuje poměrně často problém v sexuální oblasti. Sexuální dysfunkce se netýká pouze žen v klimakteriu, ale i žen v období fertilního věku, kdy mívá odlišné příčiny (např. psychický blok, trauma z dětství, nedostatek důvěry a sounáležitosti ve vztahu, zánětlivá onemocnění a další).

Většina žen se z důvodu studu a společenské tabuizace o tomto problému stydí hovořit, domnívají se, že tento problém patří k věku nebo že postihl pouze je, nevědí, jak jej řešit. Sexualita je jednou ze základních potřeb člověka, proto by se o ní mělo hovořit a zlepšit povědomost o četnosti a formě výskytu sexuálních dysfunkcí, i o možném řešení problémů. Měřitelnost těchto obtíží umožňuje standardizovaný FSFI dotazník, který objektivně mapuje všechny oblasti týkající se sexuálních funkcí ženy v kterémkoli životním období (Rosen at al., 2000).

Cíl

Studie se zabývá výskytem sexuálních dysfunkcí českých žen v období klimakteria a jejich typickými příznaky. Cílem je komparace zjištěných problémů žen s respondentkami ve fertilním období, ověřit použitelnost zvoleného standardizovaného dotazníku „Female Sexual Function Index“ v přeložené české verzi pro naši populaci žen a komparovat námi zjištěné hodnoty se zahraničními daty.

Metodika

Soubor respondentů tvořilo 100 žen v období klimakteria (ve věku od 46 do 60 let), kdy výběr byl stratifikován pohlavím (žena), věkem a proběhlou menopauzou. Kontrolní skupinu, se kterou jsme komparovali výsledky, tvořilo 100 žen ve fertilním věku od 30 do 45 let.

Pro lepší přehlednost zpracovaných dat byly skupiny označeny **k** – skupina žen v klimakteriu a **f** – skupina žen ve fertilním věku.

Ke sběru dat byla zvolena u skupiny k metoda náhodného výběru ze stratifikované skupiny respondentů a poté vytvořena reprezentativní skupina se statisticky přiměřeným věkovým rozložením. U skupiny f byl proveden náhodný výběr z žen ve věku od 30 do 45 let bez dalšího omezení. Návratnost dotazníků u skupiny k bylo 64 %, u skupiny f 67 % (pro sjednocení počtu respondentů obou skupin byl u skupiny f proveden výběr ze získaných dotazníků použitím volně dostupného generátoru náhodných čísel - Excel VBA). Typickou respondentkou skupiny k je žena ve věku 53,6 let, po menopauze; u skupiny f je to žena ve věku 36,4 let.

Ke sběru dat ve zkoumané oblasti byl použit standardizovaný dotazník Female Sexual Function Index (dále FSFI). Byl proveden modifikovaný překlad dotazníku z anglické verze do českého jazyka dle pravidel odborného překladu, který byl poté validován a verifikován (Cohenův koeficient kappa k > 0,80).

Otázky v dotazníku FSFI jsou zaměřeny na kvalitu sexuálních funkcí ženy jednotlivých modalit a vytvářejí pět hodnotitelných domén: touha, vzrušení, lubrikace, orgasmus, spokojenost a bolest. Ty jsou poté hodnoceny klíčem přiloženým k dotazníku pro bodování domén a poté celkové vyhodnocení sexuální dysfunkce (FSD). Celková hodnota score FSFI nižší nebo rovná 26,55 znamená sexuální dysfunkci.

Výsledky

Pro potvrzení správnosti výběru a zařazení jednotlivých respondentů do předem stanovených skupin byla položena otázka, zda má žena klimakterické obtíže (viz tab. 1). Ženy ve skupině respondentů k v 65 % uvedly, že aktuálně pociťují příznaky klimakterického syndromu, 35 % již odezněly. Žádná žena ze skupiny f nemá projevy klimakterického sy.

Tab. 1 Výskyt klimakterického syndromu u respondentů (klimakterické potíže: …)

Odpovědi respondentů		Skupina k	Skupina f
		n_i (=f_i)	n_i (=f_i)
1	zatím se nedostavily	0	100
2	aktuálně mám	**65**	0
3	již mi odezněly	35	0
∑		100	100

Předpokládali jsme, na podkladě provedené rešerše zahraničních výzkumů, že ženy ve skupině k budou mít nižší score FSFI než ženy ve skupině f (viz tab. 2 a 3). Tento předpoklad se potvrdil, celkové score skupiny k je o 4,5 nižší než u skupiny f. Průměrná hodnota 24, 4 ± 5,2 odpovídá sexuální dysfunkci (FSD). Při výběru pouze sexuálně aktivních žen z celkového počtu respondentů bylo průměrné FSFI skóre u skupiny k 30,16 ± 8,2 a u skupiny f 30,87 ± 7,1. Rozdíl mezi oběma komparovanými skupinami byl 5,35 ± 6,8, což není statisticky významný rozdíl.

Tab. 2 Výsledky FSFI ve skupině k

Doména	Touha	Vzrušení	Lubrikace	Orgasmus	Spokojenost	Bolest
Počet otázek v doméně	2	4	4	3	3	3
Počet bodů v otázkách	317; 342	412; 346; 399; 386	392; 295; 302; 327	426; 379; 347	337; 390; 384	308; 315; 311
Medián	3; 3	4; 3; 4; 4	4; 3; 3; 3	4; 4; 3	3; 4; 4	3; 3; 3
Součet	6	15	13	11	11	9
Score domény	3, 6	4, 5	3, 9	4, 4	4, 4	3, 6
Celkové score FSFI	**24, 4**					

Prokázali jsme, že ženy ve skupině k mají větší deficit v doménách zvlhčení genitálu, dosažení orgasmu a bolesti při sexuálním styku než ženy ve fertilním věku, rozdíl mezi skupinou k a skupinou f byl statisticky prokázán pomocí chí-kvadrát testu závislosti (zvlhčení genitálu 0,0000018, p = 0,05; dosažení orgasmu 0,0000024, p = 0,05; bolest při pohlavním styku 0,00000051, p = 0,05).

Předpoklad, že i v druhých dvou doménách, sexuální vzrušení a spokojenost se sexuálním životem, bude mít skupina k nižší score než skupina f se nepotvrdil. Při použití chí-kvadrát testu se neprokázal statisticky významný rozdíl ani v jedné z nich (sexuální vzrušení 0,1, p = 0,05; spokojenost se sexuálním životem 18, p = 0,05).

Tab. 3 Výsledky FSFI ve skupině f

Doména	Touha	Vzrušení	Lubrikace	Orgasmus	Spokojenost	Bolest
Počet otázek v doméně	2	4	4	3	3	3
Počet bodů v otázkách	344; 369	429; 389; 429; 417	488; 398; 413; 400	466; 444; 433	431; 402; 400	407; 412; 408
Medián	3; 4	4; 4; 4 ;4	5; 4; 4; 4	5; 4; 4;	4; 4; 4	4; 4; 4
Součet	7	16	17	13	12	12
Score domény	4, 2	4, 8	5, 1	5, 2	4, 8	4, 8
Celkové score FSFI	28, 9					

Překvapující bylo zjištění, že pouze 20 % sledovaných žen z 65 %, které uvedly, že aktuálně trpí projevy organického klimakterického syndromu (vit tab. 1, tab. 4), užívá hormonální substituční terapii (HST).

Tab. 4 Četnost užívání hormonální substituční terapie

Odpovědi		Skupina k s projevy klimakteria	Skupina f
		f_i	f_i
1	Užívám	20	0
2	Neužívám	**80**	100
∑		100	100

Diskuze

Blümel (Blümel et al, 2009) ve svém výzkumu u žen (vzorek 7 240 žen) z 11 zemí Latinské Ameriky uvádí průměrný věk dotazovaných 49,0 ± 5,7 let. U sexuálně aktivních bylo FSFI skóre 25,2 ± 5,9 a z toho mělo 56,8 % sexuální dysfunkci. Ve vzorku respondentů bylo vdaných 68,5 % v premenopauzálním období oproti 63,1 % postmenopauzálních žen. Celkové FSFI skóre bylo signifikantně nižší 22,0 ± 5,0 u žen ve fertilním věku, u respondentek v klimakteriu 27,5 ± 5,4. Výzkum českých žen došel podobným výsledkům, celkový průměrný věk byl 43,2 ± 6,3 let, u sexuálně aktivních žen bylo FSFI skóre vyšší, u skupiny k 30,16 ± 8,2 a u skupiny f 30,87 ± 7,1. Rozdíl mezi oběma komparovanými skupinami byl 5,35 ± 6,8. Mezi ženami v premenopauzálním období je méně vdaných oproti ženám v postmenopauzálním období (f – 68 % versus dále vs. k – 78 %). Celkové FSFI skóre v našem výzkumu činilo k – 24, 4 ± 5,2 vs. f – 28,9 ± 4,3. Rozdíl mezi skupinami českých žen byl vyšší o 0,76 score bodů než u výzkumu Blümela, což není statisticky významný rozdíl.

Turnaová ve své studii (Turna et al, 2005) dochází k závěru, že domény FSFI touha, FSFI vzrušení, FSFI lubrikace, FSFI lubrikace jsou sníženy u tureckých žen (počet 80 respondentek) v důsledku nižší hladiny hormonů v těle. V naší studii docházíme ke stejnému výsledku. Snížené FSFI touhy – skupina k dosáhla hodnoty 3,57 ± 1,4 vs. skupina f 4,19 ± 2,3, vzrušení k – 3,51 ± 1,3 vs. f – 4,56 ± 1,2, orgasmu k – 3,34 ± 0,9 vs. f – 4,54 ± 1,3 a lubrikace k – 3,77 ± 1,5 vs. f - 5,27 ± 2,2. Nejnižší rozdíl mezi skupinami byl u domény touha – 0,61 ± 0,4. Výsledky jsou statisticky srovnatelné.

Výzkum Wittingové (Witting et al, 2008) tvrdí, že psychická úzkost má vliv na všechny domény, avšak nemá vliv na doménu touha. Užívání orální hormonální antikoncepce má negativní vliv na ženské sexuální funkce, naopak zavedení nitroděložního tělíska pozitivně ovlivňuje doménu bolest (snížení score FSFI), touhu (zvýšení score FSFI), vzrušení a uspokojení (zvýšení score FSFI). V naší studii bylo nejvyšší score FSFI v doméně touha. Pouze 26 % žen ze skupiny f užívá orální hormonální antikoncepci. U této skupiny jsme neprokázali, že užívání COC (Combined oral contraceptive) opravdu snižuje sexuální apetit, ale je zajímavé, že ženy ze skupiny f dávaly v 8 % přednost nitroděložnímu tělísku (Nuvaring, Mirena).

Ve výzkumu „Vliv symptomů menopauzy na sexuální funkce u žen středního věku“ (Cabral et al, 2012) byl též použit dotazník FSFI u vzorku 370 brazilských žen. Autoři zjistili, že všechny FSFI domény (touha, vzrušení, lubrikace, orgasmus, spokojenost a bolest) byly nižší u žen s rizikem vzniku sexuální dysfunkce ($p < 0,001$). Vzrušení, orgasmus a bolest s největší pravděpodobností přispěly ke snížení FSFI skóre. Dle našeho výzkumu u žen v klimakteriu byly snížené výsledky u domén: lubrikace, orgasmus a bolest. V doménách sexuální touha, vzrušení a spokojenost se sexuálním životem nebylo snížení u českých žen statisticky potvrzeno. Pravděpodobnost výskytu rizika sexuální dysfunkce ve výše uvedené zahraniční studii zvyšovaly návaly horka, deprese, sexuální problémy a vaginální suchost. Menopauzální příznaky mají vliv na sexuální funkce u žen středního věku.

Ve výzkumu: Sexuální funkce u postmenopauzálních žen užívajících hormonální substituční terapii sexualita byla hodnocena pomocí dotazníku Female sexual function index. Jen 27 % žen užívalo HST, pomocí mého našeho výzkumu jsem zjistila jsme zjistili, že 20 % žen v klimakteriu užívá HST. Rozdíl mezi výsledky není velký. Oba výzkumy poukazují na to, že jen málo žen trpících klimakterickými potížemi využívá HST.

Íránská randomizovaná studie Ziaei a kol. z roku 2010 byla prováděna u 140 postmenopauzálních žen. Autoři dochází k závěru, že přechod je spojen se změnami sexuální funkce, které mohou být spojeny se sexuální dysfunkcí. Ve výsledcích našeho šetření je statistické snížení hodnot score sexuálních domén orgasmus, lubrikace a bolest u žen v klimakteriu a závěry našeho výzkumu souhlasí se závěrem komparovaného výzkumu (Ziaei et al, 2010).

Výzkum Peeyananjarassri z roku 2008 zkoumá u 219 postmenopauzálních thajských žen užívajících hormonální substituční terapii sexuální dysfunkci. Měřením pomoci FSFI dotazníku dochází k závěru, že výskyt sexuální dysfunkce u žen po menopauze je poměrně častý. Nicméně respondentky byly stále spokojeny se svými sexuálními vztahy a měly kladný vztah k sexualitě. Náš výzkum u českých žen identifikuje rozdíl mezi sexuálními doménami u žen v klimakteriu a ženami ve fertilním věku, kdy ženy v klimakteriu měly celkové nižší score u domén orgasmus, lubrikace a bolest, avšak rozdíl mezi spokojeností se sexuálním životem u obou skupin nebyl statisticky potvrzen a shoduje se závěry Peeyananjarassri (Peeyananjarassri et al, 2008).

Závěr

Ženy v období klimakteria mají v průměru snížené celkové skóre FSFI, které odpovídá FSD – Female Sexual Dysfunction.

V doménách FSFI sexuální touha nebo zájem a sexuální vzrušení nebyl statisticky prokázán významný rozdíl mezi skupinami. Vzrušení, orgasmus a bolest přispěly ke snížení FSFI skóre skupiny k.

Dosáhnout zvlhčení pochvy na začátku nebo v průběhu sexuální aktivity nebo pohlavního styku a udržet zvlhčení až do dokončení pohlavního styku bylo pro ženy v klimakteriu těžší než pro ženy ve fertilním věku. Je určitým posunem, že ženy v klimakteriu užívaly lubrikační přípravky častěji než ženy ve fertilním věku. Suchost genitálu je častý příznak organického syndromu, celkově mimo pochvu lze pozorovat i suchost ostatních orgánů, jako např. očí nebo sliznice nosu.

U mladších žen mimo organické příčiny, které je nutné řešit, může být suchost genitálu způsobena nedostatečným vzrušením a nízkou sexuální apetencí, ale také celkovým psychickým laděním (je-li žena spokojená resp. smutná nebo dokonce prožívá stav deprese).

Na kvalitě zvlhčení genitálu závisí kvalita samotného pohlavního styku. Hlavní faktory, které tuto kvalitu ovlivňují, jsou bolest a diskomfort, které jsou ve většině případů přímo závislé na suchosti resp. zvlhčení genitálu.

Ženy v klimakteriu pociťovaly nepříjemné pocity nebo bolest při imisi penisu do pochvy, během nebo po pohlavním styku častěji než ženy ve fertilním věku a uvádějí rozhodně vyšší úroveň bolesti než ženy ve fertilním věku. Ve většině případů příčinou bolesti nebo diskomfortu je nedostatečné nebo žádné zvlhčení genitálu, které patři do příznaků organického syndromu v klimakteriu.

Ženy v klimakteriu dosahují orgasmu méně často, je pro ně těžší ho dosáhnout a jsou méně spokojené se schopností dosáhnout orgasmu na rozdíl od žen ve fertilním věku. Přes výskyt nižších score FSFI u žen v období klimakteria jsou ženy spokojené se svým sexuálním životem, touhou a vzrušením.

Bylo prokázáno, že standardizovaný dotazník FSFI je plně použitelný pro českou populaci žen a jeho výsledky jsou srovnatelné s výsledky zahraničních výzkumů.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Výzkum byl schválen etickou komisí Krajské zdravotní a.s., v jejichž zdravotnických zařízeních byl realizován sběr dat. Při získávání informovaného souhlasu od respondentů byli účastníci výzkumu informováni odpovědným výzkumným pracovníkem o anonymitě dotazníkového šetření, o účelu výzkumu, způsobu nakládání se získanými daty a jejich způsobem publikace. Výzkum není v konfliktu se zájmem o zachování základních lidských práv probanda a nezasahuje do jeho integrity ani neohrožuje jeho lidskou důstojnost.

Bibliografické odkazy

BLÜMEL, J. E. et al. 2009. *Sexual dysfunction in middle-aged women* [cit. 2015-01-28]. In: PubMed [online]. Dostupné z: http://journals.lww.com/menopausejournal/ Abstract/2009/16060/ Sexual_dysfunction_in_middle_aged_women__a.15.aspx

CABRAL, P. U. et al. 2012. *Influence of menopausal symptoms on sexual function in middle-aged women.* [cit. 2015-01-18]. In: PubMed [online]. Dostupné z: FAIT, Tomáš, 2013. Klimakterická medicína. 2. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 120 s. ISBN 978-80-7345-342-8.

PEEYANANJARASSRI, K. et al. 2008. *Sexual functioning in postmenopausal women not taking hormone therapy in the Gynecological and Menopause Clinic, Songklanagarind Hospital measured by Female Sexual Function Index questionnaire.* [cit. 2015-02-18]. In: PubMed. [online]. Dostupné z: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18672623

ROSEN, R. et al. 2000. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. In *Journal of Sex and Marital Therapy.* 2000; 26 (2). 191-208.

TURNA, B. E. 2005. *Women with low libido: correlation of decreased androgen levels with female sexual function index.* [cit. 2015-02-12]. In: PubMed [online]. Dostupné z: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/ 15592425

WITTING K. et al. 2008. *Evaluation of the Female Sexual Function Index in a Population Based Sample from Finland.* [cit. 2015-01-28]. In: PubMed [online]. Dostupné z: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18335306

ZIAEI, S., MOGHASEMI, M., FAGHIHZADEH, S. 2010. *Comparative effects of conventional hormone replacement therapy and tibolone on climacteric symptoms and sexual dysfunction in postmenopausal women.* [cit. 2015-02-18]. In: PubMed [online]. Dostupné z: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19731119

Mgr. Ivana Lamková, Ph.D.
Univerzita J. E. Purkyně, Fakulta zdravotnických studií
ivana.lamkova@ujep.cz

Mgr. Alena Hamanová
Univerzita J. E. Purkyně, Fakulta zdravotnických studií
alena.hamanova@ujep.cz

Plánování péče o děti umírajících rodičů samoživitelů

Macková M.[1]

[1]*Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice*

Abstrakt

Úvod: Smrt rodiče je vždy traumatizující. Smrt jediného rodiče je extrémně traumatizující.

Cíl: Identifikovat rizikové faktory, jež ovlivňují péči o umírající rodiče samoživitele s nezletilými dětmi.

Metodika: Studium dvou kasuistik, rozhovory s poskytovateli péče a systematická rešerše. Výsledky: Plánování budoucí péče o děti u umírajících rodičů samoživitelů je obtížné a klade vysoké nároky, jak na poskytovatele péče, tak na umírající rodiče i děti samotné. Existuje řada článků o dopadech úmrtí rodičů na psychický vývoj dětí. Neexistují však doporučení do praxe, jak tyto situace řešit.

Závěr: Nutnost věnovat pozornost této cílové skupině je zřejmá. Do budoucnosti by bylo dobré připravit doporučení a postupy, jak řešit situace, kdy umírá rodič samoživitel.

Klíčová slova: smrt, plánování péče, nezletilé děti, rodič samoživitel

Abstract

Introduction: The death of a parent is always traumatic. Death of single parent is extremely traumatic.

Aim: Identify risk factors that affect the care of dying single parent with dependant children. Methods: The study of two case reports, interviews with caregivers and systematic research. Results: Planning for the future of child care for single parent dying is difficult and puts high demands on both the care provider for dying parent and children. There is series of articles on the impact of parental death on the psychological development of children. However, there are not recommendations into practice, how to deal with these situations.

Conclusion: The need to pay attention to this target group is obvious. In the future it would be good to prepare recommendations and procedures to deal with situations where dying single parent.

Key Words: death, planning of care, dependant childern, single parent

Úvod

Děti, které zažijí smrt jednoho z rodičů, na jehož péči jsou závislé, tvoří cílovou skupinu s potřebou specifické podpory. Potřeby těchto dětí se liší dle jejich věku, pohlaví, vývojové a emoční zralosti, kulturního a sociálního zázemí a podpory ze strany rodiny. Potřeby dětí, jejichž jediný rodič umírá, jsou relativně ještě komplexnější a složitější než potřeby dětí, jimž umírá jeden z rodičů. V tomto příspěvku budou diskutovány dvě úmrtí osamocených rodičů. V prvním případě jde o úmrtí mladé matky samoživitelky s dospívajícím adolescentem. V druhém případě jde o mladou matku, s malým dítětem a nevlastního otce. Tento příspěvek pojednává o rodinné dynamice, psychosociálních problémech, jimž čelí

děti a zvláštní pozornost je věnována faktorům ovlivňujícím rozhodování umírajících rodičů o budoucí péči pro jejich děti.

Cíl

Tento příspěvek si klade za cíl prostřednictvím popisu případů identifikovat rizikové faktory, jež ovlivňují péči o umírající rodiče samoživitele s nezletilými dětmi.

Metodika

Jsou popsány dva případy. Jména pacientů, jejich rodin a přátel byla změněna na ochranu jejich soukromí. Byly provedeny rozhovory s pracovníky, kteří se přímo podílejí na péči o umírající rodiče samoživitele a jejich děti. Konkrétně se třemi sociálními pracovnicemi, psycholožkou, právníkem, lékařem a rodinným poradcem. Byla rovněž provedena systematická rešerše. Pro získání relevantních zdrojů byly využity odborné licencované databáze a volně přístupné databáze. Vyhledávacím jazykem byla stanovena angličtina. Výchozím rokem pro stanovené vyhledávací období byl rok 1990. Za vyhledávací období (1990-2013) byly nalezeny plné texty odborných článků. Významným zdrojem se staly například databáze OVID SP (EBM Reviews, EMBASE, MEDLINE), Science Direct, Scopus, Web of Science (WoS). Pro hledání ve výše uvedených databázích byla použita tato klíčová slova: „parental death“, „sole parent“, „carer“, „child custody“, „children“, „bereavement“, and „orphaned to cancer“. Pro důkladnost nalezení relevantních zdrojů byly použity různé kombinace výše uvedených klíčových slov zapojením Booleovských operátorů.

Případové studie

Případ 1

Haně bylo 45 let, když byla přijat do hospice pro terminální fázi svého onemocnění. Před dvěmi lety u ní byla diagnostikována rakovina tlustého střeva. Sama vychovávala svého dvanáctiletého syna Ondru. S Ondrovým otcem neměla žádný kontakt. Výživné na syna neplatil. Oba rodiče Hany zemřeli před mnoha lety. Měla ještě tři bratry, kteří žili ve stejném městě jako ona, ale nestýkala se s nimi a bratři ji ani nijak nepodporovali před nemocí ani v době nemoci.

Hana sama sebe popisovala jako duchovně založenou osobu. Víra jí dle jejích slov dávala sílu vše zvládat. Její jedinou obavou byla skutečnost, že nebude moci nadále vychovávat svého syna a do budoucnosti nebude moci hájit jeho zájmy. Jeden z bratrů Hany zamýšlel převzít péči o Ondřeje po její smrti, ale Hana k tomu měla silné výhrady. Zejména měla obavy, že bratr nebude správně zacházet s financemi, které měla pro Ondřeje uloženy v bance.

Lenka byla Hanina nejlepší přítelkyně a důvěrnice. Podporovala ji během celého jejího života a zejména v období, kdy u ní byla diagnostikována rakovina tlustého střeva. Ondřej měl s Lenkou dobrý vztah, stejně jako s jejím manželem a jejich dětmi. Před rokem začal navštěvovat školu, kam chodili i Lenčiny děti. Na tuto školu byl převeden z toho důvodu, že se mu Lenka mohla více věnovat.

Před přijetím do hospice Hana zahájila kroky, aby byl Ondřej svěřen do péče Lenky v rámci opatrovnictví. Hana měla strach, že stále silnější analgetika, včetně opioidů naruší její rozhodovací schopnost. Před přijetím do hospice sepsala závěť, v níž určovala jako opatrovní-

ka Ondřeje svoji kamarádku Lenku. Ještě několik dnů po přijetí byla schopná komunikovat se svým okolím. Později však upadla do bezvědomí a zemřela 3 týdny po přijetí do hospice.

Ondřej byl svěřen do péče Lenky a to díky její sepsané závěti a vyjádření její vůle ohledně budoucí péče o jejího syna. Bratr Hany nakonec o osvojení neusiloval, protože se domníval, že nemá mnoho šancí na úspěch.

Případ 2
Janě bylo 32 let, když u ní byl diagnostikována rakovina prsu, s metastázami v plicích a kostech. Jana vlastnila malou firmu. Žila s manželem Ivanem a jejím devítiletým synem Jiřím z předcházejícího vztahu. Jiří měl dobrý vztah s prarodiči z obou stran.

Janě byla aplikována paliativní radioterapie a paliativní chemoterapie. Po pěti měsících však bylo zjištěno, že v oblasti páteře se nacházejí nové metastázy a Jana byla předána do péče paliativní ambulance. Manžel zůstal doma a o Janu se staral další tři měsíce. Jiří věděl, že maminka je vážně nemocná.

Jana byla do hospice přijata pro nastavení léčby bolesti a kontrolu dalších symptomů, které se již nedaly zvládnout ambulantně. Jana trpěla výraznou dušností, únavou a díky metastázám na páteři byla upoutána na invalidní vozík. Jana umístění do hospice nesla velmi těžce a chtěla se co nejdříve vrátit domů. Toto její přání podporoval i manžel Ivan. Po krátkém pobytu v hospici, kdy se podařilo nastavit léčbu bolesti, byla Jana předána do domácí péče, kam za ní dojížděl paliativní tým. Jana zemřela týden po propuštění domů, osm měsíců po stanovení diagnózy.

Jana ukončila de facto vztah s Jiřího biologickým otcem Petrem, když jejímu synovi byly tři měsíce. K rozchodu došlo na popud Jany a oba se domluvili, že Jana bude po Petrovi požadovat minimální výživné. Petr se s Jiřím několikrát setkal, ale až v posledních letech. Jana si vzala Ivana, když byly Jiřímu čtyři roky. Ivan ho přijal jako vlastního syna. Uvažoval o nezrušitelném osvojení, ale nikdy se k tomu nedostal. Jana a Ivan společně žádné další děti neměli.

Těsně po diagnostikování nemoci Jany požádal Petr soud o rozšířený kontakt s Jiřím a bylo mu vyhověno. Petr měl vlastní rodinu a další tři děti. Jana během posledních týdnů svého života často přemýšlela o tom, kdo bude v budoucnosti pečovat o jejího syna. Nikdy však nevyjádřila své přání, aby to byl její manžel Ivan. Ten byl zdrcený pomyšlením, že po smrti Jany o Jiřího přijde, ale neprotestoval. Po smrti Jany potřeboval Ivan i prarodiče rozsáhlou psychologickou podporu, protože Jiří byl svěřen do péče Petra.

Jiří zůstal v péči svého biologického otce několik měsíců. Byl však velmi nešťastný a stýskalo se mu po Ivanovi. Prudce se zhoršil ve škole a začal mít výchovné problémy. Psycholog doporučil návrat k Ivanovi. Nakonec došlo k dohodě mezi biologickým otcem Jiřího a Ivanem. Jiří byl Ivanem osvojen.

Výsledky
V roce 2013 se zhruba v každé sedmé domácnosti s dětmi staral o své potomky jen jeden z rodičů, kterému žádný další dospělý člen v jeho domácnosti nepomáhal. Mezi rodinami, kde jsou přítomné závislé děti, tvoří tento typ rodin téměř 24 %. Osamělé rodičovství je přitom silně genderová zkušenost, která s větší pravděpodobností dopadá na ženy. Ty tvoří 90 % z osob, jež vedou domácnosti, kde je přítomný pouze jeden rodič. (UZIS, 2013)

Dle ÚZIS (2013) druhou nejčastější příčinou úmrtí v České republice byly zhoubné nádory. Zemřelí na novotvary tvořili čtvrtinu všech zemřelých osob (25,3 %), přičemž u mužů byl tento podíl vyšší než u žen (27,5 % oproti 23,0 %). U žen ve věkové skupině 35 – 39 let byly zhoubné nádory dokonce na prvním místě příčiny úmrtí. Ve stejném roce dosáhl průměrný věk matky při porodu 29,8 let (Kačerová, 2014).

Na péči o umírající na zhoubný nádor se podílí řada odborníků. Při péči o rodiče samoživitele, kteří umírají, je nutné myslet na specifické potřeby této cílové skupiny. Viz. tabulka 1.

Tab. 1 Specifické potřeby umírajících rodičů samoživitelů z pohledu různých profesí

Oblast	Specifické potřeby
Rodičovská povinnost	Potřeba vyřešit budoucí péči o děti Potřeba být pravdivě a včas informován o svém onemocnění, jeho prognóze a vývoji
Multidisciplinární péče	Potřeba uvědomit si limity sociálního a legálního systému ve vztahu k rodičům samoživitelům Potřeba dobré komunikace v týmu – složitá sociální situace neumožňuje řešení pouze jedním členem týmu
Sociální	Potřeba emocionální podpory rodiče a dítěte Potřeba včasné podpory rodiče samoživitele Potřeba řešit potřeby umírajícího rodiče a jeho nezletilého dítěte odděleně
Právní	Potřeba identifikace poručníka Potřeba včas uvést v závěti či jiném právně závazném dokumentu přání ohledně budoucí péče o děti
Paliativní péče	Potřeba identifikovat umírající rodiče samoživitele jako potencionální příjemce časnější péče než ostatní skupiny pacientů Potřeba identifikovat umírající rodiče samoživitele jako potencionální příjemce komplexnější péče

Naplňování fyzických a psychických potřeb nezletilých dětí se stává pro mnohé rodiny postižené onkologickým onemocněním rodičů velkou výzvou. Úvahy o plánování a zajištění budoucí péči jsou bolestivé pro jakoukoli rodinu, obzvlášť však pro rodiče samoživitele. V některých kulturách jsou osiřelé děti automaticky předávány do péče příbuzných. V jiných kulturách se předpokládá, že péči převezmou prarodiče (Rende, 2005).

Plánování budoucí péče svých dětí a jejich předání jiné rodině, to je pro rodiče nejtěžší úkol. Rodiče mohou popírat závažnost jejich klinického stavu, nebo blízkost smrti. Pacienti na konci svého života jen velmi těžce nesou závislost na něčí pomoci (Steinhauser at al., 2000). Někdy může být také plánování budoucnosti svých dětí vnímáno okolím těžce nemocného pacienta jako vzdání se naděje na uzdravení. Neschopnost postarat se o své děti je pro umírajícího rodiče velmi bolestivou zkušeností (Willis, 2001).

Diskuze

Studie zaměřené na pacienty s AIDS ve Spojených státech amerických ukázaly, že většina rodin nemá formální plány ohledně budoucí péče o své děti (Draimin, 1995). Stejný trend je také patrný u starších rodičů dětí se zdravotním postižením (Willis, 2001). Často také není

tato budoucí péče projednávána s dětmi samotnými, protože rodiče je tak chtějí „chránit“ před tvrdou realitou. I v případech, kdy byly diskutovány plány ohledně budoucí péče o děti a tyto plány byly formálně sepsány, nedošlo v praxi k jejich naplnění(Saldinger, 2005). Například rodiči určení pěstouni nebyly schopni zajistit děti finančně. Děti tak byly umístěny do náhradní rodinné péče mimo okruh určených osob.V rodinách, kde umírá rodič samoživitel a má více než jedno dítě, se plánování budoucí péče jeví jako ještě významnější a složitější. Včasné zaměření pozornosti na otázky týkající se budoucí péče o děti je nesmírně důležitá. V úplných rodinách, kde jeden z rodičů umírá, je obtížné děti na smrt jednoho z rodičů připravit a nese to s sebou řadu problémů pro tyto děti jak po stránce emocionální, tak psychické. Ovšem problémy, kterým musí čelit děti, jimž umírá jediný rodič, již souvisí s výraznou emocionální a psychickou zátěží, která může časem vyústit i v psychické onemocnění dítěte. Smrt rodiče je velmi negativní zkušeností a pocit ztráty jediného rodiče učiní děti velmi zranitelnými. Svět se pro tyto děti stává nebezpečným místem, kde nic není stabilní (Saldinger, 2005). Děti reagují na smrt rodičů negativně ve všech věkových skupinách, i když rozsah dopadu závisí na jejich vývojové a kognitivní zralosti (Kirwin at al, 2005). Dospívající mohou reagovat na smrt rodiče silnými emocionálními reakcemi, které však mohou mít problém vyjádřit. Děti a mladiství rodiče samoživitele mají výraznější pocit nestability, a to zejména v případě, že nebyly projednávány žádné plány ohledně jejich budoucnosti. Umírající rodiče a jejich děti tak potřebují maximální podporu a vytvoření takových podmínek, aby mohly být tyto otázky projednávány.

Mnozí pacienti jsou do hospicové péče přijímáni až na sklonku své nemoci a v některých případech již došlo ke změnám v jejich kognitivních schopnostech. (Centeno, 2004). K tomu dochází zejména u mladších pacientů, kteří upínají veškeré své síly k uzdravení a nepřipouštějí si možnost umírání a smrti. (Willis, 2001). Pacienti si často neuvědomují, že změny v jejich kognitivních schopnostech mohou nastat velmi rychle, po období zdánlivé stability. Je velmi důležité, aby zdravotníci byly schopni na toto téma diskutovat s pacienty, aby jim byly schopni v každé fázi nemoci vysvětlit možnosti léčby a pravděpodobnou prognózu. Břemeno těchto rozhovorů leží na bedrech onkologů, popřípadě praktických lékařů. Jen tak může pacient zahájit potřebné právní kroky, související s jeho blížícím se koncem. Rodiče potřebují rady, jak se svými dětmi hovořit o blížící se smrti a to v závislosti na věku a úrovni chápání dítěte. Vytvoření plánu ohledně budoucí péče o dítě přináší rodičům pocit kontroly a dětem pocit stability (MacPherson, 2005).

Z právního hlediska na situaci, kdy dítě přijde o oba rodiče nebo rodiče samoživitele, pamatuje nový občanský zákoník – zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, účinný od 1. 1. 2014. V případě, že rodiče nežijí nebo nemohou vykonávat rodičovskou zodpovědnost, jmenuje soud dítěti poručníka. Poručník má vůči dítěti zásadně všechny povinnosti a práva jako rodič, ale nemá k dítěti vyživovací povinnost. Nejprve se role poručníka ujme orgán sociálně právní ochrany dětí jako veřejný poručník, a to až do doby, kdy soud jmenuje dítěti poručníka nebo dokud se poručník neujme funkce. Není-li to v rozporu se zájmy dítěte, jmenuje soud poručníkem toho, koho naznačili rodiče, ledaže tato osoba poručenství odmítne. Jinak soud jmenuje poručníkem některou z osob příbuzných nebo blízkých dítěti nebo jeho rodině, ledaže rodič takovou osobu výslovně vyloučil. Není-li takové osoby, jmenuje soud poručníkem jiného vhodného člověka. Fyzická osoba, kterou soud jmenoval, může své jmenování do funkce poručníka odmítnout. Soud pak jmenuje jinou osobu. Poručníkem lze jmenovat jen plně svéprávnou osobu, která způsobem života zaručuje, že

je schopna funkci poručníka řádně vykonávat. Před jejím jmenováním do funkce poručníka soud zjistí, zda její jmenování není v rozporu se zájmem dítěte. Do funkce poručníka může soud jmenovat i dvě osoby; budou jimi zpravidla manželé. Poručník odpovídá za řádné plnění své funkce a podléhá stálému dozoru soudu. Poručník se ujímá své funkce dnem jmenování. Do devadesáti dnů po svém jmenování předloží poručník soudu soupis jmění dítěte; soud může tuto lhůtu na žádost poručníka prodloužit, nejdéle však o šedesát dnů. Každé rozhodnutí poručníka v nikoli běžné záležitosti týkající se dítěte musí být schváleno soudem. K právnímu jednání poručníka, k němuž schází potřebný souhlas soudu, se nepřihlíží. Poručník podává soudu pravidelně zprávy o osobě dítěte a o jeho vývoji a předkládá účty ze správy jeho jmění, a to alespoň jednou za rok, neurčí-li soud období kratší. Soud může poručníka zprostit povinnosti podávat podrobné vyúčtování spravovaného jmění, nepřesahují-li výnosy majetku pravděpodobné náklady na zachování majetku a na výchovu a výživu dítěte.Poručenství rovněž zaniká, nabude-li dítě svéprávnosti, nebo je-li osvojeno. Poručenská funkce zaniká smrtí poručníka, nebo rozhodnutím soudu o zproštění poručníka jeho funkce, nebo o odvolání poručníka. Soud zprostí poručníka funkce, požádá-li o to z důležitých důvodů, nebo stane-li se osoba, která funkci poručníka vykonávala, pro výkon funkce poručníka nezpůsobilou. Soud odvolá poručníka, který porušuje své poručnické povinnosti. Soud zváží odvolání poručníka, zjistí-li důvody, pro které není vhodné, aby poručník svou funkci nadále vykonával. Po skončení výkonu funkce poručníka postoupí ten, kdo funkci vykonával, bez zbytečného odkladu, nejpozději však do šesti měsíců, soudu všechno, co měl z důvodu své funkce u sebe, a předloží mu závěrečnou zprávu o výkonu poručenské funkce; její součástí je závěrečný účet ze správy jmění dítěte. Zemře-li ten, kdo vykonával funkci poručníka, postoupí jeho dědic soudu všechno, co měl zemřelý u sebe z důvodu výkonu své poručenské funkce. Není-li dědiců, má tuto povinnost každý, kdo má přístup k tomu, co měl zemřelý z důvodu výkonu své poručenské funkce u sebe. Je-li poručníkem člověk, který o dítě osobně pečuje tak, jako by mu bylo dítě svěřeno trvale do péče, náleží mu hmotné zabezpečení jako pěstounovi. Pečuje-li poručník o dítě osobně spolu se svým manželem, použijí se ustanovení o poměru rodiče a jeho manžela k dítěti obdobně. Je-li poručníkem člověk, který o dítě osobně pečuje, a péče o jmění dítěte je značně obtížná, zejména pro rozsáhlost či rozmanitost majetkového souboru, může poručník navrhnout, aby soud jmenoval pro správu jmění dítěte opatrovníka; součástí návrhu je soupis jmění dítěte ke dni podání návrhu.Jmenuje-li soud opatrovníka podle odstavce 1, vymezí zároveň vzájemné povinnosti a práva poručníka a tohoto opatrovníka. Nebyl-li opatrovník pro správu jmění jmenován, použijí se ustanovení týkající se opatrovníka pro správu jmění obdobně pro poručníka, který pečuje o jmění dítěte, ledaže je v ustanoveních týkajících se poručníka stanoveno jinak.Na projev přání rodičů o osobě budoucího poručníka nejsou kladeny žádné formální požadavky, tzn. že ani v případě smrti rodičů se nevyžaduje forma závěti. V každém případě, chce-li takto rodič děti zabezpečit, je dobré, ale i nutné s osobou, kterou chce dětem určit jako poručníka toto prodiskutovat, aby s poručenstvím souhlasila. Tuto osobu pak nemusí rodič určit závětí, protože tato osoba se sama k poručenství přihlásí (Nový občanský zákoník, 2014).

V ideálním případě, právní řešení by mělo zmírnit obavy umírajícího rodiče a dát mu nějakou jistotu. Souhlas budoucího opatrovníka může dát umíranému rodiči trochu klidu a pocitu bezpečí. Užší spolupráce a komunikace mezi zdravotníky a sociálními pracovníky by mohla pomoci při plánování zajištění budoucnosti dětí, jejichž jediný rodič umírá.

Závěr

Byla provedena řada studií zaměřených na psychologický dopad smrti rodičů na jejich nezletilé děti. Také bylo napsáno hodně o roli pečovatelů a rodičů v rámci příprav na blížící se smrt rodičů. Ze všech studií vyplývá jeden závěr. Přiměřená emocionální a psychologická podpora v době umírání a smrti rodičů může usnadnit následný proces vyrovnání se se ztrátou rodičů, zvládání zátěže s tím spojené a pomáhají jako prevence psychických poruch podmíněných touto ztrátou do budoucnosti (Saldinger et al., 2004, Haine et al., 2006, Wong et al, 2006). Chybí však praktická doporučení, jak nejlépe pomoci rodičům, jež čelí vlastní smrti a musí zajistit budoucí péči pro své nezletilé děti.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Autorka si není vědoma žádného konfliktu zájmu.

Bibliografické odkazy

CENTENO, C., SANZ, A., ALMARO, B., BAUERA, E. Delirium in advanced cancer patiens. *Paliative Medicine*, 2004, 18(3): 183-194.

Česko. Zákon č. 89 ze dne 3. 2. 2012 nový občanský zákoník. In *Sbírka zákonů České republiky. 2012*, částka 33, s.1025 – 1368. Dostupné z: http://obcanskyzakonik.justice.cz/fileadmin/NOZ_interaktiv.pdf

DRAIMIN, B. A second family? Placement and custody decisions. In: Geballe, S. Gruendel, J., Andiman, W. (eds). *Forgotten children of the AIDS epidemic*. New Haven, Connecticut: Yale University, 1995, pp. 125-139. ISBN 9780300062717

HAINE, R., WOLCHICK, S., SANDER, I. MILLSAP, R., AVERS, T. Positive parenting as a protective ressource for parentally bereaved children. *Death Studies*, 2006, 30 (1): - 1-28. DOI:10.1080/07481180500348639

KAČEROVÁ, E. České matky stárnou. Statistika a my. [online]. 2014, č. 3 [cit. 2015-03-04]. Dostupné z: http://www.statistikaamy.cz/2014/03/ceske-matky-starnou/

KIRWIN, K., HAMRIN, V. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 2005,18(2):62-78. DOI: 10.1111/j.1744-6171.2005.00002.x

MACPHERSON, C. TELLING *children their ill parent is dying: a study of the factors influencing the well parent. Mortality,* 2005, 10(2): 113-126. DOI: 10.1080/13576270500102872

RENDE TAILOR L. Patterns of child fosterage in rural north Thailand. *Journal of Biosocial Science*, 2005, 37(3): 333 – 350. DOI: http://dx.doi.org/10.1017/S0021932004006790

SALDINGER, A., PORTERFIELD, K., CAIN, A. Meeting the needs of parentally bereaved children: a framework for child-centred parenting. *Psychiatry*, 2004, 67(4): 331-352. DOI:10.1521/psyc.67.4.331.56562

STEINHAUSER, K., CHRISTAKIS, N., CLILO, E., MCNEILLY, M., MCINTYRE, L., TULSKY, J. Factors considered important an the end of life by patiens, family, physicians, and other care providers. *The Journal of the Američan Medical Association*, 2000, 284 (19):2475 – 2482. DOI:10.1001/jama.284.19.2476.

UZIS. *Zemřelí 2012*. Zdravotnická statistika. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013. 161 s. ISBN 978-80-7472-043-7

WILLIS, L, PECK, M., SELLS, S., RODABAUGH, K. Custody planning: a retrospective review of oncology patiens who were single parents. *Journal of Pain and Symptoms Management*, 2001, 21 (5): 380 – 384.

WONG, M., LOONEY, E., MICHAELS, J., PALESH, O., KOOPMAN, C. A prelimitary study of peritraumatic dissociation, social support, and coping in relation to posttraumatic stress symptoms for a patents cancer. *Psychooncology*, 2006, 15(12):1093 - 1098. DOI: 10.1002/pon.1041

PhDr. Marie Macková, Ph.D.
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
Marie.Mackova2@upce.cz

Hodnocení čtivosti Kuchařky pro rodiče malých dětí

Mandysová P.

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Abstrakt

Úvod: „Čtivost“ (obtížnost textu) edukačních materiálů pro pacienty a laickou veřejnost je v zahraniční odborné literatuře často hodnocena pomocí matematických vzorců; v české odborné literatuře je však zájem o tuto problematiku pouze okrajový.

Cíl: Cílem bylo zhodnotit čtivost knihy Kuchařka pro rodiče malých dětí pomocí Mistríkova vzorce, následně hodnocený úryvek upravit tak, aby bylo dosaženo zlepšené čtivosti.

Metoda: Pomocí Mistríkova vzorce byla vypočítána čtivost úryvku uvedené knihy (16 vět). Poté byl úryvek upraven tak, že 6 vybraných dlouhých vět bylo rozděleno vždy na 2 kratší věty. Byla zjištěna čtivost upraveného úryvku opakováním výpočtu dle Mistríkova vzorce.

Výsledky: Čtivost úryvku byla 19,88 „bodů“; úryvek byl na hranici mezi těžko srozumitelným a náročným, ale srozumitelným textem. Čtivost upraveného úryvku byla 27,81 „bodů“; text se tak přiblížil k úrovni průměrného, lehce srozumitelného textu.

Závěr: Čtivost edukačních materiálů může být zlepšena, pokud je při jejich tvorbě věnována pozornost délce vět; kratší věty činí text více srozumitelný.

Klíčová slova: čtivost, edukační materiály, Mistríkův vzorec

Abstract

Introduction: Readability of educational materials for patients and the public is frequently evaluated, in the foreign professional literature, using mathematical formulas. However, the Czech professional literature devotes only marginal attention to this issue.

Aim: The aim was to assess readability of the Cookbook for Parents of Small Children using Mistrík's formula and subsequently to adapt the excerpt in order to improve its readability.

Method: Mistrík's formula was used to calculate readability of a selected excerpt (16 sentences). Next, the excerpt was adapted by splitting 6 long sentences always into two shorter sentences, and its readability was assessed by repeating the calculation.

Results: Readability of the excerpt was 19.88 "points"; it was between the level of very difficult comprehension and exacting but feasible comprehension. Readability of the adapted excerpt was 27.81 "points"; it was almost at the level of average, easily comprehensible texts.

Conclusion: Readability of educational materials can be improved by using shorter sentences rather than longer ones.

Key Words: educational materials, Mistrík's formula, readability

Úvod

Edukace je nedílnou součástí práce zdravotnických profesí. Často probíhá ústně, ale neméně důležité jsou písemné informace. V mnohých případech je nutné předávat velké množ-

ství informací a pokynů, které navíc mohou být poměrně složité; jindy edukaci ztěžuje nedostatek času při osobním kontaktu zdravotníka s pacientem. Pacient si tak může sám pročíst písemné informace a kdykoliv se k nim vrátit. Ideálně by zdravotník měl zjišťovat, zda pacient písemným informacím porozuměl, ale ne vždy je to reálné. Navíc laická veřejnost si sama vyhledává informace o celé řadě otázek týkajících se nemoci a zdraví, aniž by byla v užším kontaktu se zdravotnickým personálem a o pročtené problematice s odborníkem diskutovala.

Obsah písemných materiálů používaných pro edukaci pacientů a široké laické veřejnosti musí být správný a aktuální. Neméně důležitou otázkou je přitom stupeň obtížnosti textu pro čtení, která je v češtině označována termínem „čtivost" (Jonák, 2005) nebo „čitelnost" (Šlerka, Smolík, 2010, s. 1) a v angličtině termínem „readability" (Bastable, 2008, s. 255; Šlerka, Smolík, 2010, s. 1).

V zahraničí existuje mnoho metod, dle nichž je možno zhodnotit čtivost textu; hodnocení textu se běžně provádí v oblasti vzdělávání, v armádě, zdravotnictví, státní správě (Stockmeyer, 2009, s. 46). Nejpopulárnější metody jsou přitom založeny na předpokladu, že snadněji čitelný text obsahuje spíše kratší věty a kratší slova (Šlerka, Smolík, 2010, s. 2). Příkladem je Fleschův-Kincaidův vzorec, který je dokonce součástí amerických verzí textových editorů včetně MS Office (Stockmeyer, 2009, s. 46). Tento vzorec byl vytvořen v 70. letech 20. století adaptací již dříve vyvinutého vzorce Flesch Reading Ease a byl opakovaně testován na dospělých respondentech (Bastable, 2008, s. 256; Stockmeyer, 2009, s. 46). Výpočet vychází ze dvou proměnných: průměrné délky vět (vyjádřené počtem slov) a průměrné délky slov (vyjádřené počtem slabik) (Bastable, 2008, s. 256). Gunningův Fog index pochází z roku 1952 a je založen na počtu vět a procentu složitých slov obsahujících tři a více slabik (Bastable, 2008, s. 256; Šlerka, Smolík, 2010, s. 37). Jedním z nejjednodušších a nejčastěji používaných vzorců je SMOG (Simple Measure of Gobbledygook) index, vytvořený v roce 1969 G. H. McLaughlinem (Bastable, 2008, s. 257; Šlerka, Smolík, 2010, s. 37). Je založen na počtu slov a počtu složitých (tří a víceslabičných) slov (Bastable, 2008, s. 257). Fryův graf čtivosti vychází z průměrného počtu slabik (osa x) a průměrného počtu vět (osa y); obtížnost textu je odečtena z průsečíku těchto hodnot (Bastable, 2008, s. 257).

Uvedené vzorce doporučuje americká vládní organizace National Institutes of Health, která vyzývá autory edukačních materiálů (EM), aby své texty hodnotili a případně upravili ještě ve fázi jejich tvorby (National Institutes of Health, 2013). Čtivost EM pro pacienty je v zahraniční ošetřovatelské literatuře skutečně častým předmětem zkoumání, a to za pomoci zmíněných či dalších vzorců. Shiehová a Hoseiová posuzovaly 21 tištěných EM poskytovaných v ordinacích lékařů, nemocnicích, obchodech a dalších veřejně přístupných místech, přičemž obsažené informace se týkaly rýmy, rakoviny, krevního tlaku, chřipky, antibiotik a dalších témat (2008, s. 79). Za pomoci SMOG indexu bylo zjištěno, že průměrná čtivost těchto EM odpovídala 10. třídě školní docházky; přitom za přijatelnou lze považovat čtivost na úrovni 6. – 8. třídy (Shieh, Hosei, 2008, s. 82). Wilsonová hodnotila čtivost 25 EM dostupných v 5 zdravotnických centrech pro pacienty s nižším sociálně-ekonomickým statusem, a to pomocí SMOG indexu, Fleschova-Kincaidova vzorce a vzorce Flesch Reading Ease (Wilson, 2009, s. 33). Bylo zjištěno, že EM byly psány na příliš vysoké úrovni pro průměrného dospělého čtenáře. Šetření zabývající se čtivostí 21 EM na téma kardioverter-defibrilátoru využilo SMOG indexu a Fryova grafu (Strachan et al., 2012).

Bylo zjištěno, že EM byly obtížné; nejjednodušší z nich byl na úrovni 9. třídy (Strachan et al., 2012, s. 503).

V České republice je otázce čtivosti věnována mnohem menší pozornost než v zahraničí, a to spíše v oblasti práce s dětským čtenářem, kdy je nutno se zabývat stanovením jazykové obtížností obsahu knih ve vztahu k věku dítěte (Jonák, 2005). Výše uvedené vzorce přitom nelze použít bez potíží. Kromě proměnných totiž obsahují také numerické konstanty, které byly v každém vzorci nalezeny empiricky a které jsou specifické pro angličtinu (Šlerka, b. r.). Pro využití v českém jazyce by tak bylo nutné hodnoty konstant před použitím kalibrovat (Šlerka, Smolík, 2010, s. 38). Mohlo by být žádoucí upravit i některé proměnné. Příkladem je šetření Šlerky a Smolíka (2010, s. 40), ve kterém byla česká slova považována za složitá, až pokud obsahovala čtyři a více slabik, na rozdíl od anglických slov, která jsou pokládána za složitá již v případě, že jsou tříslabičná.

Vzhledem ke zmíněným obtížím je pro hodnocení českého textu vhodné využít domácích metod spíše než metod zahraničních. V bývalém Československu se problematikou zabýval zejména slovenský lingvista J. Mistrík (Šlerka, Smolík, 2010, s. 34). Jeho vzorec „srozumitelnosti" (Mistrík používá spíše tento termín než termín „čtivost") byl poprvé publikován ve slovenském jazyce; je založen na průměrné délce věty vyjádřené v počtu slov (je ukazatelem složitosti vyjadřované myšlenky), průměrné délce slov vyjádřené v počtu slabik (je ukazatelem pojmové náročnosti) a na tzv. indexu opakování, který vyjadřuje frekvenci daného slova v konkrétním textu a je ukazatelem prediktability (Mistrík, 1968, s. 174–175). Čím se dané slovo v textu vyskytuje častěji, tím je index opakování vyšší a text má lepší čtivost (Mistrík, 1968, s. 174–175). Vzorek textu o délce 300 slov je přitom dostatečně reprezentativní; není třeba analyzovat celý dlouhý text (Mistrík, 1968, s. 174–175).

Mistríkův vzorec (MV) má dnes své místo i při hodnocení českých textů (Jonák, 2005; Šlerka, Smolík, 2010). Dokonce byl využit pro hodnocení EM pro pacienty, a to na téma cévní mozkové příhody (Chamerová, Mandysová, 2012). Jedná se však o ojedinělá šetření a problematice je stále věnováno málo pozornosti, přestože přílišná náročnost textu může způsobit, že účel EM – poskytnout srozumitelné informace na dané téma – zůstane nenaplněn.

Cíl

Cílem bylo zhodnotit čtivost knihy Kuchařka pro rodiče malých dětí (Gregora, 2010), publikované v nakladatelství Grada Publishing, a.s. v edici Pro rodiče, a to pomocí MV. Dalším cílem bylo hodnocený úryvek jednoduchým způsobem upravit tak, aby bylo dosaženo zlepšené čtivosti. Na základě získaných výsledků mohou být učiněna doporučení využitelná při tvorbě jakýchkoliv EM pro pacienty a laickou veřejnost.

Metodika

Pro hodnocení čtivosti textu byl vybrán úryvek výše uvedené knihy, a to úvodních 16 vět z kapitoly Výchova dětí ke správné výživě (Gregora, 2010, s. 15–16):

Co to je správná výživa? Taková, která co nejvíce odpovídá racionální stravě, je dostatečně pestrá, obsahuje poměr živin optimální pro rostoucí organismus, s dostatkem mléka jako zdroje vápníku, s přiměřeným množstvím masa jako zdroje železa, s přísunem ovoce a zeleniny jako zdroje vitamínů a vlákniny. Je to taková výživa, která vyhovuje v mírných obměnách celé rodině, dítě díky ní prospívá, dobře roste, je spokojené a jídlo mu chutná.

Rodiče se při výchově svých dětí většinou, byť podvědomě, opírají o názory a zvyklosti, podle nichž byli sami vychováni. Přitom každý z nich pochází z jiného prostředí, a tak se i jejich názory mohou často značně lišit.
Jednou ze základních podmínek správného působení na dítě je výchovné sjednocení rodičů. Oba se musí dohodnout a snažit se o stejný cíl a metody. V prvních letech převládá výchovný vliv matky, ale úloha otce je neméně odpovědná. Dítě napodobuje chování rodičů, a tak se jejich slova nesmějí rozcházet s činy. Rodiče nemohou lpět na zavedených stravovacích návycích jejich rodů, protože ne vždy jsou to zvyklosti optimální a zdravé, ale měli by jít s duchem doby a snažit se o racionální stravování celé rodiny.
Energetická hodnota stravy se mění podle věku dětí. Pro každou věkovou skupinu platí určité normy zajišťující základní látkovou přeměnu i činnost organismu.
Důležitější než energetická hodnota stravy je však podíl jejích jednotlivých složek a její pestrost. Ne každý pokrm, který znamená bohatý energetický přísun, je vhodný.
Rodiče by si také měli uvědomit, že nezáleží jen na tom, co jíme a kolik toho sníme, ale za jakých podmínek, jaký poměr máme k jídlu a jak učíme své děti, aby k jídlu přistupovaly a chovaly se při něm, v jakých podmínkách je učíme jíst a k dodržování jakého časového rozvrhu je vedeme.
Dítě by se mělo naučit ovládat své chutě, mělo by být pro něj samozřejmé, že si před jídlem musí umýt ruce, že ovoce a zeleninu musí nejprve omýt, než si ji dá do pusy, že se nekouše z cizího krajíce (Gregora, 2010, s. 15–16).

Pro výpočet čtivosti pomocí MV bylo nejprve nutno spočítat: a) průměrnou délku vět v počtu slov (V), b) průměrnou délku slov v počtu slabik (S) a c) index opakování slov (I), který byl získán pomocí vzorce I = N/L, kde N je celkový počet slov a L vyjadřuje počet rozdílných slov (Chamerová, Mandysová, 2012, s. 12; Jonák, 2005). Do rozdílných slov byly počítány i různé tvary stejného slova, v souladu s postupem Šlerky a Smolíka (2010, s. 40). Získané hodnoty pak byly dosazeny do MV (Obr. 1) a byla získána výsledná čtivost (R).

Obr. 1 Mistríkův vzorec (Jonák, 2005; Chamerová, Mandysová, 2012, s. 12)

$$R = 50 - \frac{V \times S}{N \div L}$$

L – počet rozdílných slov; N – celkový počet slov; R – čtivost; S – průměrná délka slov v počtu slabik; V – průměrná délka vět v počtu slov

Čtivost (R) může být v rozmezí od 0 do 50 „bodů"; interpretace hodnot byla Mistríkem (1968, s. 177) nalezena empiricky (Tab. 1) a je dodnes respektována. Dle Tabulky 1 byla interpretována výsledná hodnota čtivosti i v tomto šetření.

Tab. 1 Interpretace získané čtivosti textu (Mistrík, 1968, s. 177)

Čtivost („bodů")	**Interpretace čtivosti**
0–10	Text je na hranici srozumitelnosti.
10–20	Text je těžko srozumitelný a dá se pouze studovat, ne číst.
20–30	Text je výkladový, náročný, ale srozumitelný.
30–40	Text je průměrný, lehce srozumitelný, čte se plynně.
40–50	Text je velmi lehký, konverzační a narativní.

Na závěr byl hodnocený úryvek upraven s cílem zlepšit jeho čtivost. Byl proveden pouze minimální zásah do textu (dělení dlouhých vět na věty kratší), který však může podstatným

způsobem změnit hodnotu jedné ze sledovaných proměnných, průměrné délky vět (V). Poté byla vypočítána čtivost takto upraveného textu, a to stejným postupem jako v případě původní podoby hodnoceného úryvku. Získaná čtivost byla porovnána se čtivostí původního textu.

Výsledky

Pro usnadnění výpočtů byl hodnocený úryvek vložen do tabulky, kde v 1. sloupci bylo na každém řádku jedno slovo, přičemž byla zachována posloupnost textu, v 2. sloupci bylo zaznamenáno pořadí slova (čímž byl na posledním řádku získán celkový počet slov, N), ve 3. sloupci byl počet slabik daného slova, ve 4. délka dané věty ve slovech (číslo bylo zobrazeno na řádku odpovídajícím poslednímu slovu ve větě) a v 5. sloupci bylo zaznamenáno pořadí rozdílných slov (čímž byl na posledním řádku získán celkový počet rozdílných slov, L). Tabulka 2 obsahuje názornou ukázku tohoto zpracování textu, a to prvních 5 vět hodnoceného úryvku. Obdobným způsobem se postupovalo při analýze celého úryvku (tedy všech 16 vět).

Tab. 2 Analýza části úryvku z kapitoly Výchova dětí ke správné výživě (Gregora, 2010, s. 15–16)

Slovo	N	S	V	L	Slovo	N	S	V	L	Slovo	N	S	V	L
Co	1	1		1	s	36	1			při	71	1		55
to	2	1		2	přísunem	37	3		31	výchově	72	3		56
je	3	1		3	ovoce	38	3		32	svých	73	1		57
správná	4	2		4	a	39	1		33	dětí	74	2		58
výživa?	5	3	5	5	zeleniny	40	4		34	většinou,	75	3		59
Taková,	6	3		6	jako	41	2			byť	76	1		60
která	7	2		7	zdroje	42	2			podvědomě,	77	4		61
co	8	1			vitamínů	43	4		35	opírají	78	4		62
nejvíce	9	3		8	a	44	1			o	79	1		63
odpovídá	10	4		9	vlákniny.	45	3	40	36	názory	80	3		64
racionální	11	5		10	Je	46	1			a	81	1		
stravě,	12	2		11	to	47	1			zvyklosti,	82	3		65
je	13	1			taková	48	3			podle	83	2		66
dostatečně	14	4		12	výživa,	49	3			nichž	84	1		67
pestrá,	15	2		13	která	50	2			byli	85	2		68
obsahuje	16	4		14	vyhovuje	51	4		37	sami	86	2		69
poměr	17	2		15	v	52	1		38	vychováni.	87	4	19	70
živin	18	2		16	mírných	53	2		39	Přitom	88	2		71
optimální	19	4		17	obměnách	54	3		40	každý	89	2		72
pro	20	1		18	celé	55	2		41	z	90	1		73
rostoucí	21	3		19	rodině,	56	3		42	nich	91	1		74
organismus,	22	4		20	dítě	57	2		43	pochází	92	3		75
s	23	1		21	díky	58	2		44	z	93	1		
dostatkem	24	3		22	ní	59	1		45	jiného	94	3		76
mléka	25	2		23	prospívá,	60	3		46	prostředí,	95	3		77
jako	26	2		24	dobře	61	2		47	a	96	1		
zdroje	27	2		25	roste,	62	2		48	tak	97	1		78
vápníku,	28	3		26	je	63	1			se	98	1		
s	29	1			spokojené	64	4		49	i	99	1		79
přiměřeným	30	4		27	a	65	1			jejich	100	2		80
množstvím	31	2		28	jídlo	66	2		50	názory	101	3		

masa	32	2		29	mu	67	1		51	mohou	102	2		81
jako	33	2			chutná.	68	2	23	52	často	103	2		82
zdroje	34	2			Rodiče	69	3		53	značně	104	2		83
železa,	35	3		30	se	70	1		54	lišit.	105	2	18	84

L – počet rozdílných slov; N – celkový počet slov; S – průměrná délka slov v počtu slabik; V – průměrná délka vět v počtu slov

Úryvek obsahoval celkem 328 slov, z nichž 226 bylo rozdílných. Nejkratší věta obsahovala 5 slov: „Co to je správná výživa?“ a nejdelší věta 54 slov: „Rodiče by si také měli uvědomit, že nezáleží jen na tom, co jíme a kolik toho sníme, ale za jakých podmínek, jaký poměr máme k jídlu a jak učíme své děti, aby k jídlu přistupovaly a chovaly se při něm, v jakých podmínkách je učíme jíst a k dodržování jakého časového rozvrhu je vedeme.“ (Gregora, 2010, s. 15). Průměrná délka vět (V) byla 20,50 slov a průměrná délka slov (S) byla 2,13 slabik. Index opakování slov I = 328÷226 =1,45. Výsledná čtivost je 19,88 „bodů“ (Obr. 2).

Obr. 2 Výpočet čtivosti úryvku z kapitoly Výchova dětí ke správné výživě (Gregora, 2010, s. 15–16) dle Mistríkova vzorce

$$R = 50 - \frac{20{,}50 \times 2{,}13}{328 \div 226} = 50 - \frac{20{,}50 \times 2{,}13}{1{,}45} = 50 - \frac{43{,}67}{1{,}45} = 50 - 30{,}12 = 19{,}88$$

R – čtivost

Úpravou hodnoceného textu pomocí dělení šesti dlouhých vět vždy na dvě věty kratší (Tab. 3) úryvek obsahoval celkem 22 vět o průměrné délce vět (V) = 15,14 slov; celkový počet slov (N) = 333, počet rozdílných slov (L) = 228 a průměrná délka slov (S) = 2,14 slabik.

Tab. 3 Úprava úryvku z kapitoly Výchova dětí ke správné výživě (Gregora, 2010, s. 15–16)

Věta v originálním úryvku (n)	**Věty v upraveném úryvku (n)**	**Popis úpravy a dopad na sledované proměnné**
Taková, která co nejvíce odpovídá racionální stravě, je dostatečně pestrá, obsahuje poměr živin optimální pro rostoucí organismus, s dostatkem mléka jako zdroje vápníku, s přiměřeným množstvím masa jako zdroje železa, s přísunem ovoce a zeleniny jako zdroje vitamínů a vlákniny. (n = 40)	*Taková, která co nejvíce odpovídá racionální stravě, je dostatečně pestrá a obsahuje poměr živin optimální pro rostoucí organismus. (n = 18)* *Taková, která obsahuje dostatek mléka jako zdroje vápníku, s přiměřeným množstvím masa jako zdroje železa, s přísunem ovoce a zeleniny jako zdroje vitamínů a vlákniny. (n = 25)*	*1. Rozdělení původní věty na dvě věty;* *2. v první větě doplněna spojka „a“; v druhé větě doplněn a pozměněn úvod;* *3. celkový počet slov N: o 3 slova více;* *4. počet rozdílných slov L: nezměněn (doplněná slova se vyskytují jinde v textu).*
Je to taková výživa, která vyhovuje v mírných obměnách celé rodině, dítě díky ní prospívá, dobře roste, je spokojené a jídlo mu chutná. (n = 23)	*Je to taková výživa, která vyhovuje v mírných obměnách celé rodině. (n = 11)* *Dítě díky ní prospívá, dobře roste, je spokojené a jídlo mu chutná. (n = 12)*	*1. Rozdělení původní věty na dvě věty;* *2. celkový počet slov N: nezměněn;* *3. počet rozdílných slov L: nezměněn.*

Přitom každý z nich pochází z jiného prostředí, a tak se i jejich názory mohou často značně lišit. (n = 18)	*Přitom každý z nich pochází z jiného prostředí. (n = 8)* *Proto se i jejich názory mohou často značně lišit. (n = 9)*	*1. Rozdělení původní věty na dvě věty;* *2. celkový počet slov N: o 1 slovo méně;* *3. počet rozdílných slov L: o 1 slovo více (nově slovo „proto“).*
Rodiče nemohou lpět na zavedených stravovacích návycích jejich rodů, protože ne vždy jsou to zvyklosti optimální a zdravé, ale měli by jít s duchem doby a snažit se o racionální stravování celé rodiny. (n = 33)	*Rodiče nemohou lpět na zavedených stravovacích návycích jejich rodů, protože ne vždy jsou to zvyklosti optimální a zdravé. (n = 18)* *Měli by jít s duchem doby a snažit se o racionální stravování celé rodiny. (n = 14)*	*1. Rozdělení původní věty na dvě věty;* *2. celkový počet slov N: o 1 slovo méně;* *3. počet rozdílných slov L: nezměněn.*
Rodiče by si také měli uvědomit, že nezáleží jen na tom, co jíme a kolik toho sníme, ale za jakých podmínek, jaký poměr máme k jídlu a jak učíme své děti, aby k jídlu přistupovaly a chovaly se při něm, v jakých podmínkách je učíme jíst a k dodržování jakého časového rozvrhu je vedeme. (n = 54)	*Rodiče by si také měli uvědomit, že nezáleží jen na tom, co jíme a kolik toho sníme, ale za jakých podmínek a jaký poměr máme k jídlu. (n = 27)* *Záleží i na tom, jak učíme své děti, aby k jídlu přistupovaly a chovaly se při něm, v jakých podmínkách je učíme jíst a k dodržování jakého časového rozvrhu je vedeme. (n = 31)*	*1. Rozdělení původní věty na dvě věty;* *2. v první větě doplněna spojka „a“; v druhé větě doplněn a pozměněn úvod;* *3 celkový počet slov N: o 4 slova více;* *4. počet rozdílných slov L: o 1 slovo více (nově slovo „záleží“).*
Dítě by se mělo naučit ovládat své chutě, mělo by být pro něj samozřejmé, že si před jídlem musí umýt ruce, že ovoce a zeleninu musí nejprve omýt, než si ji dá do pusy, že se nekouše z cizího krajíce. (n = 40)	*Dítě by se mělo naučit ovládat své chutě. (n = 8)* *Mělo by být pro něj samozřejmé, že si před jídlem musí umýt ruce, že ovoce a zeleninu musí nejprve omýt, než si ji dá do pusy, že se nekouše z cizího krajíce. (n = 32)*	*1. Rozdělení původní věty na dvě věty;* *2. celkový počet slov N: nezměněn;* *3. počet rozdílných slov L: nezměněn.*

L – počet rozdílných slov; N – celkový počet slov; n – počet slov ve větě

Dosazením výše získaných hodnot do MV byla vypočítána čtivost upraveného textu (Obr. 3):

Obr. 3 Výpočet čtivosti upraveného úryvku z kapitoly Výchova dětí ke správné výživě (Gregora, 2010, s. 15–16) dle Mistríkova vzorce

$$R = 50 - \frac{15{,}14 \times 2{,}14}{333 \div 228} = 50 - \frac{15{,}14 \times 2{,}14}{1{,}46} = 50 - \frac{32{,}40}{1{,}46} = 50 - 22{,}19 = 27{,}81$$

R – čtivost

Diskuze

Dle interpretační tabulky (Tab. 1) je hodnocený úryvek prakticky na hranici mezi těžko srozumitelným textem, který se dá pouze studovat, ne číst, a výkladovým, náročným, ale srozumitelným textem. Toto zjištění je v souladu se závěry zahraničních šetření zmíněných v úvodu příspěvku a částečně i se závěry šetření Chamerové a Mandysové (2012, s. 14), ve kterém byla hodnota čtivosti (R) dvou obtížnějších EM (celkem byly analyzovány tři) v rozmezí od 16–23 „bodů".

Je důležité si uvědomit, že při analýze úryvku knihy Gregory (2010) byly různé tvary stejného slova považovány za rozdílná slova. Avšak pokud by při analýze byla uplatněna druhá varianta výpočtu zmíněná Šlerkou a Smolíkem (2010, s. 40), dle které jsou různé tvary stejného slova považovány za opakující se slovo, bylo by dosaženo nižší hodnoty L (počtu rozdílných slov), tím i vyššího I (indexu opakovatelnosti) a vyšší hodnoty R (čtivosti). Na základě interpretace dle Tabulky 1 by takový text byl pravděpodobně hodnocen poněkud příznivěji. Zmíněné šetření Chamerové a Mandysové (2012) bylo založeno právě na této druhé metodě.

Navrženou úpravou textu z knihy Gregory (2010) dělením šesti delších vět vždy na dvě věty kratší je obsah sdělení jen zanedbatelně odlišný, avšak dopad na čtivost textu je velký: došlo k navýšení hodnoty R o téměř 40 % (Obr. 2; Obr. 3). Text se tak dostává téměř až na úroveň průměrného, lehce srozumitelného textu, který se čte plynně.

Správné pochopení textu sice mohou ovlivnit další charakteristiky textu, např. jeho grafické provedení (Bastable, 2008, s. 263), a charakteristiky čtenáře samotného, např. jeho zkušenosti s danou problematikou (Bastable, 2008, s. 255). Přesto výsledek šetření poukazuje na fakt, že EM (včetně knih) pro pacienty a laickou veřejnost mohou být příliš náročné. Jednoduchá úprava spočívající ve zkrácení dlouhých souvětí může text výrazně zjednodušit.

Závěr

Příspěvek upozorňuje na problematiku čtivosti EM. Na názorném příkladu uvádí, že čtivost textu určeného pro pacienty a laickou veřejnost nemusí být vždy ideální. Čtivost EM může být zlepšena, pokud je při jejich tvorbě věnována pozornost délce vět; kratší věty činí text více srozumitelný.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Příspěvek neobsahuje žádné etické aspekty ani konflikt zájmu.

Bibliografické odkazy

BASTABLE, S. *Nurse as Educator*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 2008. ISBN 978-0-7637-4643-8.

GREGORA, M. *Kuchařka pro rodiče malých dětí*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3110-0.

CHAMEROVÁ, R.; MANDYSOVÁ, P. Srozumitelnost edukačních materiálů na téma cévní mozkové příhody: využití Mistríkova vzorce a poslechového testu. *Profese on-line* [online]. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 2012, V(1), s. 11-15 [cit. 2014-10-12]. ISSN 1803-4330. Dostupný z: <http://profeseonline.upol.cz/archive/2012/1/POL_CZ_2012-1-3_Chamerova.pdf>.

JONÁK, Z. Stanovení jazykové obtížnosti učebnic vzhledem k věku žáka. In: *Metodický portál* RVP [online]. 24. 5. 2005 [cit. 2014-10-12]. Dostupný z: <http://clanky.rvp.cz/clanek/c/ZUC/239/STANOVENI-JAZYKOVE-OBTIZNOSTI-UCEBNIC-VZHLEDEM-K-VEKU-ZAKA.html/>.

MISTRÍK, J. Meranie zrozumiteľnosti prehovoru. *Slovenská reč* [online]. Bratislava: Vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied, 1968, 33(3), s. 171-178. [cit. 2015-01-21]. ISSN 0037-6981. Dostupný z: <http://www.juls.savba.sk/ediela/sr/1968/3/sr1968-3-lq.pdf>.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. *How to Write Easy-to-Read Health Materials* [online]. 13. 2. 2013 [cit. 2015-01-21].
Dostupný z: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/etr.html>.

SHIEH, C.; HOSEI, B. Printed Health Information Materials: Evaluation of Readability and Suitability. *Journal of Community Health Nursing*, Abingdon: Taylor & Francis, 2008, 25, s. 73-90. ISSN 0737-0016.

STOCKMEYER, N. O. Using Microsoft Word's Readability Program. *Michigan Bar Journal* [online]. Lansing, MI: State Bar of Michigan, 2009, 88(1), s. 46-47 [cit. 2015-01-21]. ISSN 0164-3576. Dostupný z: <http://www.michbar.org/journal/pdf/pdf4article1467.pdf>.

STRACHAN, P. H. et al. Readability and Content of Patient Education Material Related to Implantable Cardioverter Defibrillators. *Journal of Cardiovascular Nursing.* Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2012, 27(6), s. 495-504. ISSN 0889-4655.

ŠLERKA, J. *Readability formulas*. [online]. [b. r.] [cit. 2015-01-21]
Dostupný z: <http://www.slideshare.net/josefslerka/readability-formulas-15250206>.

ŠLERKA, J.; SMOLÍK, F. *Automatická měřítka čitelnosti pro česky psané texty.* [online]. 2010 [cit. 2015-01-21]
Dostupný z: <http://sali.ff.cuni.cz/?q=system/files/SALi_2010_01_studie_SlerkaSmolik.pdf>.

WILSON, M. Readability and patient education materials used for low-income populations. *Clinical Nurse Specialist*. Indianapolis, IN: Lippincott Williams & Wilkins, 2009, 23(1), s. 33-40. ISSN 0887-6274.

Petra Mandysová, MSN, Ph.D.
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
e-mail: Petra.Mandysova@upce.cz

Vliv vzdělání na srozumitelnost edukační brožury o antikoncepci po porodu

Mandysová P.[1]; Bukovská L.[1]

[1]Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Abstrakt

Úvod: Srozumitelnost edukačních materiálů pro pacienty je častým tématem zahraniční odborné literatury; v České republice se však toto téma studuje pouze ojediněle.

Cíl: Cílem bylo zjistit, zda vzdělání má vliv na srozumitelnost edukační brožury Antikoncepce po porodu: Čas pro nový pocit něžnosti pomocí poslechového testu.

Metoda: Celkem 62 ženám v šestinedělí byl přečten úryvek z uvedené brožury. Následně ženy absolvovaly poslechový test, spočívající v odpovídání na 10 otázek týkajících se přečteného úryvku. Úspěšnost v testu byla vyjádřením míry porozumění textu a byla zjišťována pro celou skupinu i pro každou ze 4 úrovní vzdělání (základní, středoškolské bez maturity / s maturitou, vysokoškolské) zvlášť. Vztah mezi výsledkem poslechového testu a vzděláním byl vyjádřen pomocí Spearmanova koeficientu pořadové korelace.

Výsledky: Nejčastější výsledek v poslechovém testu byl 6 bodů (60 %). Průměrná úspěšnost všech žen byla 52 %. Sedm a více bodů získalo 80 % žen s vysokoškolským vzděláním a 10–23,1 % žen se zbývajícími třemi úrovněmi vzdělání. Spearmanův koeficient pořadové korelace rs = 0,482 ($p < 0,001$).

Závěr: Brožura se jeví jako obtížně srozumitelná pro všechny úrovně vzdělání kromě vysokoškolského. Vztah mezi vzděláním a srozumitelností brožury byl na střední úrovni; vliv na srozumitelnost mohou mít i další faktory.

Klíčová slova: edukační materiály, poslechový test, srozumitelnost, úroveň vzdělání

Abstract

Introduction: Comprehensibility of educational materials for patients is a frequent topic in the foreign professional literature; however, in the Czech Republic, it is studied only rarely.

Aim: The aim was to determine whether there is a relationship between comprehensibility of the brochure Contraception after giving birth: Time for a new tenderness feeling, using a listening test.

Method: An excerpt from the above brochure was read to 62 postpartum women. Next, the women completed a listening test, which consisted of 10 questions arising from the excerpt. The women's test performance was a measure of the text comprehensibility and it was determined for the entire group as well as for all 4 educational levels (elementary, secondary without / with a secondary school-leaving exam, and university). The relationship between the listening test result and education was expressed using Spearman's rank-order coefficient.

Results: The most common listening test score was 6 points (60%); the average score was 52%. Seven and more points were obtained by 80% of women with a university degree and

10–23.1% of women with the remaining three educational levels. Spearman's rank-order coefficient rs = 0,482 (p < 0,001).

Conclusion: The comprehensibility of the brochure appears to be difficult for all educational levels except for the university level. The relationship between the educational level and comprehensibility of the brochure was moderate; other factors may be involved.

Key Words: educational materials, listening test, comprehensibility, educational level

Úvod

Edukace ve zdravotnictví by měla přispět k udržení či navrácení zdraví a ke zlepšení kvality života. Je proto součástí práce všeobecných sester, porodních asistentek i dalších zdravotnických profesí. Avšak dosažení stanoveného edukačního cíle je často ztěžováno různými překážkami. Patří k nim nedostatek času na edukaci a nevyhovující prostředí, chybějící sebedůvěra na straně zdravotníků a překážky z důvodu stresu a nároků pramenících z existence akutního či chronického onemocnění (Bastable, 2008, s. 15–17).

Ústní informace by v ideálním případě měly být podpořeny písemnými edukačními materiály (EM), které by měly být jednoduché a uživatelsky přátelské (Cornett, 2013). Avšak v praxi jsou EM často příliš složité a pacienti jim nerozumějí (Cornett, 2013; Chamerová, Mandysová, 2012, s. 14). Důvodem může být přílišná náročnost těchto textů, jak je často zjišťováno jejich analýzou pomocí různých matematických vzorců (Chamerová, Mandysová, 2012, s. 12), nebo i problematická zdravotní gramotnost na straně laické veřejnosti (Bastable, 2008, s. 17; Lipkus et al., 2001, s. 41). Tu Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje jako „kognitivní a sociální schopnosti, které určují motivaci a způsobilost jednotlivců k tomu, aby si dokázali získat přístup k informacím, porozumět jim a využívat je způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví" (České zdravotnické fórum, b. r.; WHO, 2015).

Morris et al. (2013) využili multidimenzního přístupu ke studiu zdravotní gramotnosti u dospělých respondentů v komunitě při zjišťování postojů, znalostí a chování týkajících se prevence rakoviny. Použili přitom tři posuzovací nástroje: poslechový test "Cancer Message Literacy Test-Listening" (CMLT-Listening), čtenářský test "Cancer Message Literacy Test-Reading" (CMLT-Reading) a početní test "Lipkus Numeracy Scale" (Morris et al., 2013, 226–227). CMLT-Listening test je 45položkový nástroj vyplňovaný na počítači; spočívá ve zhlédnutí 15 videonahrávek s krátkým sdělením a následném doplňování, který ze 2–4 výroků odrážejících obsah každé videonahrávky je správný (Morris et al., 2013, 226). CMLT-Reading test je 21položkový nástroj založený na četbě 6 sdělení na téma zdraví; po každém sdělení následují 3–4 otázky, pro které respondenti určují, zda se významově shodují s přečteným textem (Morris et al., 2013, 226). Oba testy vycházejí z šetření autorů Mazor et al. (2012), kteří popsali i jejich psychometrickou analýzu a validaci. Nástroj Lipkus Numeracy Scale je osmipoložková škála, kdy respondenti mají z prezentované informace číselně vyjádřit např. riziko vzniku onemocnění (Lipkus et al., 2001).

Využití těchto nástrojů v českém prostředí je omezené z důvodu nutnosti jejich překladu. Komplikací je to, že překladatelská ekvivalence sama o sobě v sobě zahrnuje celou řadu pojetí, např. ekvivalenci formální (co nejpřesnější překlad obsahových a formálních rysů předlohy), dynamickou (založenou na principu stejného komunikačního efektu originálu)

apod. (Hrdlička, 2014, s. 15). Složitost textu v originále a v překladu se tak nemusejí shodovat.

V české ošetřovatelské literatuře bylo dosud popsáno využití poslechového testu (PT), a to při posuzování porozumění 2 EM na téma cévní mozkové příhody (Chamerová, Mandysová, 2012). Průměrná úspěšnost souvisejících PT byla 26–39 % (Chamerová, Mandysová, 2012, s. 14), což je hluboko pod uspokojivou úspěšností (alespoň 75 %) dle Bastable (2008, s. 260). Matematickou analýzou stupně obtížnosti těchto 2 EM bylo přitom zjištěno, že jeden z nich spadal do kategorie průměrného, lehce srozumitelného textu, který se čte plynně (Chamerová, Mandysová, 2012, s. 14; Mistrík, 1968, s. 177). Výsledky naznačují, že potíže pozorované při PT nemusejí být vždy způsobené přílišnou obtížností textu. Svoji roli může hrát i vzdělání respondentů; autorky se však touto otázkou nezabývaly.

Problematika porozumění EM si zasluhuje více pozornosti – špatné porozumění informacím může totiž negativně ovlivňovat nejen znalosti, ale i postoje a chování pacientů a široké veřejnosti.

Cíl

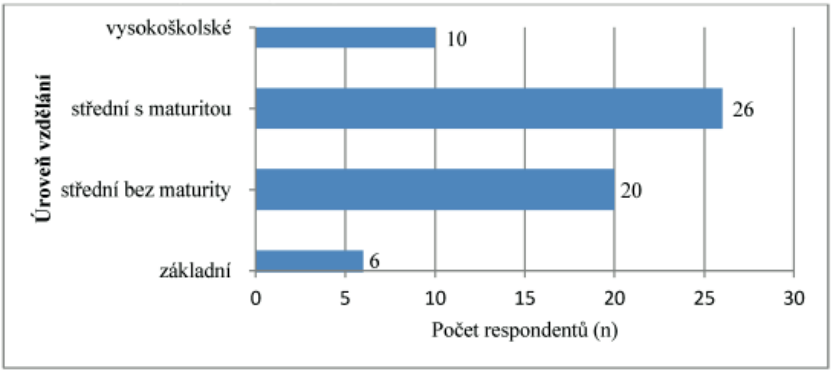
Cílem bylo zjistit, zda vzdělání má vliv na porozumění edukační brožury pro ženy v šestinedělí, a to za použití PT. Jednalo se o brožuru Antikoncepce po porodu: Čas pro nový pocit něžnosti (Zvolský, b. r.).

Metodika

Výzkumný soubor

Vzorek byl získán záměrným výběrem. Bylo osloveno 81 žen na oddělení šestinedělí nemocnice krajského typu, z nichž 19 účast v šetření odmítlo. Celkový počet respondentů tak byl 62. Ženy byly předem poučeny o účelu, anonymitě a dobrovolnosti své účasti v šetření, což bylo stvrzeno podepsáním informovaného souhlasu. Věkové rozmezí se pohybovalo od 19 do 40 let, průměrný věk byl 30 ± 5,1 let. Poměr prvorodiček (n = 30) a vícerodiček byl téměř vyrovnaný (n = 32). Byly rozlišeny 4 úrovně vzdělání: základní (kategorie 1), střední bez maturity (2), střední s maturitou (3) a vysokoškolské (VŠ) (4). Nejčastěji zastoupené vzdělání žen bylo střední s maturitou (n = 26) (Obr. 1).

Obr. 1 Vzdělání respondentů (N = 62)



N – celkový počet žen; n – počet žen

Výběr brožury

Před vlastním šetřením byl proveden sběr EM na téma šestinedělí ve zdravotnických zařízeních, a to v červenci 2013. Jeden z výzkumníků, student magisterského studijního oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví, navštívil šest nemocnic (dvě fakultní, dvě krajské a dvě oblastní) v Královéhradeckém, Moravskoslezském, Zlínském, Pardubickém a Středočeském kraji a tři ambulance v Královéhradeckém a Pardubickém kraji. Bylo přitom získáno celkem 23 EM, z nichž jen 11 bylo považováno za vhodný materiál pro PT: psán souvislým textem; délka minimálně 300 slov tak, aby četba trvala minimálně 3 minuty (Bastable, 2008, s. 260). Dalším kritériem k vyřazení byly EM s tématikou kojení, protože tyto informace již ženy na oddělení šestinedělí mohly mít. Po vyřazení zbyla jedna brožura s názvem: Antikoncepce po porodu: Čas pro nový pocit něžnosti (Zvolský, b. r.).

Pilotáž

V další fázi byla provedena pilotáž na 15 ženách z laické veřejnosti. Ženy odpovídaly na 10 otázek vycházejících z vybraného úryvku (zhruba 300 slov) výše zmíněné brožury, aniž by však měly možnost se s ní seznámit. Cílem bylo přeformulovat špatně srozumitelné otázky a vyřadit „příliš lehké“ otázky (týkají se obecně známých faktů). Na základě výsledků byly dvě otázky přeformulovány s cílem zlepšit jejich výstižnost a jedna byla vyřazena.

Vlastní šetření

Vlastní šetření probíhalo na oddělení šestinedělí v období od 12/2013 do 02/2014. Každá žena absolvovala PT individuálně, ne v přítomnosti dalších žen zapojených do šetření. Po souhlasu ženy jí byl nejprve výzkumníkem přečten stanovený úryvek z edukační brožury Antikoncepce po porodu: Čas pro nový pocit něžnosti (Zvolský, b. r.). Poté byl proveden PT, kdy žena ústně odpovídala na 9 otázek týkajících se právě přečteného textu a výzkumník odpovědi zapisoval (Tab. 1). Otázka č. 1 vyžadovala dvě odpovědi – vyjmenování dvou hormonů. Proto při správném uvedení obou žena získala 2 body, při správném uvedení pouze jednoho získala 1 bod, a pokud neuvedla ani jeden z nich, získala 0 bodů. Za každou správnou odpověď na zbývajících 8 otázek žena získala 1 bod, za každou špatnou či žádnou odpověď 0 bodů. Celkově tak bylo možno dosáhnout maximálně 10 bodů.

Tab. 1 Otázky pro poslechový test týkající se edukační brožury Antikoncepce po porodu: Čas pro nový pocit něžnosti (Zvolský, b. r.).

Číslo otázky	**Otázka**
1	Jaké hormony obsahuje kombinovaná pilulka?
2	Proč není vhodné v průběhu kojení užívat kombinovanou pilulku?
3	Který hormon v antikoncepčních prostředcích lze užívat při kojení?
4	Po kolika hodinách se užívá minipilulka?
5	Vysvětlete pojem sterilizace.
6	Spolehlivost sterilizace je téměř srovnatelná s jednou antikoncepční metodou. Jakou?
7	Na jak dlouho poskytuje intrauterinní systém ochranu proti početí?
8	V kolikátém týdnu může být po spontánním porodu zaveden intrauterinní systém?
9	V kolikátém týdnu může být po císařském řezu zaveden intrauterinní systém?

Statistické zpracování dat

Body (počet správných odpovědí; úspěšnost) získané v PT byly následně převedeny na skóre v procentech pro umožnění interpretace výsledků dle Bastable (2008, s. 260). Byl získán modus úspěšnosti PT (nejčastější hodnota) pro celý soubor i pro každou úroveň vzdělání zvlášť. Pro každou úroveň vzdělání byl zjištěn počet žen, které dosáhly alespoň 70% úspěšnosti v PT, což bylo co nejvíce v souladu s doporučením Bastable (2008, s. 260).

Pro zjišťování vztahu mezi vzděláním a úspěšností PT je relevantní, že kategorie vzdělání 1–4 představují ordinální stupnici (Privitera, 2012, s. 18). Vztah tak mohl být zjišťován pomocí Spearmanova koeficientu pořadové korelace (Privitera, 2012, s. 491). Výpočet byl proveden ve statistickém programu SPSS, verzi 20 (IBM® SPSS Statistics, 2011), a to na defaultně nastavené 1% hladině významnosti, kdy výsledek $p \leq 0{,}01$ je považován za statisticky významný (Privitera, 2012, s. 231).

Spearmanův koeficient pořadové korelace může nabývat hodnot od 0 do ± 1 (Chráska, 2007, s. 104). Kladný vztah vypovídá o tom, že vyšším hodnotám u jednoho jevu odpovídají také spíše vyšší hodnoty u druhého jevu; pro záporný vztah vyšším hodnotám u jednoho jevu odpovídají spíše nižší hodnoty u druhého jevu (Chráska, 2007, s. 104). Získané hodnoty korelačního koeficientu byly interpretovány dle Chrásky (2007, s. 105) (Tab. 2).

Tab. 2 Přibližná interpretace hodnot korelačního koeficientu (Chráska, 2007, s. 105)

Koeficient korelace	**Interpretace**
1	Naprostá závislost
0,90–0,99	Velmi vysoká závislost
0,70–0,89	Vysoká závislosti
0,40–0,69	Střední závislost
0,20–0,39	Nízká závislost
0,00–0,19	Velmi slabá závislost
0	Naprostá nezávislost

Výsledky

Ženy v PT získaly nejčastěji 6 bodů (n = 13); tato hodnota představuje modus úspěšnosti. Druhým nejčastějším výsledkem byly 4 body (n = 10) (Tab. 3; Obr. 2).

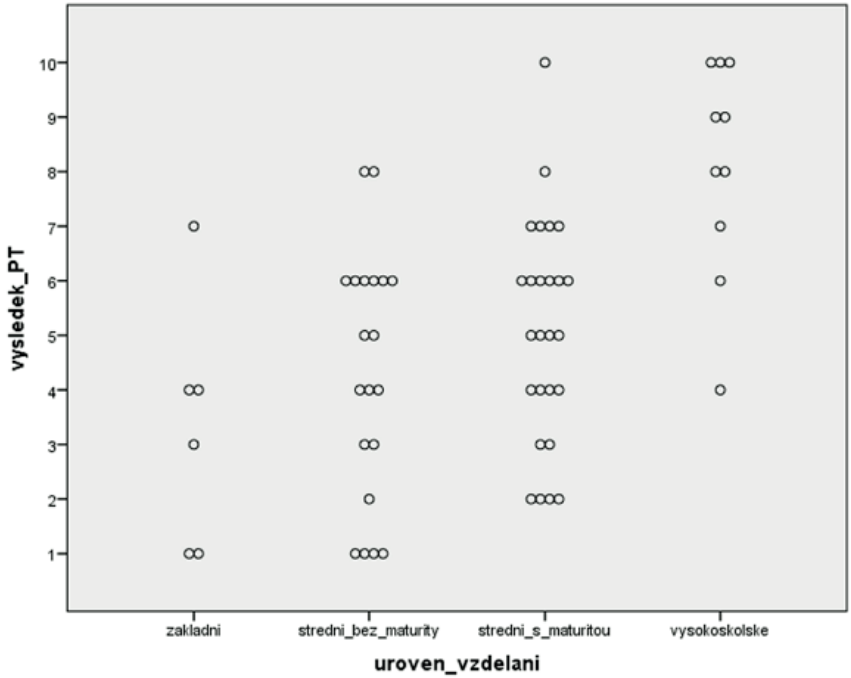
Tab. 3 Výsledek poslechového testu (N = 62)

Výsledek PT (body)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Počet žen (n)	0	6	5	5	10	6	13	6	5	2	4
Počet žen (%)	0,0	9,7	8,1	8,1	16,1	9,7	21,0	9,7	8,1	3,2	6,5
Počet žen (kumulativní %)	0,0	9,7	17,7	25,8	41,9	51,6	72,6	82,3	90,3	93,5	100,0

N – celkový počet žen; n – počet žen; PT – poslechový test

Výsledky byly v rozmezí od 1 bodu (10 %) (dvě ženy se základním vzděláním a čtyři ženy se středním vzděláním bez maturity) do 10 bodů (100 %) (jedna žena se středním vzděláním s maturitou a tři ženy s VŠ vzděláním) (Obr. 2). Průměrná úspěšnost všech žen byla 52 %. Ženy se základním vzděláním nejčastěji získaly 1 bod (n = 2) a 4 body (n = 2), ženy se středním vzděláním bez maturity 6 bodů (n = 6), ženy se středním vzděláním s maturitou 6 bodů (n = 6) a ženy s VŠ vzděláním 100 bodů (n = 3) (Obr. 2). Z 10 žen s VŠ vzděláním jich osm (80 %) získalo 7 a více bodů (jejich úspěšnost v PT byla ≥ 70 %). Obdobné úspěšnosti (≥ 70 %) dosáhlo šest z 26 (23,1 %) žen se středoškolským vzděláním s maturitou, dvě z 20 (10 %) žen se středoškolským vzděláním bez maturity a jedna z 6 (16,7 %) žen se základním vzděláním (Obr. 2). Co se týče celého souboru, 25 % nejnižších výsledků PT bylo v rozmezí 1–3 bodů, což představuje nejnižší kvartil.

Obr. 2 Výsledek poslechového testu podle vzdělání respondentů (N = 62)



Osa X – úroveň vzdělání (základní; střední bez maturity; střední s maturitou; vysokoškolské); osa Y – výsledek poslechového testu v bodech

Spearmanův koeficient pořadové korelace vyjadřující těsnost vztahu mezi úrovní vzdělání a výsledkem poslechového testu rs = 0,482 (p < 0,001) (Tab. 4).

Tab. 4 Spearmanův koeficient pořadové korelace pro vztah meziúrovní vzdělání a výsledkem poslechového testu

		Výsledek PT
Úroveň vzdělání	Spearmanův koeficient pořadové korelace	,482**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	62

** Korelace je významná na hladině 0,01 (2-tailed). N – počet respondentů; PT – poslechový test; Sig. – Significance probability (= p-value) (Norwegian Social Science Data Services, 2013).

Diskuze

Nejčastější výsledek PT byl 6 bodů (60 %), a to pro celou skupinu žen a pro ženy se středoškolským vzděláním (s maturitou i bez maturity). Celkově mělo úspěšnost v PT ≥ 70 %

pouze 17 (27 %) žen. Nejnižší kvartil představoval výsledek 3 body (30 %) a méně; výsledek na této úrovni měly ve všech 16 případech ženy bez VŠ vzdělání.

Bastable (2008, s. 260) doporučuje zjednodušení EM, pokud je výsledek PT < 75 %. Co se týče našeho šetření, pouze ženy s VŠ vzděláním by nejspíše zjednodušení hodnocené brožury nepotřebovaly: 80 % z nich mělo úspěšnost v PT ≥ 70 %. Celkově se však brožura jevila jako příliš složitá. Přesto byla celková průměrná úspěšnost PT (52 %) lepší než úspěšnost (26–39 %) ve zmíněném šetření Chamerové a Mandysové (2012, s. 14). Nicméně pro smysluplné porovnání s šetřením těchto autorek by byly potřebné i informace o vzdělání a dalších charakteristikách jejich respondentů. Ve výše uvedeném šetření autorů Morris et al. (2013, s. 228) bylo zjištěno, že nejnižší kvartil v poslechovém testu CMLT-Listening představoval výsledek 68,9 % a méně. Jedná se tak o mnohem lepší výsledek než byl výsledek (nejnižší kvartil = skóre 10–30 %) našeho šetření. Rozdíl však mohl být způsoben právě mnohem vyšší úrovní vzdělání v šetření autorů Morris et al. (2013, s. 229): 73,7 % respondentů mělo vzdělání vyšší než střední, na rozdíl od 16,1 % respondentů v našem šetření.

Těsnost vztahu mezi úrovní vzdělání a výsledkem PT, vyjádřená pomocí Spearmanova koeficientu pořadové korelace (rs = 0,482), byla na střední úrovni (Tab. 2); tento vztah byl statisticky vysoce významný (p < 0,001). Vztah tedy není zanedbatelný a lze doporučit, aby autoři EM brali v úvahu úroveň vzdělání cílové skupiny čtenářů.

Limitací šetření je skutečnost, že úspěšnost v PT mohla být ovlivněna přítomností novorozence, což mohlo matku rozptylovat. Také je možné, že vícerodičky již některé informace obsažené v brožuře získaly po přechozím porodu a stále si je pamatovaly, na rozdíl od prvorodiček.

Závěr

Příspěvek upozorňuje na problematiku srozumitelnosti EM. Uvádí názorný příklad brožury, která se jeví jako obtížně srozumitelná pro všechny úrovně vzdělání kromě vysokoškolského. Vztah mezi vzděláním a srozumitelností brožury byl v tomto šetření na střední úrovni; na srozumitelnost tak mohou mít vliv i další faktory. Srozumitelnosti EM je třeba věnovat pozornost. Zjednodušení textu pro pacienty s nižší úrovní vzdělání by mohlo být žádoucí.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Příspěvek neobsahuje žádné etické aspekty ani konflikt zájmu.

Bibliografické odkazy

BASTABLE, S. *Nurse as Educator*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 2008. ISBN 978-0-7637-4643-8.

CORNETT, S. Assessing and Addressing Health Literacy. *The Online Journal of Issues in Nursing* [online]. Silver Spring, MD: The American Nurses Association, 2009, 14(3), Manuscript 2 [cit. 2014-10-12]. ISSN 1091-3734. Dostupný z: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol142009/No3Sept09/Assessing-Health-Literacy-.aspx>.

ČESKÉ ZDRAVOTNICKÉ FÓRUM. *Cesta ke zdraví – proč podporovat zdravotní gramotnost* [online]. [b. r.] [cit. 2015-01-21]. Dostupný z: <http://www.czf.cz/clanek/ckz-podpora-zg>.

HRDLIČKA, M. Překladatelské miniatury. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2501-0.

CHAMEROVÁ, R.; MANDYSOVÁ, P. Srozumitelnost edukačních materiálů na téma cévní mozkové příhody: využití Mistríkova vzorce a poslechového testu. *Profese on-line* [online]. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 2012, V(1), s. 11-15 [cit. 2014-10-12]. ISSN 1803-4330. Dostupný z: <http://profeseonline.upol.cz/archive/2012/1/POL_CZ_2012-1-3_Chamerova.pdf>.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

LIPKUS, I. M.; SAMSA, G.; RIMER, B. K. General Performance on a Numeracy Scale among Highly Educated Samples. *Medical Decision Making* [online]. London: Sage Publications Ltd, 2001, 21(1), s. 37-44 [cit. 2015-01-21]. ISSN 1552-681X. Dostupný z <http://mdm.sagepub.com/content/21/1/37.full.pdf+html>.

MAZOR, K. M. et al. The Cancer Message Literacy Tests: Psychometric Analyses and Validity Studies. *Patient Education and Counseling* [online]. Philadelphia, PA: Elsevier Inc., 2012, 89(1), s. 69-75 [cit. 2015-01-21]. ISSN 0738-3991. Dostupný z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3519427/pdf/nihms394108.pdf>.

MISTRÍK, J. Meranie zrozumiteľnosti prehovoru. *Slovenská reč* [online]. Bratislava: Vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied, 1968, 33(3), s. 171-178. [cit. 2015-01-21]. ISSN 0037-6981. Dostupný z: <http://www.juls.savba.sk/ediela/sr/1968/3/sr1968-3-lq.pdf>.

MORRIS, N. S. et al. The Association Between Health Literacy and Cancer-Related Attitudes, Behavior, and Knowledge. *Journal of Health Communication: International Perspectives* [online]. Abingdon: Taylor & Francis, 2013, 18(Suppl. 1), s. 223-241 [cit. 2015-01-21]. ISSN 1087-0415.
Dostupný z: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10810730.2013.825667>.

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES. *European Social Survey Education Net: Statistical Testing of Significance.* [online]. 2013 [cit. 2015-01-31].
Dostupný z: <http://essedunet.nsd.uib.no/cms/topics/regression/4/2.html>.

PRIVITERA, G. J. *Statistics for the Behavioral Sciences.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2012. ISBN 978-1-4129-6931-4.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health promotion.* Track 2: Health literacy and health behaviour. [online]. 2015 [cit. 2015-01-21].
Dostupný z: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>.

ZVOLSKÝ, J. *Antikoncepce po porodu: čas pro nový pocit něžnosti.* Praha: Bayer s.r.o., b. r.

Petra Mandysová, MSN, Ph.D.
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
e-mail: Petra.Mandysova@upce.cz

Mgr. Lucie Bukovská
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
e-mail: Lucie.Bukovska@seznam.cz

The impact of home care nursing in puerpera dificulties

Mendes, A.[1]; Paiva, A.[2]; Leal,[1,3]

[1] *Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal*
[2] *Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal*
[3] *Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal*

Abstract

Background: The birth of the first child forwards the new mother to an individual, family and social reset in order to deal with self-caring and parenting skills. Many women in post--partum period report having to deal often with new doubts and/or problems.

Aim: Identify the main difficulties reported by mothers during puerperium time. Compare those mentioned difficulties, between control group and study group.

Methods: Quasi-experimental design – Control group and study group with 200 primiparous women (100 women in each group). Participants in the study group were submited to at least two home visits during the postpartum period.

Results: Chi-square test revealed statistically significant differences between groups, for participants who did not report difficulties (p=0.021). A larger number of mothers in the experimental group did not mention difficulties (38%), compared to those belonging to the control group (23%). The three main difficulties were found: Understanding child's cry – 53% in the control group and 45% in study group; Child feeding – 29% in the control group and 21% in study group; "Psychological changes" are referred by both groups in thirdly. Chi-square test shows differences between groups in this variable (p=0.037) – Control group 27% and study group 15%.

Conclusions: This investigation demonstrated the relationship between home visit and expressed difficulties: a higher number of participants followed during puerperium did not mention difficulties. For those who mentioned difficulties also the groups show different regarding the difficulty in dealing with the psychological changes. More mothers from control group mentioned this problem.

Keywords: *Difficulties, home visit, puerperium*

Introduction

After delivery, the length of stay in motherhood should be enough for consolidate and acquire skills to care for herself and for the newborn child in postpartum.

Knowing that this is hardly achieved (usually after eutocic delivery, hospital discharge happens about 48 hours after birth) it's expected that the acquired skills match the needed ones to promote mother, newborn and family wellness untill nursing intervention, ideally at home during the first week postpartum. Usually women monitoring during postpartum after maternity discharge does not occur in an organized and regular basis (except for women referenced as risk situations). Usually during first month of newborn's life, the interaction between mother and healthteam, including nursing care, are focused on child's weight assessment and metabolic diseases screening.

While is not difficult to access information related to postpartum and newborn's health, not always this is done in a correct way. It would be desirable that all the women could attend preparation classes for parenting, aiming prenatal period. The "school" for parenting previously held within the family, when girls were asked to help caring siblings or younger family members, is now expected from healthcare professionals. Besides that, nowadays mothers spend most of their time alone. In the past, 30 or 40 years ago it was new mothers used to be "full-time" accompanied by their mothers or someonelse in the family sharing domestic tasks. Due to economic and social situation, this accompaniment when it happens is often performed in "part-time". After hospital discharge, difficulties break up related to self-care, childcare and adaptation to motherhood.

After birth, nurses are the health professionals who due to their close relationship with families are more skilled to help women and family to choose the adaptive and defensive mechanisms to overcome instability and achieve a new equilibrium.

Home visiting during postpartum emerges as a fundamental nursing activity to make more effective this equilibrium.

Objectives

Identify the main difficulties reported by mothers between 6 and 9 postpartum weeks. Compare the mentioned difficulties, between the control group and study proup.

Methods

Quasi-experimental study eas held with a control group and a study group – with the participation of 200 primiparous women (100 women in each group). Participants in the study group were subject to at least two home visits during the postpartum period. The target population was composed by women during pregnancy followed-up in health services and after giving birth at the hospital in the center region of Portugal (about 108 395 inhabitants) since March, 2010 to November, 2012.

Selection of study participants consisted in a non probabilistic convenience or accidental sampling. Any woman who fulfilled the inclusion criteria and agreed to participate could be selected to take part in this study. The control group included the first 100 participants who completed the three questionnaires in the first phase of the investigation, which began in March, 2010 and ended in November, 2011. The study group was formed by the first 100 participants who completed the three questionnaires in the second phase of the study, which began in December, 2011 and ended in November, 2012.

Inclusion Criteria – First questionnaire – Pregnant women with gestational age not less than 35 weeks; Nulliparous aged over 18 and under 35 years; No history of mental illness; Portuguese readind and writing linguistic expression. Questionnaires were filled during community health center visit for medical surveillance.

Second questionnaire – Mothers between 5th and 10th day after delivery and who completed the first questionnaire; Simple vaginal birth (only one child including eutocic or dystocic birth by forceps or vacuum), resulting in a healthy child; Hospital discharge not later than seventy-two hours after delivery. Questionnaires were filled by mothers during community health center visit to assess newborn's weight and/or for early diagnosis screening.

Third questionnaire – Mothers between 6 and 9 postpartum weeks that completed first and second questionnaire. The questionnaires were filled during women's visit to community health center for puerperal surveillance.

The questionnaires consisted in two parts. First part, issues related to opinions, facts or attitudes related to pregnancy / childbirth / post-partum. Second part consist of three scales –Anxiety, Depression and Stress Scale (Pais Ribeiro et al., 2004) in the first questionnaire; Assessment Psycho-emotional Changes in Puerperium Scale (Sousa and Leal, 2007) in the second questionnaire; and the Edinburgh Postpartum Depression Scale (Augusto et al., 1996) in the third questionnaire. All scales are validated for application in Portugal. The questionnaires were evaluated by eight expert nurses.

The pre-test was performed in a community health center, after regarding the compliance of inclusion criteria.

Procedures – In March, 2010, questionnaires began to be presented to pregnant and postpartum women in the control group. After collecting data from control group, was iniciated the data collection procedures in the experimental group. Women were invited to join in this group, while they still were at the hospital, after childbirth. The process of contacting health professionals, for presenting and collecting of questionnaires, was the same in both groups. All women belonging to the study group had at least two home visits: the first visit, six days after childbirth; the second visit in the second week postpartum. In some cases needing more home visits the schedule was set depended on the health state. Data were stored in a computer databasis – Microsoft Office Access 2007. For statistical data analysis, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v.20 was used. Descriptive statistics was used to describe and synthesize data, while Chi-square test ($\chi 2$) was used for hypothesis testing. Significance level was chosen for $p < 0.05$ with a 95% confidence interval.

Results

The participants were asked in the third questionnaire about the difficulties experienced during the postpartum period. Chi-square revealed differences statistically significant between groups, for participants who did not report difficulties ($p = 0.021$). More mothers in study group did not mention difficulties (38%) when compared to the control group (23%). The three main difficulties reported were: "Understanding child's cry" the one most often mentioned by both groups (53% in control group and 45% in study group); "Child feeding" was the second most referred (29% in control group and 21% in study group); "Psychological changes" are referred by both groups in thirdly ($p = 0.037$) the chi-square test shows that there are significant differences between groups in this variable. The control group participants in report more difficulties in dealing with the "Psychological changes" (27%) than the participants in the study group (15%).

Table 1 – Analysis of differences between groups as the difficulties mentioned by women

Difficulties mentioned by women	**Control Group**	**Study Group**	**N=200**	**$\chi 2$ (p)**
	%	%	%	
Without difficulty	23	38	30,5	**0,021**
Child hygiene	5	1	3,0	0,097
Child feeding	29	21	25,0	0,191
Understanding the child's cry	53	45	49,0	0,258
Physical changes	14	10	12,0	0,384
Psychological changes	27	15	21,0	**0,037**
Relationship with the child's father	11	6	8,5	0,205
Time management	2	0	1,0	0,364

Chi-square test application reveals that there are statistically significant differences between the two groups in relation to infant feeding in the final postpartum period (p=0.001).

The children of participants in the study group are exclusively breastfeeded in a larger number (71%), than those on the control group (38%). Child feeding with artificial milk occurs in 23% of mothers from control group and 10% in study group.

All the participants of study group, 90% of children are breastfeeded (Table 2).

Table 2 – Analysis of differences between groups regarding child feeding by the end of puerperium

End of puerperium	**Control Group**	**Study Group**	**N=200**	**$\chi 2$(p)**
	%	%	%	
Breast and artificial feeding	39	19	29,0	**0,001**
Artificial feeding	23	10	16,5	
Exclusive breastfeeding	38	71	54,5	
Total	**100**	**100**	**100,0**	

Chi-square test (p=0.001) shows that there is no statistically significant differences between the two groups, on the demand of health services related with child´s problems. During the puerperium, 30% of participants from the control group had need for health services for child´s problems. In study group this number is only 7% (Table 3).

Table 3 – Analysis of differences between groups related to the need of searching health services for child's problems

Demand for health services	Control Group	Study Group	N=200	$\chi 2(p)$
	%	%	%	
Without need	70	93	81,5	0,001
Health center	10	3	6,5	0,001
Private health service	2	0	1,0	
Hospital emergency	18	4	11,0	
Total	**100**	**100**	**100,0**	

Psycho-emotional status of mothers was evaluated applying Edinburgh Postpartum Depression Scale. This 10 issue scale, scored from 0 to 3, indicates the probability of postpartum depresssion if the result is equal to or greater than 12 (Direção-Geral de Saúde, 2006). Chi-square test shows that there are statistically significant differences between groups, comparing the outcomes of Edinburgh Postpartum Depression Scale. There are more participants from control group tagged with „high risk" of postpartum depression (scoring 12 or more) compared participants from the study group (Table 4).

Table 4 – Analysis of differences between groups in relation to the Edinburgh Postpartum Depression Scale

Edinburgh Postpartum Depression Scale Classification	Control Group	Experimental Group	N=200	$\chi 2(p)$
	%	%	%	
Low risk	86	96	91,0	0,013
High risk	14	4	9,0	
Total	**100**	**100**	**100,0**	

Discussion

This investigation lead us to the finding that there are differences statistically significant between control and the experimental groups regarding the difficulties felt by mothers. More mothers from the study group referred to have no relevant difficulties during postpartum period (38%) compared to those from control group (23%). The fact that mothers have been subjected to nursing home visit, knowing that even in case of need they could use the phone to clarify any questions or just to talk, this can undertake the difference between groups (the two groups were followed according to the same monitoring procedures by nurse and family doctor). Understanding "child crying" was the most reported difficulty by both groups. In the first weeks of the child's life, parents felt great difficulties in achieving the skill to distinguish different types of crying, leading them to feel powerless and frustrated, because that might mean that they were not able to satisfy their child's needs (Strapasson and Nedel, 2010). Also for Macedo et al. (2009), this difficulty is the one most referred in their investigation. Bergamaschi and Praça (2008), Medeiros and Santos (2009), Silva and Roldan (2009) and Strapasson and Nedel (2010) also identified in their

research, the difficulty of mothers in dealing with their child's crying. They felt frightened and distressed, because they did not know the reason for crying, and were unable to calm the child (Terra and Okasaki, 2006). "Child feeding" emerges as the second most referenced difficulty by both groups. This variable included aspects related to both breastfeeding and artificial feeding. The correct and clear explanation of breastfeeding technique is one of the components to be addressed in prenatal caring, but the reality is that this information is not always adequately addressed. Upon arriving the first moment breastfeeding in maternity, women may become anxious and feeling not prepared for the act of breastfeeding. Silva et al. (2012) report that the main difficulty associated with the act of breastfeeding is related to the lack of information about breastfeeding technique and breastcare during the prenatal period. Women experiencing breastfeeding difficulties may lead to breast related complications, which is the main reason for seeking health services during this period. Also Martins et al. (2008) performed a study, pointing to the difficulties related to lactation process as one of the main health problems reported by women. Similarly to our results, an experimental study conducted in Zambia by Ransjo-Arvidson et al. (1998) attended by 408 mothers, the 208 women who were visited by nurses at 3, 7, 28 and 42 days after delivery had at 42 days a higher breastfeeding prevalence. Also Olds (2002), evaluating two home-visit programs implemented in two risk communities in the United States, found that there was a higher breastfeeding prevalence among the visited families. Zadoroznyj (2006) evaluating the Mothercarer program in Australia (home visits after hospital discharge) revealed that without nursing support in home visits, there were more questions, more anxiety thus reducing breastfeeding. Another difficulty supported by significant differences in two groups is the difficulty in dealing with the "psychological changes" (third most cited). Women from control group refer this difficulty (27%) in a major number than mothers from the study group (15%). Since the changes in mood associated to postpartum blues, to symptoms that might indicate postpartum depression, a woman may experience a personal situation about which she does not feel prepared to deal with. A systematic review through meta-analysis procedures performed by Dennis (2005) in Canada in order to evaluate the effectiveness of psychological interventions and social care in comparing pre-, intra- and post- partum with the risk of developing postpartum depression has revealed that the only intervention that has a significant effect in preventing postpartum depression is intensive support during the postpartum period given by a healthcare professional. The "difficulty associated with the physical changes" that occur in herself, may influence the self-image and is associated usually to pain and discomfort located in the abdominal, perineal, muscle, joint, breast, upper limbs, dorsal regions and to intestinal elimination (Springhouse Corporation, 2005). Studies developed by Whiteford and Polden (1992), and Matheus et al. (2006) show that the most evident difficulties are related to anatomical and physiological adaptations of abdomen, perineum, buttocks and lower back. Physical complaints, particularly fatigue and loss of appetite are referenced by Figueiredo (2001). "Difficulties in the relationship with child's father" are felt by mothers on returning home after delivery. Women must need a readjustment of family dynamics, so that the transition of both women and family to the new reality so that hosting a new totally dependent element, may take place in a healthy way. To Afonso (1998) the birth of child and specially the first-baby starts up an irreversible process characterized by significant changes in personal and family life of each member of the couple, changing the previous balance. The "difficulties with child hygiene", which received 5% of references in the

control group and 1% in the study group were also referenced a study by Afonso (1998). This researcher, in addition to questions regarding mobilization, positioning, hygiene and children's clothing highligts the feelings of insecurity and fear in handling or holding the child. Grace (2003), in a study conducted with first baby occurrence also identified this kind of difficulty, where mothers had fear of catching their child due to being "fragile", "slippery" and "restless". More recently, research carried out by Bergamaschi and Praça (2008), Medeiros and Santos (2009), Silva and Roldan (2009) and Strapasson and Nedel, (2010) have also highlighted this difficulty. The "difficulty in time management" was referenced by 2% of the control group participants. Despite this low percentage, we emphasize its importance since it did not belong to the list of possible answers associated to the question about the main difficulties experienced by mothers during the postpartum period. It was the only answer mentioned in open space. There are many changes happening on a day woman's daily life with the arrival of a child. This one becomes often the family "time clock" re-scheduling housework, meals, visits from friends and family, shopping, and so on. Child's pace turns out to control the pace of postpartum women, getting this without a determined routine (Stefanello, 2005). This time management may take some time until it becomes effective, leading sometimes the woman to give up her sleep to take care of household chores (Lowdermilk and Perry, 2002; Stefanello, 2005). Regarding women's main difficulties in the postpartum period, they can be summed up as Afonso (1998) proposes, in three levels: difficulties associated with postpartum physiology, difficulties in child caring and psychosocial difficulties. Although no differences statistically significant regarding to the difficulties in taking care of children, there are more mothers from the control group who sought health services by child-related problems, having thus differences statistically significant between both groups. A study conducted by Ransjo-Arvidson et al. (1998) found that women who received nurse's visit had a lower prevalence of newborn health problems and are better skilled to solve their own and children's problems. Cornell (2002) showed that home visit programs during prenatal and postpartum period contribute, among other factors, to reduce costs associated to the decline in demand for emergency services and hospitalizations. More recently, a study by Christie and Bunting (2010) revealed that the target mothers in home visit programs sought less secondary care, thus reinforcing the idea of benefits of this activity in the adoption of healthy behaviors by families.

Conclusions

Control group and study group behaved differently in relation to the "difficulties in the postpartum period". There were more mothers from the study group who did not mentioned difficulties. For those who mentioned difficulties the groups presented differences regarding the difficulty in dealing with psychological changes. There are more mothers from control group referring this difficulty. Understanding the "child crying" was the most reported difficulty by the participants. Increasingly emerging studies are trying to teach parents how to "decipher" baby crying. Unknown until now, research that has achieved satisfactory results relevant in understanding newborn's cry. It is essential for women to accept that only with knowledge of child's characters, which requires time and patience, will be able identify the different meanings of crying. The way parents relate to their child, their sensitivity to the specific needs of child and the appropriateness of their answers influence baby's temperamental characteristics (Direção-Geral de Saúde, 2005). Relation

between the intervening variables of the study and the risk of women developing postpartum depression were analyzed: All mothers who did not report "significant difficulties during the postpartum period" were classified as "low risk" of developing postpartum depression, so there is a significant relationship between the variables. Also on the first variable, there were statistically significant differences between the control group and the study group. The higher percentage of mothers who did not report significant difficulties belonged to the study group. The "difficulties with child feeding", "difficulties in dealing with psychological changes" and "difficulties in the relationship with the baby's father" also appear to be related with higher risk of postpartum depression. The study demonstrated the existence of relationship between nursing home visit and the difficulties felt by postpartum women. The number of participants followed throughout the postpartum period and not referring difficulties is higher. Increasingly, there are health facilities in Portugal developing postpartum home visits. We hope for more research showing the benefits that can be achieved from this activity. Benefits for the health of the family, but also related to costs for society in general, taking into account the lower cost of a home visit when compared to demands for health services and even for hospitalizations.

Conflict of interest declaration

All the procedures regarding to this research respected ethical and deontological principles set in the Nurses Code of Ethics (Ordem dos Enfermeiros, 2003) themselves embodying the ethical principles of Ethical Guidelines for Research in Nursing, indicated by International Council of Nurses (1996):Beneficence and evaluation of maleficence: Principle which results in doing good, not causing harm to study participants; Confidentiality: All the personal information was safeguarded, reserving solely for research purposes; Fidelity: Principle implies confidence that should exist between those involved in research; Justice. Which is reflected in equity to exist in groups; Truthfulness. This principle focuses the informed consent that was made in the first contact with each of the participants. Fieldwork to be developed for the study was preceded by formal request to the Ethics Committee of the health unit involved, which received assent.

The authors declare no conflicts of interest that may be an embarrassment to the publication of this article.

References

AFONSO, E.H. (1998), *Dificuldades da mulher no puerpério: subsídios para a enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Faculdade de Ciências Humanas - Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

AUGUSTO, A., KUMAR, R., CALHEIROS, J.M., MATOS, E. AND FIGUEIREDO, E. (1996), Postnatal depression in an urban area of Portugal: Comparision of childbearing women and matched controls, *Psychological Medicine*, Vol. 26 No. 1, pp.135-142.

BERGAMASCHI, S. F. F. AND PRAÇA, N. S. (2008), Vivência da puérpera-adolescente no cuidado dorecém-nascido, no domicílio, *Rev Esc Enferm USP*, Vol.42 No.3, pp.454-60.

CHRISTIE, J. AND BUNTING, B. (2011), The effect of health visitors' postpartum home visit frequency on first-time mothers: Cluster randomised trial, *International Journal of Nursing Studies*, Vol.48 No. 6, pp. 689-702.

DENNIS, C.L. (2005), Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review, BMJ. Vol. 2 No.331, pp.7507-7515.
Direcção-Geral da Saúde - Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2005), *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação*, Direcção-Geral da Saúde, Lisboa.

FIGUEIREDO, B. (2001), Depressão pós-parto: Considerações a propósito da intervenção psicológica, *Psiquiatria Clínica*, Vol 22 No 3, pp 329-339, available at: http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4218/1/Depress%C3%A3o%20p%C3%B3s-parto%20(2001).pdf (accessed 10 March 2012).
International Council of Nurses (1996), Ethical Guidelines for Nursing Research, International Council of Nurses, Geneva.

LOWDERMILK, D. AND PERRY, S. (2008), *Enfermagem na Maternidade* (7ªed.), Lusodidacta, Loures.

MACEDO, C., MENDES, I.M., SILVA, G. AND SERRANHO, H. (2009), Autocuidado e cuidado do recém-nascido no puerpério das dificuldades à utilização de uma linha telefónica de apoio, Revista *Nursing*, No. 249, pp. 24-33.

MARTINS, C.A., SIQUEIRA, K.M., TYRRELL, M.A.R., BARBOSA, M.A., CARVALHO, S.M.S. and dos Santos, L.V. (2008), Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério, *Revista Eletrónica de Enfermagem*, Vol. 10 No. 4, available at: www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a13.htm (accessed 21 March 2012).

MATHEUS, L.M., MAZZARI, C.F., OLIVEIRA, J. AND MESQUITA, R.A. (2006), Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina, *Revista Brasileira de Fisioterapia,* Vol. 10 No. 4, pp. 32-38.

MEDEIROS, C.R.G. AND SANTOS, B.R.L. (2009), As vivências da família no retorno ao lar com o primeiro filho, *Revista Ciência & Saúde*, Vol. 2 No. 1, pp. 16-24.

OLDS, D.L. (2002), Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication, Prevention Science, Vol.3 No.3, pp.153-172.
Ordem dos Enfermeiros (2003), *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*, Lisboa.

PAIS RIBEIRO, J.L.,HONRADO, A. AND LEAL, I. (2004), Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond, *Psicologia Saúde & Doenças*, Vol.5 No. 2, pp. 229-239.

RANSJÖ-ARVIDSON, A. B., CHINTU, K., NG'ANDU, N., ERIKSSON, B., SUSU, B., CHRISTENSSON, K. AND DIWAN, V. K. (1998), Maternal and infant health problems after normal childbirth: a randomised controlled study in Zambia, Journal of Epidemiology and Community Health, Vol. 52 No. 6, pp.385-391.

SILVA, S.L.C. AND ROLDÁN, M.C.B. (2009), Adolescentes en puerperio y sus prácticas de cuidado, *Av. Enferm.*, Vol.27 No.2, pp.82-91.

SILVA, L.L.X., SCHWAB, P M., RAVELLI, A.P.X., SILVA, C.L. AND LEMOS, J.R.D. (2012), *Os problemas mamários advindos na consulta puerperal de enfermagem*, 10.° CONEX.- Apresentação Oral-Resumo Expandido, available at:
http://www.uepg.br/proex/anais/trabalhos/251.pdf (accessed 11April 2012).

SOUSA, J.V.; LEAL, I. (2007), Estudo psicométrico de uma escala de avaliação das alterações psicoemocionais do puerpério (EAAPP), *Nursing,* No.220, pp.7-13.
Springhouse Corporation (2005), *Enfermagem no cuidado materno e neonatal: série incrivelmente fácil*, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

STEFANELLO, J. (2005), *A vivência do cuidado no puerpério: as mulheres construindo-se como mães*, Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública - Universidade de São Paulo Ribeirão Preto, Brasil.

STRAPASSON, M.R. AND NEDEL, M.N.B. (2010), Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade, *Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre*, Vol. 31 No. 3, pp.521-528.

TERRA, D.L.H. AND OKASAKI, E.L.F.J. (2006), Compreensão de puérperas primíparas sobre os cuidados domiciliarios com o recém-nascido, *Rev Enferm* UNISA,Vol.7, pp.15-20.

WHITEFORD, B. AND POLDEN, M. (1992), *Exercícios pós-natais: um programa de seis meses para a boa forma da mãe e do bebê*, Maltese, São Paulo.

ZADOROZNYJ, M. (2006), Postnatal care in the community: report of an evaluation of birthing women's assessments of a postnatal home-care programme. *Health and Social Care in Community Blackwell Publishing Ltd*., Vol.15 No.1, pp.35-44.

Alda Maria Pires Silva Mendes
Rua Arrabalde dos Oleiros, nº 75, 1º dto. 6000-155
Castelo Branco
Portugal
E-mail:aldamendes@ipcb.pt

Abel Avelino de Paiva e Silva
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Portugal

Isabel Maria Pereira Leal
Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Portugal

Menopause Rating Scale v dosavadních výzkumech

Moravcová, M.[1]; Dopitová, D.[1]; Urbánková, M.[1]

[1]Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Abstrakt

Autorky se v textu zaměřily na problematiku hodnocení kvality života žen po menopauze. V článku jsou uvedeny užívané specifické dotazníky hodnocení kvality života, které splňují psychometrické vlastnosti. Podrobně se autorky zaměřily na specifický nástroj hodnocení kvality života žen po menopauze – Menopause Rating Scale. V současnosti je ověřována česká verze tohoto nástroje. Pro objasnění široké využitelnosti nástroje Menopause Rating Scale v klimakterické medicíně je uveden přehled dosavadních publikovaných zahraničních výzkumů, které jako výzkumnou metodu samostatně nebo v kombinaci s dalšími metodami užívají Menopause Rating Scale.

Klíčová slova: dotazníky, kvalita života související se zdravím, Menopause Rating Scale, menopauza, měření

Abstract

The author focused on the evaluation of quality of life of postmenopausal women. The article presents the using specific questionnaires to assess quality of life with psychometric properties. In detail, the author focused on specific instrument to assess quality of life for women after menopause - Menopause Rating Scale. Currently is validated Czech version of this instrument. To clarify the general applicability of these assessment tools in climacteric medicine, the author provide an overview of current published international researches that used Menopause Rating Scale alone or in combination with other methods.

Key Words: questionnaires, health related quality of life, Menopause Rating Scale, menopause, measurement

Úvod

Moderní zdravotní péče se nezaměřuje pouze na léčbu onemocnění, ale zároveň i na klientův život a změny v něm. Nedílnou součástí soudobé komplexní zdravotnické péče je i hodnocení kvality života související se zdravím (health related quality of life – HRQL).

V odborné literatuře probíhá mnoho diskuzí, které se zabývají sledováním symptomů souvisejících s hormonálními změnami po menopauze, ale i těch, které se objevily již dříve nebo které souvisí se stárnutím a jinými psychologickými faktory. Otázky související se spornými výsledky výzkumů ukazují na některá metodologická úskalí při studiu období menopauzy a měření kvality života žen v tomto období (Dennerstein et al., 2000).

K hodnocení kvality života související se zdravím a nemocí lze využít metody generické, specifické, či smíšené. Obvykle i pro konkrétní skupinu klientů se specifickým onemocněním, resp. symptomy, existuje více metod k posouzení HRQL lišících se svými základními charakteristikami. Není tomu jinak ani u žen v období souvisejícím s menopauzou s přítomnými symptomy estrogenního deficitu. Užitečný přehled existujících specifických metod pro hodnocení HRQL menopauzálních žen uvádí Zöllner et al. (2005). Zhodnotil jejich vhodnost pro hodnocení kvality života související se zdravím u žen v období ovlivněném

menopauzou. Kritérii pro stanovení, zda je nástroj vhodný pro klinické použití, byly jeho psychometrické vlastnosti a úplnost HRQL měření. Po konkrétním studiu specifických nástrojů pro měření HRQL bylo autory jako vyhovující označeno osm následujících dotazníků: Green Climacteric Scale (GCS), Menopause Quality of Life Scale (MQOL), Menopause Rating Scale (MRS), Menopause-Specific QoL Questionnaire (MENQOL), Menopause Symptoms List (MSL), Qualifemme, Utian Quality of Life Scale (UQOL) a Women's Health Questionnaire (WHQ) (Zöllner et al., 2005).

V elektronické databázi nástrojů hodnotících kvalitu života Proqolid je uvedeno pět standardizovaných specifických nástrojů k hodnocení HRQL žen v období ovlivněném menopauzou: MRS, Menopause Representations Questionnaire (MRQ), MENQOL, UQOL a WHQ (Mapi Research Trust, 2002). Na základě těchto zdrojů a zahraničních zkušeností z klinické praxe jsme se zaměřily na dotazník Menopause Rating Scale, u kterého byla v rámci širší studie vytvořena česká standardizovaná verze. Následně uvádíme základní charakteristiky MRS a prezentujeme uplatnění nástroje MRS ve světových výzkumech.

Cíl

Cílem našeho sdělení je charakterizovat specifický dotazník hodnotící HRQL menopauzálních žen Menopause Rating Scale (MRS). V neposlední řadě je cílem čtenářům podat přehled dosud provedených výzkumů u postmenopauzálních žen s užitím metody MRS.

Metodika

Pro potřeby širšího výzkumu byly na základě výše uvedených zdrojů vybrány dva specifické dotazníky HRQL – Menopause Rating Scale a Utian Quality of Life Scale, které jsou v zahraničí používány pro klinické a výzkumné účely. Oba nástroje byly přeloženy metodou zpětného opakovaného překladu a byla ověřena jejich validita a reliabilita. Na základě výsledků této studie se jako přijatelný a využitelný nástroj hodnocení HRQL u žen po menopauze v českých podmínkách jeví nástroj MRS (Moravcová et al., 2014).

Menopause Rating Scale je nástrojem, který měří HRQL a byl vytvořen na počátku 90. let 20. století pro měření závažnosti příznaků stárnutí a jejich dopadů na kvalitu života žen. Autoři MRS si stanovili za cíl porovnat závažnost příznaků stárnutí mezi různými skupinami žen v různých životních podmínkách, porovnat změny závažnosti příznaků v průběhu času a v neposlední řadě posoudit změny příznaků před léčbou a po ní. Dotazník MRS byl standardizován v Německu, byly stanoveny jeho psychometrické charakteristiky a identifikovány tři domény nástroje (Heinemann et al., 2004).

Dotazník MRS obsahuje 11 symptomů rozdělených do třech domén – psychologické, somato-vegetativní a urogenitální. Žena, která dotazník vyplňuje, uvádí u každého symptomu, jak velkou míru závažnosti obtíží v daném období sama pociťuje. Má k dispozici pět stupňů intenzity 0 – 4 (žádné, mírné, střední, výrazné, nesnesitelné) (Berlin Center for Epidemiology and Health Research, 2008).

Schéma vyhodnocení dotazníku MRS je jednoduché. Čím je vyšší počet bodů, tím větší je intenzita obtíží a jejich závažnost (Dennerstein et. al., 2000; Heinemann et al., 2004). Vyhodnocení každé ze tří domén je provedeno součtem bodů položek v dané oblasti. Celkové hodnocení obtíží je pak součet celkového počtu bodů ze všech tří domén.

Dotazník MRS se začal používat na celém světě. První překlad byl proveden z němčiny do angličtiny. V současnosti je již k dispozici dalších 27 jazykových verzí. Čeština mezi nimi však dosud chyběla (Heinemann et al., 2003; Mapi Research Trust, 2002).

V současnosti se v české klinické praxi nepoužívají plošně dotazníky hodnotící HRQL u postmenopauzálních žen. Proto jsme se pokusily provést přehled dosavadních výzkumů ve světové klinické praxi, ve kterých autoři při hodnocení HRQL postmenopauzálních žen a efektu léčby menopauzálních symptomů užili dotazník MRS.

Rešeršní práce byla provedena pomocí databáze Scirus (www.scirus.com) a PubMed (www.pubmed.gov). Klíčová slova byla - název dotazníku (Menopause Rating Scale), užívaná zkratka metody (MRS) a pojem „research". Konkretizujícími údaji byl vzorek respondentek – postmenopauzální ženy ve věku 45 – 60 let a jako výzkumná metoda MRS užitá samostatně nebo s dalšími výzkumnými metodami. Pro dotazník MRS bylo vyhledáno 39 článků. Z celkového počtu zobrazených článků věnovaných této problematice byly některé zaměřeny na rozdílný vzorek respondentek ve srovnání s parametry stanovenými v naší studii. Některé články rovněž zpracovávaly výsledky stejných studií z různých hledisek. Proto bylo pro vytvoření přehledu v naší práci vybráno pouze 17 publikací obsahujících MRS.

U jednotlivých výzkumů jsou uvedeny tyto údaje: údaje o autorech článku; lokalita výzkumu; periodikum, ve kterém byl článek publikován. Ve sloupci použitá metoda je uveden MRS, včetně jeho jazykové verze, jestliže bylo autory ve zdroji uvedeno a dále všechny další metody, které byly v dané studii použity k získání informací o respondentkách. Dalším údajem u jednotlivých výzkumů je vzorek respondentek a eventuální léčba aplikovaná v průběhu výzkumu. V závěru jsou uvedeny hlavní výsledky výzkumu.

Výsledky

Dále uvádíme přehled konkrétních výzkumů s využitím MRS (Tab. 1). Šest studií užívajících MRS hodnotilo efekt léčby obvykle alternativních preparátů versus hormonální terapie. U třech výzkumů se jednalo o výzkumy zaměřené na zhodnocení využití MRS pro hodnocení konkrétních menopauzálních symptomů jako jsou např. sexuální dysfunkce, návaly horka. Sedm studií sledovalo kvalitu života u žen po menopauze bez aplikace hormonální léčby, 6 studií porovnávalo mimo jiné i účinky hormonální terapie na kvalitu života žen a u 4 výzkumů autoři ve studii léčbu u respondentek neuvádějí.

Pět výzkumů užilo jako samostatnou metodu MRS, u čtyř výzkumů byly užity současně další specifické dotazníky a u sedmi výzkumů byl použit dotazník s doplňujícími demografickými údaji. U sedmi výzkumů autoři souběžně s MRS použili další dotazníky zaměřené na HRQL nebo hodnocení symptomů souvisejících s menopauzou. U jednoho výzkumu autoři užili záznam menopauzálních symptomů respondentek souběžně s MRS.

Čtyři výzkumy proběhly v Evropě, šest v Asii, šest v Jižní Americe a jeden výzkum v Severní Americe a Austrálii.

Tab 1 Přehledová tabulka výzkumů využívajících MRS

Autoři, lokalita, periodikum	Pracoviště	Použitá metoda	Vzorek respondentů	Léčba	Hlavní výsledky	Komentář
El Shafie K, Al Farsi Y, Al Zadjali N et al. Muscat, Oman, 2011 Menop.: 2011. Oct.; 18 (10): 1113-1119.	Dep. of Family Medicine and Public Health, College of Medicine and Health Sciences, Sultan	**MRS** demografické údaje	472 zdravých žen 40–60 let 39,6% resp. v premenop. 15,2% v perimenop., 43,6% v postmenop.	bez léčby	Somat. a psych. příznaky se objevily častěji, než urogenitální u všech respondentek. Nejčastější příznaky byly bolesti svalů a kloubů (73,3%), psych. a fyz. vyčerpání (47,2%) a úzkost (46,6%). Ománské ženy vykazují atypické sympt. menop.	průřezová studie Cílem této studie bylo analyzovat výskyt a závažnost klimakt. příznaků a rizik. faktorů u kohorty ománských zdravých žen.
Chuni Ch, Sreeramareddy ChT Nepál, 2011 BMC Women's Health: 2011, June,	Dep. of Community Medicine, Manipal Coll. of Medical Sciences, Pokhara, Nepal	**MRS** demogr. údaje doplň. informace o zdr. stavu STRAW	729 žen ve zdr. střediscích v Kaski v Nepálu věk 40 – 65 let	bez léčby – ženy vyšetř. před léčbou	MRS může být použit jako nástroj pro hodnocení celkového skóre ≥ 16 s minimálním rizikem nesprávné klasifikace. Využitelnost MRS je však omezena celkovým zdravotním stavem a výskytem urogen. příznaků u ženy	průřezová studie U postmenop. žen byl podstatně vyšší výskyt symptomů než u žen v premenop.
Anderson D, Sievert LL, Melby MK et al. Australia, USA, Japan, Switzerland, 2011 Maturitas, 2011 July. 70;135-140	Queensland Un. of Technology, Univ. Mass Amherst, MA, USA Univ. of Delaware Dep. of HIV/ AIDS, WHO, Geneva,	**MRS** GCS, Everyday Complaint Checklist WHQ, KI, MENQOL, Female Sexual Function Index self report	19 517 respondentek z celého světa v období perimenop. v 9 studiích	bez léčby	Ve studiích byly sice užity různé metody pro hodnocení sexuálních projevů, statisticky významné rozdíly však zaznamenány byly. Mezikulturní rozdíly v sex. projevech existují a měly by být zjišťovány příznaky - ztráta zájmu o sex, poševní suchost, Index sex. funkce ženy.	Mezikult. studie zaměř. na metody užívané ve srovnání sex. symptomů a zkoumání faktorů, které ovliv. sex. projevy. Devět studií zaměř. na projevy menop.

Glaser R, York AE, Dimitrakakis C. USA, 2010 – 2011 Maturitas, 2011 January; 68: 355–361	Wright State Univ., Boonshoft School of Med., Dayton, OH, USA York Data Analysis, Seattle, Dep. of Ob/ Gyn, Athens Un. Medical School, Athens	**MRS** lab.hodnoty testoste-ronu, stav menopauzy BMI	300 pre- a postmenop. žen s příznaky relativního nedostatku androgenů	testosteron ve formě podkožního implantátu	U resp. byly stanoveny změny související s léčbou. Před i po menopauze ženy uváděly podobné příznaky nedostatku hormonů. Obě skupiny vykazovaly podobná zlepšení celkového skóre, ale i psych., somat. a urogenit. skóre s léčbou testosteronem. Výraznější účinek byl zaznamenán u žen se závažnějšími symptomy. Vyšší dávky testosteronu souvisely s výraznějším zlepšením symptomů.	Studie měřila blahodárné účinky kontinuální léčby testostero-nem, dodaného podkožní implantátem v pre- a postmenop. MRS byl vyplňován před léčbou a po 3 měsících léčby. MRS se ukázal jako cenný nástroj pro hodnocení efektu léčby.
Carmignani LO, Pedro AO, Costa-Paiva LH et al. Brazílie, 2010 Maturitas, 2010 Nov;67(3):262-9. Epub 2010 Sep.	Department of Obstetrics and Gynecology, State University of Campinas, Campinas, SP, Brazil.	**MRS**	60 zdravých postme-nopauzálních žen, přítomny menopauzální symptomy věk 40 – 60 let	sojové preparáty x hormonální terapie (HT) x placebo	Sojové preparáty mohou představovat efektivní alternativu léčby somatických a urogenitálních symptomů menopauzy.	dvojitě zaslepená random. kontrol. studie – primárně se jednalo o posouzení účinků sojových doplňků stravy, nízkodávkové horm. terapie a placeba na psychol., somat. a urogen. sympt. žen po men.

Chedraui P, et al. Ekvádor, 2010 Maturitas, 2010 Jul;66(3):298-304. Epub 2010 Apr 24.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador.	**MRS** HFBS (Hot Flush Beliefs Scale) dotazník se soc. demogr. údaji	1154 zdravých žen přítomny symptomy - návaly horka věk 40-59let	13,9 % HT x 12,8 % fyto-estrogeny x 7,1 % psycho-tropní látky	Z celkového vzorku respondentek 646 žen (56%) udává přítomnost návalů horka tříděných podle první položky MRS jako mírné (28,6%), střední (33,2%), těžké (29,1%) a velmi těžké (9,1%)	Údaje získávané MRS jsou dle autorů kvalitní a zaručené. Vnímání závažnosti menop. sympt. záleželo u resp. na individualitě a na partnerských vztazích.
Metintas S, Arykan I, Kalyoncu C et al. Turecko, 2010 Rural and Remote Health 10: 1230. (Online).	Eskisehir Osman-gazi Univ., Medical Fac., Public Health Dep., Turkey	**MRS** – turecká verze Kupperma-nův index – turecká verze	600 žen věk 40-70 let (medián 52,01 ± 9,04)	ve studii neuvedeno	Výzkum ukázal, že turecká verze MRS je srozumitelná a použitelná pro identifikaci žen se závažnými symptomy estrogenního deficitu.	Pomocí MRS lze detekovat ženy s estrogenním deficitem v rámci prim. zdr. péče a ty pak v případě obtíží posílat na vyšší stupně zdr. péče.
Ojeda E. et al. Latinská Amerika – Peru, Kolumbie, 2010 Climacteric, 2010 Mar 1.	Collabo-rative Group for Research of the Clima-cteric in Latin America	**MRS**	573 postmen. domorodých žen (288 kmen Quechua (Peru) a 285 kmen Zenú (Kolumbie)) s přítomnými symptomy věk 45 – 59 let	bez léčby	Více než 90 % domorodých žen uváděly těžké urogenitální skóre. Těžké příznaky menopauzy zjištěné u zkoumaných žen by mohly být výsledkem jejich etnického původu.	Latinsko-americké ženy všeobecně udávají vyšší závažnost symptomů menopauzy než v jiných částech světa. Výskyt urogen. sympt. je u zkoumaných kmenů mnohem vyšší, než je uváděno.
Chedraui P, et al. Ekvádor, 2010 Arch Gynecol Obstet., 2010 May; 281(5):879-85.	Hosp. Gineco-Obst. E. C. Sotomayor, Facultad de Ciencias Médicas, Univ. Católica de Guayaquil, Ecuador	**MRS** dotazník s demogr. údaji	404 žen věk 40 – 59 let	bez léčby	Po zohlednění dalších faktorů, logistická regresní analýza zjistila, že ženy s vyšší paritou a sex. dysfunkcí u partnera mají zvýš. riziko pro vysoký skór MRS. Ženy s pozitivním vnímáním své situace mají nižší riziko závažného skóre MRS.	průřezová studie Ve středním věku řadu psychol. příznaků menop. zhoršují závažnější skutečnosti související s paritou a partnerovou sex. dysfunkcí.

Rahman SASA, Zainudin SR, Mun VLK Malajsie, 2010 Asia Pacific Family Medicine 2010, 9:5	Dep. of Family Medicine, Fac. of Med. and Health Sciences, Univ. Malaysia Sarawak, Malaysia	**MRS** – malajská verze soc.-demogr. údaje STRAW	356 Sarawakian žen (jeden ze dvou malajských států na ostrově Borneo) věk 40-65 let	neuvedeno	Nejčastější příznaky u resp. byly bolesti svalů a kloubů (80,1%), fyz. a psych. vyčerpání (67,1%), problémy se spánkem (52,2%), návaly horka a pocení (41,6%), podrážděnost (37,9%), suchost pochvy (37,9%), úzkost (36,5%), depr. nálady (32,6%), sex. problémy (30,9%).	Výskyt příznaků menopauzy v rámci této studie odpovídá jiným studiím asijských žen. Jedním z cílů této studie bylo vytvoření malajské verze MRS.
Jara D. et al. Chile, 2009 Maturitas, 2009 Mar 20;62(3):321-3	Universidad Diego Portales, Santiago, Chile	**MRS** FSFI (Female Sexual Functioning Index)	370 žen s přítomnými symptomy věk 40 – 59 let	bez léčby	MRS je nepříliš přesný pro diagnostiku sexuální dysfunkce u postmenopauzálních žen.	Autoři se pokusili zhodnotit využití MRS pro hodnocení sex. dysfunkce u menop. žen. V této oblasti je potřebný další výzkum.
Kaszin-Bettag M, Beck S, Richardson A, et al. Německo, 2008 Altern Ther Health Med., 2008. Nov 14 (6):32-8.	Health Research Services Ltd, St Leon-Rot, Germany	**MRS**	363 žen s příznaky menopauzy	extrakt ERr 731 z kořenů Rheum L. rhaponticum (rebarbora)	ERr 731 je vhodný pro léčbu menopauzálních symptomů u peri- a postmenopauzálních žen.	6měsíční otevřená observ. studie věnovaná prokázání účinnosti a snášenlivosti ERr 731 u žen v menopauze. MRS byl využit pro zhodnocení efektu léčby po 3 a 6 m. léčby.

Monterrosa A, Blumel JE, Chedraui P Chile, Colombia, Ecuador Maturitas,2008 Dec; 59: 182–190	Dep. of Gyn. and Obst., Facultad de Medicina, Univ. de Cartagena, Dep. Med. Sur, Fac. de Med., Univ. de Chile, Fac. de Ciencias M´edicas, Univ. Cat´olica de Santiago de Guayaquil,	**MRS**	578 žen (201 afro-kolumbijských žen a 377 hispánských kolumbijských žen věk 47,9 ± 5,9 let	ve studii neuvedeno	Zvýšená četnost a závažnost příznaků menopauzy jsou spojené s negroidní rasou. Bylo zjištěno, že ženy afro-kolumbijské mají nižší kvalitu života způsobenou vyšším výskytem a závažností somatických a psychických příznaků.	MRS byl ve studii využit k porovnání symptomů estr. deficitu u dvou skupin žen rozdílné rasy. Výrazně vyšší intenzita symptomů byla zjištěna u negroidních kolumbijských žen. U hispánské skupiny žen byl zjištěn vyšší výskyt urogyn. symptomů.
Kakkar V, Kaur D, Chopra K et al. Indie, 2007 Maturitas 2007, February; 57: 306–314	Univ. Instit. of Pharma-ceutical Sciences, Panjab Univ., India Darshanjot Medical and Health Centre, Mohali,	**MRS** doplňující informace – věk menopauzy, vzdělání, zaměstnání, životní styl	208 žen věk 35 – 65 let (48,7 ± 2,3 let)		Pracující ženy více trpí psych. symptomy a nezaměstnané ženy mají větší výskyt somat. příznaků. Vzdělané ženy prokázaly nižší výskyt psych. a somat. symp. Věk, vzdělání, zaměstnání u žen se stejným socio-kulturním zázemím může přispět k výrazným změnám v symptomech.	Studie měla za cíl zmapovat pomocí MRS rozdíly v prožívání symptomů estrogenního deficitu v závislosti na věku, vzdělání, zaměstnání u žen v severo-indické subpopulaci.
Heger M et al. Německo, 2006 Menopause, 2006 Sep-Oct; 13(5):744-59.	Health Research Services Ltd, St Leon-Rot, Germany	**MRS**	109 žen s klimakte-rickými symptomy	enterosolv. potahované tablety – ERr731 x placebo	Ve srovnání s placebem, ERR 731 významně snižuje výskyt a závažnost klimakterických obtíží v perimenopause. Tato léčba je rovněž bezpečná a dobře tolerovaná.	12ti týdenní multicentrická, prospektivní, randomiz. dvojitě zaslep. a placebem kontrol. studie. MRS byl využit pro zhodn. efektu léčby.

Kowalcek I, Rotte D, Banz C et al. Německo, Papua Nová Guinea, 2004 Maturitas 51 (2005) 227–235	Dep. of Obst. and Gynec., Medical Univ. of Schleswig Holstein, Lübeck, Germ. Ganbin Hosp., Papua N. G.	**MRS** – angl. verze a verze v Pidgin-English (úřední jazyk Papua N. Guinea) - demogr. údaje	218 resp. – Německo – 101 premenop. a 40 postmen. žen – Papua Nová Guniea – 36 premen. a 41 postmen. žen	ve studii neuvedeno	V porovnání mezi dvěma kulturami došlo ke zjištění, že u žen v Německu se vyskytují ve vysoké intenzitě návaly horka a oproti tomu v Papua Nová Guinea byl vyšší výskyt srdečních symptomů, únavy, urol. sympt., vag. suchost a bolesti kloubů a svalů.	Vnímání a představy o nemoci a zdraví jsou založeny na sociokulturním modelu dané společnosti.
Wuttke W, Seidlová-Wuttke D, Qorkow C Německo, 2003 Maturitas, 2003 Mar 14;44 Suppl 1:S67-77.	Dep. of Clinical and Experimental Endocri-nology, Univ. of Göttingen	**MRS** - deník menop. sympt. - marker kostní degr. - marker kostní formace	62 postmeno-pauzálních žen	Cimicifuga racemosa – CR BNO 1055 x 0,6mg estrogen x placebo	CR BNO 1055 má ekvivalentní účinek na klimakterické obtíže a kostní metabolismus postmenopauzálních žen s konjugovaným estrogenem.	3měsíční dvojitě slepá, multicentrická random. studie. MRS užit k hodnocení efektu léčby jednotlivých léčiv v průběhu času

Diskuze

Jak ukázal přehled výzkumů zaměřených na hodnocení HRQL s užitím nástroje Menopause Rating Scale, tato metoda je poměrně často užívána ve světové klinické praxi a k výzkumným účelům. Ukazuje na to i 27 standardizovaných cizojazyčných verzí (Berlin Center for Epidemiology and Health Research, 2008).

Zůstává otázkou, jestli vytvořená česká verze dotazníku MRS najde své uplatnění v české klinické praxi. Studie, která byla zaměřena na vytvoření a standardizaci české verze MRS ukázala, že u osloveného vzorku respondentů je to metoda, která je přijatelná jak pro ženy, tak i pro zdravotníky. Výsledky studie a prezentovaný přehled výzkumů s využitím MRS rovněž poukázaly na fakt, že česká verze MRS je využitelná k hodnocení kvality života a že výsledky lze srovnávat i v mezikulturním srovnání (Moravcová et al., 2014).

Je jasné, že vzhledem k obecnému stárnutí populace, kdy v roce 2011 dle ÚZIS České republiky se ve středním věku menopauzy (mezi 49 a 51 lety) nacházelo přibližně 670 000 žen, nelze považovat detekci a následné řešení symptomů estrogenního deficitu a jejich dopadu na kvalitu života žen jako problém malé skupiny naší populace (ÚZIS, 2011). Vzhledem k intimnosti a specifičnosti některých symptomů estrogenního deficitu mohou specifické nástroje hodnocení HRQL žen po menopauze napomoci ke kvalitnější komunikaci a především k včasné detekci problémů souvisejících s menopauzou.

Závěr

Metody, které napomohou ke zlepšení poskytované péče a komunikace mezi klientkou a ošetřujícím personálem, jsou bezesporu jednotné, kvalitní a specifické nástroje hodnocení HRQL žen v období ovlivněném menopauzou. U postmenopauzálních žen se jeví jako

nejvhodnější takové HRQL dotazníky, které zároveň slouží k hodnocení efektu případné léčby menopauzálních symptomů a k posouzení závažnosti symptomů estrogenního deficitu. Specifický dotazník Menopause Rating Scale je nástroj, který slouží k hodnocení HRQL u postmenopauzálních žen, ale i k hodnocení efektu léčby a vývoje intenzity obtíží v čase. Zároveň je to metoda, která je přijatelná pro klientky i pro zdravotníky praktikující v poradnách klimakterické medicíny.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Z hlediska případného konfliktu zájmu jsme neshledaly žádné okolnosti, které by základní principy publikování ohrožovaly. Tato publikace vznikla v rámci projektu SGSFZS_2015001 Kvalita péče ve zdravotnických zařízeních 2015 v rámci Studentské grantové soutěže Univerzity Pardubice.

Bibliografické zdroje

ANDERSON, D., SIEVERT, LL., MELBY, MK. et al. Methods used in cross-cultural comparisons of sexual symptoms and their determinants. Maturitas. 2011. July; 70:135-140.

Berlin Center for Epidemiology and Health Research. Menopause Rating Scale [online]. 2008 [cit 2014-12-13]. Dostupné z: < http://www.menopause-rating-scale.info>.

CARMIGNANI, LO., PEDRO, AO., COSTA-PAIVA, LH. et al. The effect of dietary soy supplementation compared to estrogen and placebo on menopausal symptoms: a randomized controlled trial. Maturitas. 2010. Nov; 67(3):262-9.

DENNERSTEIN, L., HELMES, E. The Menopausal Transition and Quality of Life: Methodologic Issues. Quality of Life Research, 2000, 9, 721-731. Mapi Research Trust. Proqolid [online]. 2002, [cit. 2014-04-09]. Dostupné z: <http://www.proqolid.org/>.

EL SHAFIE, K., AL FARSI, Y., AL ZADJALI, N. et al. Menopausal symptoms among healthy, middle-aged Omani women as assessed with the Menopause Rating Scale. Menopause: 2011. October; 18 (10):1113-1119.

GLASER, R., YORK, AE., DIMITRAKAKIS, C. Beneficial effects of testosterone therapy in women measured by the validated Menopause Rating Scale (MRS). 2011. 68:355–361.

HEGER, M., VENTSKOVSKIY, BM., BORZENKO, I. et al. Efficacy and safety of a special extract of Rheum rhaponticum (ERr 731) in perimenopausal women with climacteric complaints: a 12-week randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Menopause. 2006 Sep-Oct; 13(5):744-59.

HEINEMANN, K., RUEBIG, A., POTTHOFF, P. et al. The Menopause Rating Scale (MRS): A Methodological Review. Health and Quality of Life Outcomes, 2004. 45,2. Dostupné [http://www.hqlo.com/content/2/1/45].

HEINEMANN, L., POTTHOFF, P., SCHNEIDER, H. International Versions of the Menopause Rating Scale (MRS). Health an Quality of Life Outcomes, 2003. 28, 1. Dostupné [http://www.hqlo.com/content/1/1/28].

CHEDRAUI, P. et al. Severe menopausal symptoms in middle-aged women are associated to female and male factors. Arch Gynecol Obstet. 2010 May; 281(5): 879-85.

CHEDRAUI, P. et al. Beliefs regarding menopausal hot flushes among climacteric women as assessed with the Hot Flush Beliefs Scale. Maturitas. 2010. Jul; 66(3): 298-304.

CHUNI, N., SREERAMAREDDY, CHT. Frequency of symptoms, determinants of severe symptoms, validity of and cut-off score for Menopause Rating Scale (MRS) as a screening tool: A cross-sectional survey among midlife Nepalese women BMC Women's Health 2011, 14 Jun 2011 11:30. Dostupné [http://www.biomedcentral.com/1472-6874/11/30].

JARA, D. et al. Is the Menopause Rating Scale accurate for diagnosing sexual dysfunction among climacteric women? Maturitas. 2009 Mar. 20; 62 (3): 321-3.

KAKKAR, V., KAUR, D., CHOPRA, K. et al. Assessment of the variation in menopausal symptoms with age,education and working/non-working status in north-Indian subpopulation using menopause rating scale (MRS). Maturitas. 2007; 57: 306–314.

KASZKIN-BETTAG, M., BECK, S., RICHARDSON, A. et al. Efficacy of the special extracts ERr 731 from rhapontic rhubarb for menopausal complaints: a 6-month open observational study. Altern Ther Health Med. 2008 Nov; 14 (6):32-8.

KOWALCEK, I., ROTTE, D., BANZA, C. et al. Women's attitude and perceptions towards menopause in different cultures. Maturitas. 2005; 51: 227–235.

METINTAS, S., ARÝKAN, I., KALYONCU, C. et al. Menopause Rating Scale as a screening tool in rural Turkey. Rural and Remote Health 10: 1230. 2010. Dostupné z: http://www.rrh.org.au.

MONTERROSA, A., BLUMEL, JE., CHEDRAUI, P. Increased menopausal symptoms among Afro-Colombian women as assessed with the Menopause Rating Scale. Maturitas. 2008. 59: 182–190.

MORAVCOVÁ, M.; MAREŠ, J.; JEŽEK, S.: Menopause Rating Scale – validation Czech version specific instrument for assessing health-related quality of life in postmenopausal women. Ošetřovatelství a porodní asistence, 2014; 5(1),36-45.

OJEDA, E., MONTERROSA, A. et al. Severe menopausal symptoms in mid-aged Latin American women can be related to their indigenous ethnic component. Climacteric. 2011. Feb. 14 (1),157-163.

RAHMAN, SASA., ZAINUDIN, SROV., MUN, VLK. Assessment of menopausal symptoms using modified Menopause Rating Scale (MRS) among middle age women in Kuching, Sarawak, Malaysia. Asia Pacific Family Medicine 2010, 9:5. Dostupné z: [http://www.apfmj.com/content/9/1/5].

ÚZIS. Zdravotnická ročenka České republiky 2011. Praha: ÚZIS ČR, 2012.

WUTTKE, W., SEIDLOVÁ-WUTTKE, D., GORKOW, C. The Cimicifuga preparation BNO 1055 vs. conjugated estrogens in a double-blind placebo-controlled study: effects on menopause symptoms and bone markers. Maturitas. 2003 Mar 14; 44 Suppl 1: 67-77.

ZÖLLNER, ZF., ACQUADRO, C., SCHAEFER, M. Literature Review of Instruments to assess Health-Related Quality of Life during and after Menopause. Qual. of Life Res. 2005, 14, 309-327.

Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
e-mail: marketa.moravcova@upce.cz

Bc. Daniela Dopitová
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
e-mail: st34219@student.upce.cz

Bc. Martina Urbánková
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
e-mail: icqm@seznam.cz

The status of women‘s health and influencing factors in Turkey

Nazhad Abbas Maryam[1]; Alışmış Alime[1]; Yılmaz Serkan[1]

[1]Ankara University Faculty of Health Sciences Department of Midwifery Ankara, Turkey

Abstract

Background: Women‘s health is an important problem both in world and Turkey. There exists a direct relationship between the status of women and health. Women’s education, employment, poverty etc., affected to women health. The levels and trends was described in this article in various demographic characteristics, women’s marriage, living arrangements, childbearing, poverty, women’s employment, education, women’s life expectancy, gender role of women, prevalence of chronic health conditions and reproductive health of women in Turkey.

Objective: This review aims to analyze the state of women‘s health and influencing factors in Turkey

Method: The WHO (World Health Organisation), TDHS (Turkish Demographic Health Survey) and google scholor databases were analyzed between 2008 and 2014. In order to map out recent studies conducted with state of women health and influences factor in Turkey, national databases were reviewed and eventually 19 works were evaluated.

Results: In our country, significant differences in health indicators between regions and settlements seriously affect women’s health, their problems, and their roles in society. Factors affecting women health are education, poverty, employment, gender and state of reproductive health. Literacy rate is about 92.2% for women, the unemployment ratio was 10.8% of females, speedy women‘s fertility is 2.26%, use of modern contraceptives ratio was 47%, violence againts women is between 34-78% in Turkey. The results of the data on notifiable diseases and researches demonstrate that syphilis and HIV/AIDS infections, although in a slow manner, are increasing.

Conclusions: Women‘s health is not at the desired level. Factors affecting women health are education, poverty, employment, gender and state of reproductive health in Turkey. These factors should be under control. There exists a direct relationship between the status of health of women and public health. Thereore It is important to raise the level of women‘s health.

Key Word: Women, Women health, Gender

Introduction

Turkey‘s population is about 78 million. 49.8% of the the population is female (1). Birth life expectancy is 73.7 years for men and 79.4 years for women averagely 76.3 years. In general, women live longer than men and the difference in life expectancy at birth is 5.7 years. But, the quality of life in women level is too law than men (Women in Statistics, 2012). The status of woman in the society is one of the most important factors that determine her life quality and health. The status of women is lower and exposed to gender discrimination. Gender is one of many social determinants of health which include social, economic, and

political factors that play a major role in the health outcomes of women in Turkey (Akın, 2007; Şimşek, 2011). Both sex and gender influence health risks, health-seeking behaviour, and health outcomes, thus influencing their access to health care systems and the response of those systems. Between men and women inequality becomes more apparent in such areas as social life, marriage and family life, work life, education, politics and decision-making, human rights, and access to health services. The most important area of women's health where gender discrimination appears is in reproductive health services. Throughout the country, women still face violence, become disabled or killed due to their gender. Women are unable to make independent decisions regarding their health care due to a variety of social and family pressures, and face barriers when trying to access health care facilities and services. Therefore, the high level of gender inequality in Turkey negatively impacts the women health (Akın 2006). The levels and trends will be described in health conditions and health of women in Turkey in this article.

Metod

This review aims to evaluate the status of women's health and influencing factors in Turkey. Women's health indicators are; birth rate, antenatal care, violence, family planning, unexpected pregnancies and sexual disease. In this review, The WHO (World Health Organisation), TDHS (Turkish Demographic Health Survey) and google scholor databases were deeply analyzed between 2008 and 2014. In order to map out the recent studies conducted with state of women health and influence factor in Turkey, national databases were reviewed and eventually 19 studies were found to be suitable for inclusion. The database research keyword was used the women health, fertility rate, antenatal care, family planning, violence against women and sexual disease.

Result

In Turkey, with the effect of gender inequalities, women are less educated, participated less in labor force and earned less (Şimşek 2011). Literacy rate is 98,3% for men while it is 92.2% for women. Illiteracy is particularly prevalent among rural women, who are often not sent to school as girls. Half of girls aged between 15 and 19 were not educated. In addition the unemployment ratio of females is higher than males. In 2012, while the unemployment ratio was 10.8 % of females, this ratio was 8.5 % for men (Women in Statistics, 2012). Findings indicate that 61 percent of women work in the service sector, while 24 percent work in agriculture and 14 percent in industry (Turkish Demographic and Health Survey, 2013) . Married women are more likely to work in the agriculture, while divorced women are more likely to be employed in the service sector (Turkey Demographic and Health Survey, 2013). Speed of women's fertility is 2.26 according to 2013 data (Turkey Demographic and Health Survey, 2013). The rural age-specific fertility rates peak at ages 20-24, decrease marginally at ages 25-29. On the other hand, the urban age-specific fertility rates exhibit a more gradual increase to a peak in the 25-29 age groups. 5 percent of women are beginning to bear more children adolescent (Turkish Demographic and Health Survey, 2013). According to research fertility differs widely among regions within provinces as well. The results indicate that education level, urbanization level, income percapita, and industrialization level of cities have statistically effects fertility rates of the cities. As

the education level, income percapita and industrialization level increase, the fertility rates decrease in the cities (Deliktaş et al, 2008; Akça and Ela, 2012).

Pregnancy requires antenatal care either for mother and her baby from initial of pregnancy to delivery. In Turkey, doctor or trained health personnel commissioned by the proportion of births is 97 percent within all births (Turkeish Demographic and Health Survey, 2013). But in antenatal care, 65.7% of mothers received adequate and qualified information (Kılıç, 2013). Mother age, education, husbands of education level, family type, level of income, social coverage are influencing factors of the mothers to take antenatal care. The existence of social security coverage increases the mothers' likelihood of receiving both adequate ANC and adequate and qualified. In addition to these factors, the ones who live in town or county centers and the ones whose husbands are university graduates have received more adequate and qualified ANC (Kılıç, 2013; Omaç et al, 2009; Pirinçci et al.,2010; Turan, et al.,2008). Median age at first birth for women 25-49 years old was 22.9 years. And findings suggest long birth intervals in Turkey and a median birth interval of 45.0 months (Turkish Demographic and Health Survey, 2013).

Use of modern contraceptives followed a similar pattern, and has risen over the past 25-year period, 31-47 percent in 2013 (Turkish Demographic and Health Survey, 2013). It is indicated that 4.7% of the pregnancies are terminated because they are unwanted and the undesired. The highest proportion of these women relied on withdrawal (37%). Nearly one-third of these women did not use any contraceptive methods. The age and educational status of the women have an impact on the choice of family planning methods. The younger and more educated women prefer the modern methods (Turkish Demographic and Health Survey, 2013).

Violence againts women is 34-80.9% in Turkey (Akar et al,2010; Tanrıverdi and Şıpkın,2008; Şahin, et. Al., 2012). For current physical violence the decrease with educational level is not so obvious, though there is still a difference between the lowest educated group (12,6 %) and the highest educated group (7,9 %). The prevalence of lifetime sexual violence experienced by females with no schooling or incomplete primary school is 22,2 %, it drops to 8,7 % among females at least high school education. For sexual violence in the past 12 months, experienced by females with high school is 3,8 % (Women in Statistics, 2012). It is more than twice as high among females with no schooling /incomplete primary school compared to females with high school or higher education. For current physical violence the decrease with educational level is not so obvious, though there is still a difference between the lowest educated group (12,6 %) and the highest educated group (7,9 %). The prevalence of lifetime sexual violence experienced by females with no schooling or incomplete primary school is 22,2 %, it drops to 8,7 % among females at least high school education. For sexual violence in the past 12 months, experienced by females with high school is 3,8 % (Women in Statistics, 2012) . Husband violence rate is higher in women who have low educational state, low age of marriage, married involuntarily, and whose husbands have low educational status, high usage of alcohol and cigarettes, family history of violence against women (Şahin et al,2012). The women who were primary school graduates suffered the most violence and the women who could not read or write suffered the least (Tanrıverdi and Şıpkın,2008).

Another problem is sexual disease. The results of the data on notifiable diseases and researches demonstrate that syphilis and HIV/AIDS infections, although in a slow manner, are increasing. In a result, women face with higher burden of the diseases, disability or death.

Discussion

Gender inequalities affect mostly fertilty factors and reproductive health. Socio-economic determinants of fertility which are female labor force participation, industrialization, urbanization, income and education level and immigration are very important in Turkey (Akça and Ela, 2012). Speed of women's fertility is 2.26 according to 2013 data (Turkey Demographic and Health Survey, 2013). The rural age-specific fertility rates peak at ages 20-24, decrease marginally at ages 25-29. On the other hand, the urban age-specific fertility rates exhibit a more gradual increase to a peak in the 25-29 age groups. 5 percent of women are beginning to bear more children adolescent (Turkey Demographic and Health Survey, 2013). The age at which childbearing begins is an important determinant of the overall level of fertility since early childbearing generally leads to a larger family size compared to later onset of childbearing.

Begining of healthy life for a baby closely related to mother's health during pregnancy. This fact requires active performance of Safe Motherhood Programme. Antenatal care more important for safe motherhood. It is important that all pregnant women must begin to receive antenatal care in the first trimester. Most Mothers were followed up by health professionals during pregnancy in Turkey. But, quality of the antenatal care not enough for women and newborn health. It has been determined that the mother's in live and education effect the to take prenatal care. Therefore it is important to control these factors.

Median age at first birth for women 25-49 years old was 22.9 years. And findings suggest long birth intervals in Turkey and a median birth interval of 45.0 months (Turkish Demographic and Health Survey, 2013). Education, women's social and economic status, age of marriage, family size desires, access to family planning information and services, and use of contraception affects fertility through a number of interrelated factors. Use of modern contraceptives followed a similar pattern, and has risen over the past 25-year period, 31-47 percent in 2013 (Turkish Demographic and Health Survey, 2013). According to the results of the Turkish population, both the birth and abortion statistics are still at higher levels (Ayaz and Efe, 2009). It is indicated that 4.7% of the pregnancies are terminated because they are unwanted and the undesired. The highest proportion of these women relied on withdrawal (37%). Nearly one-third of these women did not use any contraceptive methods. The age and educational status of the women have an impact on in the choice of family planning methods. The younger and more educated women prefer the modern methods (Turkey Demographic and Health Survey, 2013).

Main influences of gender inequalities on reproductive health are violence against women, honor murders, physical control of the hymen, gender selection, unwanted pregnancies or pregnancy in adolescence, abortion in unhealthy circumstances, sexually transmitted diseases, late diagnosis of the diseases, difficulty in accessing reproductive health service (Şimsek,2011). According to research the rates of violence against women is very high in Turkey. The prevalence of lifetime physical violence decreases with increase in educational level of females (Dişsiz and Hotun-Şahin, 2008). Thus, it is important that develop to

support program for victim's improvement and education. It leads to physical violence, promotes sexual exploitation and the risk of contracting HIV infection, maternal morbidity and mortality, and trafficking of women and girls. There is need to make strong program on violence to women have to try to decrease.

Another problem is sexual disease. The results of the data on notifiable diseases and researches demonstrate that syphilis and HIV/AIDS infections, although in a slow manner, are increasing. Gender inequality, potentially, makes women and girls more vulnerable to the condition than men. The aim of this article is to explore existing differences by comparing females' and males' experiences of the stigma associated with HIV/AIDS (Kasapoğlu and Kuş, 2008). It is reported that prejudice and stigmatization about HIV/AIDS lead to risky behaviors of people, prevent the open declaration of the disease, and that social fear promotes transmission. In the fight toward the stigma with AIDS, nurses will lead on breaking down the wall of stigma and silence (Oran and Şenuzun, 2008). Gonorrhea is more frequent among people who have genitourinary infections. Hepatitis B infections do not show an escalating trend. Chlamydia infections show a distribution similar to gonorrhea infections and have a major role in infertility cases (Kasapoğlu and Kuş, 2008).

Conclusions

There exists a direct relationship between the status of women and public health. Thereore, it is important to raise the level of women's health. Special emphasis should be given to national and international collaboration, improvement of social status of women, empowerment of women and elimination of gender discrimination which are much more in need, by realizing a holistic approach in reproductive health that prioritizes preventive services.

References

Akar T, Aksakal Fn, Demirel B, Özkan Ş.(2010) The prevalence of domestic violence against women among a group woman: Ankara, Turkey. *Journal of Family Violence*, vol.25 (10), pp. 449-460.

Akça H, Ela M. (2012) Analysis of the relation between education, fertility and unemployment in Turkey, *Maliye Dergisi*, vol.16, no.3, pp. 223-242.

Akın A, Sevencan F. (2006) Women's health level and status of family planning practices in Turkey. *Turkiye Klinikleri J Surg Med Sci*, vol.2, no.13, pp.1-14.

Akın A. (2007) Gender discrimination and health. *Toplum Hekimliği Bülteni.* vol .26, no.2, pp.1-9.

Ayaz S, Yaman Efe Ş. (2009). Family planning attitudes of women and affecting factors. *J Turk Ger Gynecol Assoc.*, vol. 10, no.3, pp.137–141.

Deliktaş E, Usta S, Bozkurt S, Helvacı. (2008) The affectıng factors of cıtıy fertılıty rates ın turkey: a path analysıs approach, *Ege Academic Review*, vol.8, no.2 , pp. 877-895.

Dişsiz M., Hotun-Şahin N. (2008) Universal women health problem: violence against women. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, vol.1, no.2, pp.50-58.

Hacettepe University Institute of Population Studies. (2014) "2013 Turkey demographic and health survey". Hacettepe University Institute of Population Studies, T.R. Ministry of Development and TÜBİTAK, Ankara, Turkey.

Kasapoğlu A, Kuş E. (2008) The role of gender in the stigmatization of people living with HIV/AIDS in Turkey. *Journal of Gender Studies*. vol.17, no.4.pp.359-368.

Kılıç M. (2014) Multiple analyses of the factors affecting the utilization of antenatal care: A Middle Anatolia Sample. *J Clin Anal Med*, vol.5, no.6,pp. 498-502.

Omaç M, Güneş G, Karaoğlu L, Pehlivan E. (2009) Arapgir Devlet Hastanesine başvuran gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumları ve etkileyen faktörlerin Değerlendirilmesi, *Fırat Medical Journal*, vol.14, no.2, pp.115-119.

Oran NT, Şenuzun F. (2008). A loop to be broken in a society: HIV/AIDS stigma and coping strategies, *Uluslararası Insan Bilimleri Dergisi*, vol. 5, no.1, pp.1-16.

Öztürk M. Işıl BI. (2009). Poverty and women in world and Turkey. *Journal of Yasar University*, vol.3, no. 11, pp. 2661-2698.

Şahin EM, Yetim D, Güleç Öyekçin D. (2012). Rate of intimate partner violence against women and attitudes of women towards violence in Edirne Turkey. Cumhuriyet Medical Journal , vol. 34,pp.23-32.

Şahin EM, Yetim D, Güleç-Öyekçin D. (2012). Rate of intimate partner violence against women and attitudes of women towards violence in Edirne Turkey, *Cumhuriyet Med J,* vol. 34, pp.23-32.

Şimsek H. (2011) Effects Of Gender Inequalıtıes On Women's Reproductıve Health: The Case Of Turkey. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, vol. 25, no.2,pp. 119-126.

Tanrıverdi G., Şıpkın S. (2008) Effect of educational level of women on the domestic violence at Primary Health Care Unities in Canakkale, *Fırat Tıp Dergisi*, vol.13, no.3, pp. 183.187.

Turan T, Ceyla SS, Teyikçi S. (2008) Annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, vol. 3, no. 9, pp.157-172.

Women in Statistics, (2012) Turkish Statistical Institute, Turkish Statistical Institute, Printing Division, Ankara.

Nazhad Abbas Maryam
Ankara University,
Faculty of Health Sciences,
Department of Midwifery Ankara,
Turkey
E-mail:syilmaz@health.ankara.edu.tr

Hodnocení ošetřovatelské perioperační péče během gynekologické operativy

Pavlová P.[1]; Holá J.[1]

[1]Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Abstrakt

Úvod: Sledování, měření a vyhodnocování úrovně kvality ošetřovatelské péče patří mezi základní manažerské činnosti v ošetřovatelství. Kdyby neexistovaly měřitelné indikátory kvality, nebylo by možné zjistit, zda jsou procesy péče efektivní, zda je potřebné je měnit a co je třeba zlepšit. Jednou z metod, hodnotící stávající úroveň kvality procesů ve zdravotnictví, je audit. Audit se osvědčuje v managementu kvality také v oblasti perioperační péče. V tomto příspěvku budou představeny výsledky ošetřovatelského auditu perioperační péče s konkrétní ukázkou navrhnutého kontrolního listu (checklistu).

Cíl: Cílem bylo navrhnout objektivní nástroj k analýze kvality ošetřovatelské perioperační péče. Metoda: Pro analýzu specifické ošetřovatelské péče na operačních sálech byla vybrána metoda auditu. Výsledkem kvalitativního výzkumu, založeném na pozorování a rozhovorech, je navržený kontrolní list. Forma auditu byla navržena především dle doporučení World Health Organization a na základě Resortních bezpečnostních cílů Ministerstva zdravotnictví České republiky.

Výsledky: Nejzásadnějším zjištěním auditu bylo, že sálové sestry neprovedly, v průběhu laparoskopického gynekologického výkonu, početní kontroly mulového materiálu.

Závěr: V současné době je validita kontrolního listu posuzovaná a ověřovaná v pěti nemocnicích akutní péče Pardubického kraje. Po jeho evaluaci bude v některých nemocnicích zaveden.

Klíčová slova: audit, gynekologická operace, perioperační ošetřovatelská péče, perioperační sestra

Abstract

Introduction: Monitoring, measurement, and evaluation of the level of quality of nursing care belong the basic managerial activities in nursing. If there were no measurable indicators of the quality, it would not be possible to determine whether the processes of care are effective. In the health sector the audit is one of the methods of the quality level evaluation is.The audits are suitable tool also in the perioperative care. There is presented the results of the nursing perioperative care audit in this paper. The article contents also a specific example of the draft of the checklist.

Objective: The objective was to create an objective tool to analyse the quality of nursing perioperative care.

Method: For the analysis of specific nursing care in operating theatres was chosen to audit method. The checklist is based on results of qualitative research observations and interviews. The form of the audit was designed primarily according to the recommendations of the World Health Organization, and on the basis of Departmental Security objectives.

Results: The most important audit finding was that the theatre nurses did not do a numerical control of the gauze material in the procedure during laparoscopic gynaecological surgery. Conclusion: Currently, the validity of the checklist is validatingwithin acute care hospitals in five hospitals of the Pardubice region. The checklist will be use after the evaluation in some of hospitals.

Key Words: audit, gynaecological surgery, perioperative care, theatre nurse

Úvod

Ve zdravotnictví všude ve světě dochází ke změnám a rozvoji ošetřovatelské perioperační péče. Operační obory se vyvíjejí ve stále užší specializace. Důsledkem toho je přínos nových diagnostických, léčebných a profylaktických metod. Pokrok s sebou nese nejen výhody, ale přináší i paletu neznámých rizik. To pro nelékařský personál znamená neustálé vzdělávání. Pro management operačních oborů je významné proaktivní vyhledávání rizik a nastavování pravidel k jejich systémové prevenci.

Kvalitní ošetřovatelská perioperační péče v gynekologii se vyznačuje specifičností a vysokým standardem v poskytování péče s nejvyšší možnou úrovní prevence rizik. Perioperační péče poskytovaná klientkám např. na gynekologickém operačním sále, je vysoce specializovanou péčí zahrnující ošetřovatelské postupy bezprostředně před operací, v průběhu zákroku a bezprostředně po něm (Jedličková, 2012, s. 3). Soubor opatření, vedoucí k zamezení vzniku nežádoucích událostí souvisejících s operací, je nazýván jako „perioperační bezpečnostní proces". Ten by se měl, dle doporučení World Health Organization (WHO, 2008), skládat ze tří základních fází: sign in – opatření před úvodem do anestezie, time out – opatření před provedením kožní incize, sign out – opatření před překladem klientky z operačního sálu. Pro účely výzkumu a auditního šetření byla ošetřovatelská perioperační péče vymezena jako péče o operantku, která je poskytována od příjezdu na operační trakt po zpětný překlad na gynekologické oddělení. Péče byla dále rozdělena na jednotlivé fáze. Fáze, ve kterých byla klientce poskytována péče: před operací v prostředí operačního sálu, péče v průběhu operace, péče po operaci, ale stále ve sterilním prostředí operačního sálu.

Klientky na operační sál přijíždějí v očekávání zlepšení jejich zdravotního stavu. Nesmějí být proto navíc ohroženy špatně nastavenými pravidly a chybně vedenými ošetřovatelskými procesy. Přesto je třeba si uvědomit, že perioperační péče představuje mnoho rizik a to nejen pro ně, ale i pro personál. Mezi nejrizikovější oblasti ve zdravotnictví patří: identifikace; záměna klientů, výkonu a místa výkonu; pády; nemocniční infekce; komunikace aj. (www.mzcr.cz). Všechny zmíněné oblasti se perioperační péče týkají s největší vážností. Z těchto důvodů je nezbytné s managementem kvality a rizik kontinuálně pracovat. „Řízení rizik ve zdravotní péči je pojistkou a nástrojem kontroly kvality, zahrnující činnosti zaměřené k minimalizaci nepříznivých účinků ze ztrát lidských, fyzických a finančních hodnot…" (Gladkij et al., 1999). Management rizik představuje systematický proces identifikace, hodnocení a realizace činností vedoucí k předcházení klinických, administrativních, zaměstnaneckých a bezpečnostních mimořádných událostí (Gladkij, 2003, s. 292; Škrla a Škrlová, 2008, s. 15).

Kvalitu lze monitorovat v celém rozsahu poskytované perioperační péče. Management operačních sálu ji může vyhodnocovat několika způsoby. Informace je možné získat prostřednictvím klientek, ale i z interních a externích auditů. Audity obecně znamenají syste-

matické nezávislé zkoumání za účelem kontroly, jestli činnosti a výsledky úkonů vyhovují naplánovaným programům (Škrla a Škrlová, 2008). Ošetřovatelský audit představuje systematické vyhodnocení práce nelékařského personálu během ošetřovatelského procesu. Audity v perioperační péči ověřují, zda zvolený diagnostický, terapeutický nebo ošetřovatelský postup odpovídá standardům a zda jsou tyto standardy aplikovány a dodržovány v praxi. Objekty auditů mohou být jednotlivé činnosti, ale i celé procesy, které jsou monitorovány dle předem vyjádřených kritérií. Do auditu lze zahrnout dokumentaci, znalosti, dodržování hygienicko-epidemiologického režimu a konkrétní kvality práce na operačních sálech, jako celku (Gladkij, 2003; Škrla a Škrlová, 2003). Záměrem je objektivně vyhodnotit reálný stav, za účelem prevence rizik a dosáhnutí toho největšího stupně kvality. Cílem auditů tedy není záměrné hledání chyb, omylů a následných disciplinárních opatření. Cílem je detekce slabých míst, za účelem jejich eliminace a posílení prevence.

Cíl

Úkolem bylo analyzovat činnosti nelékařského personálu v průběhu perioperačního procesu. Hlavním záměrem bylo vymezit a nastavit objektivní nástroj k hodnocení kvality v perioperační péči v prostředí gynekologických operačních sálů.

Metodika

Šetření bylo zpracováno v rámci interního projektu Studentské grantové soutěže Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice (SGSFZS_2014001), s názvem „Kvalita péče ve zdravotnických zařízeních 2014“. Perioperační péče je jednou z mnoha monitorovaných oblastí projektu, jehož záměrem je benchmarking pěti nemocnic Pardubického kraje.

Část výzkumu popisovaná v tomto článku se opírá o kvalitativní výzkum založený na pozorování a rozhovorech v rámci ošetřovatelské perioperační péče. Pro formu auditu byly využity doporučení Spojené akreditační komise (SAK, 2013; www.sakcr.cz). Kontrolní list také vycházel z doporučení perioperačních postupů definovaných World Health Organization (WHO, 2008; www.who.int) a Joint Commission International (Joint Commission Resources, 2012). Dále byly zohledněny Resortní bezpečnostní cíle stanovené Ministerstvem zdravotnictví České republiky (Česko, 2012; www.mzcr.cz). Navržený kontrolní list byl použit jako auditní nástroj, který sloužil k záznamu monitorovaných perioperačních aktivit instrumentářek. Tento kontrolní list je možno použít pro interní i externí audit perioperační ošetřovatelské péče (viz tab. 1).

Kontrolní list byl konzultován se zástupcem SAK i s hlavními sestrami všech nemocnic akutní péče Pardubického kraje a také s jednousálovou sestrou. Pilotní použití kontrolního listu proběhlo v jedné z uvedených nemocnic.

K realizaci plánovaného a předem hlášeného auditu zaměřeného na ošetřovatelské postupy v průběhu perioperačního procesu došlo v květnu 2014. Před provedením auditu byl auditor seznámen s vnitřními směrnicemi poskytovatele péče. Na základě interních směrnic zdravotnického zařízení došlo k úpravám hodnotících kritérií. Správnost plnění ošetřovatelských procesů primárně podléhalo vnitřním normám zdravotnického zařízení. Pokud hodnocené činnosti nebyly konkretizovány a popsány interní směrnicí, evaluace postupů a procesů spočívala dle kritérií stanovených řešitelkou v roli auditorky. Po absolvovaném

šetření došlo ke zhodnocení výsledků auditu s vrchní sestrou operačních sálů. Výsledky byly také předloženy náměstkyni ošetřovatelské péče.

Jedním z výstupů výzkumu je plánovaný seminář pro perioperační nelékařský personál. Výsledky auditu budou diskutovány s perioperačními sestrami. Zpětná vazbaby měla evaluovat obsah kontrolního list a najít jeho nejpraktičtější formu. Záměrem je zavést kontrolní list do praxe. Výsledky této části výzkumu budou kvantitativně ověřeny v další fázi výzkumu.

Výsledky

Výsledky provedeného auditního šetření jsou znázorněny ve vyplněném kontrolním listu v tabulce 1. Nejstěžejnější výsledky se týkají následujících oblastí (označených kurzivou). Identifikaci a kontrolu alergické anamnézy instrumentářky musely provést buď ústně, písemně nebo ověřením si informace od anesteziologické sestry. Lokalizaci strany výkonu a kontrolu typu výkonu sestry musely zkontrolovat s dokumentací pacientky či z nemocničního informačního systému. V rámci prevence pádu se alespoň jedna perioperační sestra měla v době překladu operantky na operační stůl vyskytovat na operačním sále, případně dopomoci s přesunem pro zajištění bezpečnější manipulace s klientkou. Dále měla provést kontrolu správného uložení a zamezit kontaktu pacientčiny pokožky s kovovými částmi operačního stolu. Při výkonu trvajícím déle jak jednu hodinu měla sálová sestra zajistit podložení pacientčiných predilekčních míst. Ze strany auditora dále došlo k monitoringu perioperační sestry, zda provedla kontrolu přiložení neutrální elektrody. K laparoskopii však byla použita koagulace bipolární, tzn., že nebylo nutné neutrální elektrodu použít. Početní kontroly před začátkem výkonu, před uzavřením peritonea a po skončení zákroku by vždy měla provést instrumentující sestra ve spolupráci s cirkulující, po vzájemné ústní a vizuální kontrole. K takovému postupu však v plném rozsahu nedošlo. Instrumentářky sice provedly početní kontrolu nástrojů a břišních roušek, ale kontrolu počtu mulového materiálu a jehel nikoli. Tento fakt je hodnocen jako nejzávažnější prohřešek.

Auditorka provedla kontrolu, zda perioperační ošetřovatelská dokumentace nebyla vyplněna s předstihem, ale dle aktuálního průběhu operace. Zaměřila se také na průběh operace, zda nedošlo k nějakému technicko-provoznímu problému a zda v případě výskytu nežádoucí události, došlo k jejímu nahlášení do systému. Audit byl zaměřen také na hygienicko-epidemiologické hledisko, např. zda ze stran nelékařského personálu docházelo před každým výkonem k hygienickému (nebo mechanickému) mytí a chirurgické dezinfekci rukou apod.

Tab. 1 – Ukázka checklistu použitého při auditu ošetřovatelské péče v průběhu gynekologické operace

KONTROLNÍ LIST PROCESŮ PÉČE NA OPERAČNÍM SÁLE

Kontrolní list slouží především k posouzení ošetřovatelských činností v rámci perioperačního procesu.

Pro operační sál určený pro výkony: gynekologické a chirurgické (septický operační sál)

Datum: xx. května 2014

Poskytovatel zdravotních služeb: jedna z pěti nemocnic Pardubického kraje

Kritéria auditovaných činností:

Jeden kontrolní list je možné použít pro pozorování ošetřovatelské péče v rámci jedné operace, slouží-li k internímu auditu.

Při auditu je stěžejní, aby docházelo k plnění aktivit podle zavedené interní směrnice či standardu poskytovatele zdravotních služeb. V rámci auditu OS nemocnice „XY“jsou tyto oblasti označeny kurzívou.

Pokud není činnost specifikována vnitřní normou zdravotnického zařízení, auditor se řídí dle kritérií uvedených k jednotlivým hodnotícím činnostem.

Auditor posoudí plnění ošetřovatelských činností s vnitřní normou poskytovatele služeb / s kritérii auditu dle výběru: „Ano, ke shodě došlo v plné výši.“ „Ne, činnost nebyla provedena dle vnitřní normy či auditovaných kritérií.“ „Činnost byla provedena částečně správně, s drobnými odchylkami.“

Při závěrečném zhodnocení auditu, auditor výsledky označí barevně (viz *): zeleně – shoda s kritérii či směrnicí, oranžově – částečná shoda, červeně – neshoda.

Vysvětlivky používaných zkratek:
PS = perioperační sestra (instrumentující nebo obíhající)
AS = anesteziologická sestra
OS = operační sál
ZP = zdravotnické prostředky
NIS = nemocniční informační systém

ČÁSTI AUDITU		KONTROLOVANÁ ČINNOST	HODNOCENÍ AUDITORA: „Došlo k plnění?“			
			ANO / SHODA	ČÁSTEČNĚ	NE / NESHODA	POZNÁMKY
BEZPEČNOSTNÍ HLEDISKO:	I. PŘED OPERACÍ, ALE JIŽ V PROSTŘEDÍ OS:	Identifikace pacientky dotazem, dle identifikačního náramku				
		Kontrola alergické anamnézy				
		Lokalizace strany / kontrola typu výkonu				
		❍ označení operované strany (již z oddělení)				Nehodnoceno. Jednalo se o výkon: gynekologická laparoskopie – sterilizace
		❍ viditelná kontrola lokalizace operované strany PS				
		❍ ústní sdělení operované strany mezi PS a lékařem				
		Prevence pádu:				
		❍ během překladu na operační stůl				
		❍ kontrola bezpečného uložení klientky				
		Podložení predilekčních míst				Výkon netrval déle, než 1 hodinu.
		Kontrola přiložení neutrální elektrody				Byla použita bipolární koagulace.
		Početní kontrola před zahájením kožní incize:				
		❍ nástrojů				Provedla pouze instrumentující perioperační sestra. K vzájemnému přepočtu s druhou cirkulující PS nedošlo. Instrumentující PS nahlásila souhlasné stanovisko obíhající sestře. Tampony nepřepočítávají.
		❍ břišních roušek				
		❍ mulového materiálu (longety, tampony, čtverce…)				
		Kontrola funkčnosti přístrojového vybavení				Jen vizuální kontrola, zda je ZP na OS připraven k použití.
		Komunikace mezi členy operačního týmu o zdravotním stavu klientky, vzájemné sdělení informací týkajících se klientky				Každý tým sám za sebe.

BEZPEČNOSTNÍ HLEDISKO:	2. V PRŮBĚHU OPERACE:	Prevence pádu:				
		❍ kontrola bezpečného uložení klientky				Výkon trval méně jak 1 hodinu.
		Početní kontrola před uzavřením peritonea:				
		❍ nástrojů				
		❍ břišních roušek				Hlášeny velké i malé břišní roušky.
		❍ mulového materiálu (longety, tampony, čtverce…)				Tampony nepočítají, nehlásí. U laparoskopií nemají zvykem hlásit operatérovi mulový materiál.
		❍ jehel atraumatických i ouškových				
		Počet ústně nahlášen operatérovi				
	3. PO OPERACI, V PROSTŘEDÍ OS:	Početní kontrola po skončení zákroku:				
		❍ nástrojů				Provedla pouze instrumentující perioperační sestra. K vzájemnému přepočtu s cirkulující PS nedošlo.
		❍ jehel atraumatických i ouškových				
		Prevence pádu:				
		❍ během překladu z operačního stolu				
		Výskyt procesního problému v průběhu zákroku?				Nefunkční koagulace. Rozbitá elektrojednotka na laparoskopické věži. V důsledku vylétávajících jisker přepálení koagulačního kabelu.
		Vyplnění perioperačního ošetřovatelského záznamu dle průběhu výkonu				

HYGIENICKÉ HLEDISKO:	Hygienické mytí a chirurgická dezinfekce rukou před každým výkonem				Byla použita pouze alkoholová dezinfekce. Nebylo k dispozici dezinfekční mýdlo.
	Vtírání dezinfekce do rukou				
	Obléknutí pláště sterilně				
	Obléknutí sterilních rukavic až po obléknutí sterilního pláště				
	Uvázání pláště ve sterilních rukavicích				
	Peel efekt při rozbalování ZP				
	Zachování sterility při rouškování				
	Aseptické postupy při manipulaci se ZP				
	Umývání rukou po operaci				
	Správné nasazení čepice, výměna čepice při přecházení mezi sály				
	Správné nasazení ústenky, výměna ústenky před operací, při přecházení mezi sály				
	Nošení šperků, hodinek, gelových / nalakovaných nehtů				
		* shoda	* částečná shoda	*neshoda	Eventuální slovní upřesnění ohodnocení.

Za činnosti částečně provedené či provedené s odchylkou od stanoveného kritéria byly považovány početní kontroly zdravotnických prostředků před zahájením kožní incize, a monitoring počtu nástrojů po skončení zákroku. Prostor pro zlepšení je také vkomunikaci mezi členy operačního týmu. Je třeba, aby týmy vzájemně diskutovaly zdravotní stav klientky. V průběhu operace se vyskytl procesní problém, došlo k poškození elektrochirurgie s rizikem vzniku požáru.Událost byla nahlášena. Oblast hygieny rukou byla taktéž hodnocena s výhradou, protože personál neměl k dispozici dezinfekční mýdlo.Neshoda byla shledána v případech neprovedení početních kontrol mulového materiálu a jehel v průběhu a po skončení operace. Také nedošlo ke kontrole funkčnosti přístrojového vybavení před operací.

Diskuze

Na základě zhodnocení auditu s vrchní sestrou operačních sálů došlo k odhalení slabých míst, kterým je třeba se dále se věnovat. Je potřebné najít odpovědi např. na otázku, zda je nutné provádět početní kontroly zdravotnických prostředků před začátkem operace, případně i po ukončení a to ve dvou osobách (společně instrumentující sestra s cirkulující). Diskutabilní pro mnohá pracoviště může být, zda je nutné provádět monitoring počtu

použitých tamponů, pakliže se dodržuje zásada, že tampon nesmí být nikdy sejmut z tamponových kleští, a kdy musí být náležitě vrácen pomocí instrumentu. Autorky se domnívají, že dvojí kontrola je vždy výhodnější a to bez ohledu na to, zda se jedná o laparotomii či laparoskopii. Za jakých kritérií by mělo docházet k podložení predilekčních míst před zahájením operace je také námětem k získání dalších informací. Otázky vyvolala také oblast hygieny rukou, konkrétněji, zda je nutné používat dezinfekční mýdlo, když se dodržuje řádná dezinfekce jinými preparáty. Všeobecnou obavou jsou získané alergie na dezinfekční prostředek a poškození pokožky rukou.

V rámci monitorované oblasti prevence pádu v průběhu operace taktéž dojde ke zhodnocení, zda při perioperační kontrole správného uložení klientky více nehrozí riziko znesterilnění rouškovacího systému. Kontrola techniky před zahájením každého výkonu se může jevit také jako zbytečná. Pravděpodobně by mohlo být dostačující provést kontrolu jen před začátkem operačního programu. Funkčnost některých přístrojů, např. elektrochirurgie, není totiž možno zjistit dříve, než perioperačně.

Je také třeba brát v potaz neustále se měnící legislativu, podle které by mělo docházet k úpravě kritérií, podle kterých auditor při hodnocení bude postupovat. Cílem je vytvořit dokument, který by co nejvalidněji a nejspolehlivěji posoudil úroveň perioperačních ošetřovatelských činností ze všech hledisek. Správně navržený nástroj - kontrolní list - pomůže zefektivnit procesy a zvýšit jejich kvalitu (Škrla a Škrlová, 2003 a 2008).

Závěr

Šetření si dalo za úkol zhodnotit specifické ošetřovatelské postupy v perioperační péči o klientku podstupující laparoskopickou gynekologickou operaci. Hodnocení probíhalo na základě předem připravených kritérií, které byly sumarizovány a přehledně uspořádány v kontrolním listě. Ten byl vytvořený výhradně pro účely auditní činnosti specializované perioperační péče a slouží k záznamu zjištěných informací.

Šetření nastínilo některé oblasti péče o klientku, kterým by se měl věnovat nejen personál a vedoucí operačních sálů, ale také vrcholový management. Bylo by vhodné vést společnou diskusi na téma nutnosti početních kontrol materiálu u laparoskopických operací. Výsledky by měly také vést k otázkám směřujícím k prevenci vzniku technické nežádoucí události v případě poškození elektrojednotky a s tím související profylaxe vzniku požáru na operačním sále. Společná diskuse by měla vést k evidence based nursing practice.

Kritické procesuální nedostatky v průběhu auditu odhaleny nebyly, proto lze považovat výsledky za uspokojivé. Nicméně je třeba mít na zřeteli, že šetření bylo u konkrétního poskytovatele péče provedeno pouze jedenkrát, v rámci jedné operace. Je nutné pracovat i s myšlenkou, že výsledky jsou ovlivněny tehdy přítomným personálemvykonávajícím péči. Je možné, že při směně jiného personálu by byly výsledky odlišné. Základním předpokladem je však skutečnost, že v případě jasně a správně nastavených pravidel managementu kvality péče o klientky, by tyto procesy každý zaměstnanec měl vykonávat stejně. Je nutné rozlišovat typy problémů jako systémové a behaviorální, způsobené konkrétním jedincem. Podle typu pak zajistit preventivní opatření.

Záměrem celého výzkumu je napomoci k odhalování rizik, které se potenciálně mohou objevit v prostředí operačních sálů a mít v důsledku dopad na pověst poskytovatele péče, na zdraví přítomných anebo dopad ekonomický. Většině nežádoucích událostí lze pře-

dejít systémovou procesuální profylaxí, školeními, audity, standardizací, kvalitně vedenou dokumentací, tedy komplexním řízením kvality a rizik (Gladkij, 2003, s. 323). Efektivnost řízení a vedení lidských zdrojů je však závislá také na interpersonálních vztazích a na úrovni komunikace managementu s podřízenými (Holá, 2011). Proto bylo velice významné, že o výsledky šetření měl management zájem, neboť to indikuje zájem vedení získat zpětnou vazbu za účelem zlepšení.

Auditní činnost také přináší zpětnou vazbu pro samotný výzkum, při kterém jsou odhaleny určité limity, kdy teoretické poznatky mohou narážet na praktické bariéry proveditelnosti. Proto i toto bude předmětem dalšího výzkumu.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Nebylo nutnénechat výzkum schválit etickou komisí, protože šetření nebyloprováděno na pacientech. Metodikou výzkumu bylo pozorování poskytování ošetřovatelské péče.

Výzkum byl zpracován v rámci projektu Interní grantové soutěže Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, evidovaný pod SGSFZS_2014001, s názvem „Kvalita péče ve zdravotnických zařízeních 2014“.

Bibliografické odkaz

Česko. Zákon č. 372 z roku 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In Věstník Ministerstva zdravotnictví české republiky. 2012, částka 8. Dostupný z: <http://http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnikc8/2012_6865_2510_11.html, http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_1837_15.html >.

GLADKIJ, I. et al. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování.* Brno: IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-272-8.

GLADKIJ, I. et al. *Management ve zdravotnictví.* 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.

HOLÁ, J. *Jak zlepšit interní komunikaci: Vyhněte se zbytečným škodám, odchodu zaměstnanců a ztrátě zákazníků.* 1. vyd. Brno: Computer Press, 2011. ISBN 978-80-251-2636-3.

JEDLIČKOVÁ, J. et al. *Ošetřovatelská perioperační péče.* 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN: 978-80-7013-543-3.

JOINT COMMISSION RESOURCES. *Patient Safety, pocket guide.* 3. ed. U.S.A. 5 4 3 2 1, 2012. ISBN: 978-1-59940-708-1.

SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE. *Akreditační standardy pro nemocnice.* 3. vyd. Praha: Tigis, 2013. ISBN 978-80-87323-04-05. Dostupný z:<http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>.

ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetřovatelský management.* 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.

ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY. *Implementation manualsurgical safety checklist.* Switzerland: WHO Press, 2008, pp. 3 - 4. Dostupný z:<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/>.

Mgr. Petra Pavlová
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
e-mail: Petra.Pavlova@upce.cz

Ing. Jana Holá, Ph.D.
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
e-mail: Jana.Hola@upce.cz

Význam opakovaného screeningu antierytrocytárních protilátek u těhotných žen

Petržílková, H.[1]; Škorničková Z.[1]; Půlpánová, M.[2]

[1]Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
[2] Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Pardubická nemocnice

Abstrakt

Úvod: V České republice je velmi dobře dostupný systém prenatální péče a prenatálních poraden. Dle Doporučených postupů v perinatologii a neonatologii, vydané Českou lékařskou společností, jsou prenatální prohlídky rozdělené na pravidelné a nepravidelné (vázané na určitý gestační týden). Součástí nepravidelných prohlídek je mimo jiné i vyšetření protilátek v AB0 systému a Rh systému. Ty se odebírají do 14. týdne těhotenství. Jsou-li některé z hodnot zvýšeny, je třeba odběr zopakovat mezi 28. a. 32. týdnem gravidity. Pokud by hodnoty protilátek byly vysoké, mohou nastat intrauterinní komplikace plodu a po porodu se může rozvinout hemolytická nemoc novorozence. Nejtěžší variantou je hydrops plodu.

Cíl: Popsat a zdokumentovat vývoj dítěte s pozitivním záchytem protilátek anti Cw s rozvojem imunního hydropsu od narození až po současnost.

Metoda: Výzkumnou metodou je kvalitativní šetření, které je provedeno formou případové studie dítěte od narození po současnost, jemuž jsou nyní 2 roky. Mezi zdroje, které byly použity, patří studium lékařských zpráv a výsledky absolvovaných vyšetření. Práce je doplněna o fotodokumentaci vývoje dítěte z rodinného fotoarchivu.

Výsledky: Podrobný popis vývoje zdravotního stavu dítěte s diagnostikovaným pozitivním záchytem protilátek anti Cw a s rozvojem imunního hydropsu. I přes velmi nepříznivé lékařské prognózy chlapec v současné době chodí, mluví a je schopen provozovat různé aktivity.

Závěr: V průběhu těhotenství absolvuje každá těhotná žena stanovená vyšetření včetně laboratorních odběrů. Výsledky všech provedených odběrů by měly být v prenatálních poradnách pečlivě kontrolovány, jelikož se od nich odvíjí sledování těhotné ženy v průběhu celé gravidity.

Klíčová slova: antierytrocytární protilátky, hemolytická nemoc novorozence, případová studie

Abstract

Introduction: There is very available system of prenatal care and prenatal counselling in the Czech Republic. According to recommended procedure of perinatology and neonatology, issued by Czech medical association, are prenatal examination divided into regular and irregular (connected to certain gestational week). Examination of antidotes in AB0 system and Rh system are included in irregular examination. The antidotes are taken to the 14th week of pregnancy. If some values are raised, there is need to take the antidotes again between the 28th and 32nd weeks of gravidity. If the values of antidotes are high, the intrauterine complication of an embryo can occur and after childbirth can develop haemolytic disease of new born baby. The most difficult variant is hydrops of embryo.

Aim: To describe and document development of a child with positive capture of antidotes anti Cw with development immune hydrops from birth up to present time.

Method: A research survey which is done by a way of case study of a child from his/her birth to the present time – 2 years old child. The main sources are study of medical report and results of examinations. Photo-documentation of child's development from family photo--record is included.

Results: Detailed description of development of child's health state diagnosed positive capture of antidotes anti Cw with development immune hydrops. Despite of very unfavourable medical prognosis the boy walks, speaks and is able to do various activities currently.

Conclusion: During pregnancy every pregnant woman has certain examinations including laboratory sampling. The results of all taken samplings should be checked carefully in prenatal counselling because it is necessary for monitoring of pregnant woman during her gravidity.

Key words: anti-erythrocytic antidotes, haemolytic disease of new born child, case study

Úvod

V České republice je všem ženám dostupný systém prenatální péče a prenatálních poraden, který slouží ke sledování fyziologických, rizikových a patologických gravidit. Při zjištění patologické gravidity je hlavním úkolem stanovit terapeutické strategie k dosažení co nejlepších perinatálních výsledků (Hájek, 2014, s. 83). Dle Doporučených postupů v perinatologii vydaných Českou gynekologickou a porodnickou společností České lékařské společnosti (ČLS) Jana Evangelisty Purkyně (JEP) a v neonatologii vydané Neonatologickou společností ČLS JEP patří mezi nepravidelné laboratorní vyšetření do 14. týdne gravidity: stanovení krevní skupiny a Rh faktoru, screening nepravidelných antierytrocytárních protilátek, stanovení hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů, i trombocytů, hladiny hemoglobinu, sérologické vyšetření HIV, HBsAg a protilátek proti syfilis a glykémie na lačno. Mezi 28. a 33. týdnem gravidity se provádí stanovení hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů i trombocytů a hladiny hemoglobinu. Sérologické vyšetření HBsAg a HIV se provádí pouze u vybraných skupin. Opakované zjišťování titru protilátek u žen s krevní skupinou 0 a u žen s negativním Rh faktorem není v Doporučených postupech v perinatologii a neonatologii zmíněno (Doporučené postupy v perinatologii, 2013).

Screening a identifikace nepravidelných aloimunních antierytrocytárních protilátek

Klinicky významné protilátky, které mohou ohrozit plod a/nebo novorozence nám umožňuje detekovat screening nepravidelných protilátek. V rozvinutí hemolytické nemoci novorozence (HNN) se mohou klinicky uplatňovat i jiné specifické protilátky než anti-D, a proto vyšetření nepravidelných protilátek má význam nejen u D-negativních žen, ale i u D-pozitivních žen. (Penka, 2012, s.55).

Postup při provádění prevence Rh (D) aloimunizace u Rh (D) negativních žen

Na začátku těhotenství je u všech žen stanovena krevní skupina AB0 + Rh (D) a proveden screening nepravidelných antierytrocytárních protilátek. Při nepřítomnosti antierytrocy-

tárních protilátek na začátku těhotenství je vhodné provést ve 28. týdnu kontrolní screening protilátek u všech těhotných žen (D-negativních i D-pozitivních). Hemolytická nemoc novorozence je nemoc, u které je charakteristické zkrácené přežívání erytrocytů plodu a novorozence. Onemocnění může mít různě těžký průběh. Bývá příčinou závažné fetální a novorozenecké morbidity a mortality. HNN mohou v podstatě způsobovat kterékoliv alogenní antierytrocytární protilátky třídy IgG. V naší populaci jsou nejzávažnější protilátky anti-D (85 %), anti-c (3,5 %), anti-K (10 %), anti-E (2 %). Tyto mohou způsobovat těžkou HNN již ve II. trimestru s nutností intrauterinní transfúze erytrocytů. Anti-c může navíc způsobovat opožděnou anémii novorozence. Klinicky významné pro HNN jsou dále anti-A, anti-B, anti-C, anti-e, anti-Ce, anti-cE, anti-Fya, anti-Jka. Potenciálně nebezpečné (zřídka klinicky významné) protilátky pro HNN : anti-Cw, -ce, -Cx, - Ew,- G, -M, -S, -s, -U, -Fyb, -k, -Kpa,b, -Jsa,b, -PP1Pk, -Jkb, - -Tja, -Yta, -LW, -Diego, -Jra. Dále protilátky proti antigenům s vysokou četností výskytu v populaci, jako jsou anti-Gerbich, anti-Ena, a proti antigenům s nízkou četností výskytu třeba anti-Wra (Laboratorní příručka, 2014).

Imunitní systém matky po rozpoznání cizorodého erytrocytárního antigenu začne tvořit proti antigenu protilátky. Nejdříve vznikají protilátky třídy IgM, které se během několika týdnů mění na typ IgG. Při opakovaném setkání s původním antigenem, např. v dalších těhotenstvích, dochází velmi rychle k produkci protilátek a vznikají v mnohem větší koncentraci. Tyto protilátky pronikají placentou do plodu, váží se na erytrocyty plodu a způsobují jejich zrychlené vychytávání a zánik ve slezině. Zrychlený zánik erytrocytů plodu stupňuje erytropoezu ve dřeni i extramedulárně, ale ta nestačí hradit rozpadlé erytrocyty a rozvíjí se anémie. Těžká anémie může vést ke generalizovanému otoku a k srdečnímu selhání plodu. Při rozpadu erytrocytů vzniká velké množství nekonjugovaného bilirubinu. Hromadění bilirubinu v krvi fetu vede k ikteru a bilirubin se kumuluje především v centrálním nervovém systému, jehož buňky poškozuje. Vysoká hladina nekonjugovaného bilirubinu může vést k trvalému poškození mozku s následným těžkým postižením dítěte, jak fyzickým tak mentálním.

Hydrops představuje nejtěžší formu hemolytického onemocnění novorozence, kdy extrémní anémie způsobuje chronickou hypoxii tkání, hypoproteinémii, selhání srdce a otok s hromaděním tekutiny v tělesných dutinách. Bez adekvátní léčby je dítě ohroženo jádrovým ikterem (Dort, 2013, s. 63-67).

Léčba hyperbilirubinémie závisí na dynamice hladiny bilirubinu, hodnotě hemoglobinu, na somatickém nálezu a řídí se indikačním grafem pro léčbu hyperbilirubinémie. Zpravidla bývá indikována časná výměnná transfúze a fototerapie (Dort, 2013, s. 63-67, Janota, 2013).

Cíl

Metodou případové studie popsat a zdokumentovat vývoj dítěte s pozitivním záchytem protilátek anti Cw s rozvojem imunního hydropsu od narození po současnost. Nyní jsou dítěti 2 roky.

Metodika

Případová studie vychází ze studia lékařských vyšetření a lékařských zpráv, které autorům poskytla matka chlapce. Dále byl s matkou dítěte veden polostrukturovaný rozhovor, za účelem bližšího pochopení zkoumané problematiky, případně byli osloveni odborníci pro

danou oblast (hematolog, neonatolog, gynekolog, krevní laborant). Autoři neměli možnost nahlédnout do ošetřovatelské dokumentace. Dále je použita fotodokumentace z fotoarchivu rodiny dítěte.

Výsledky

Případová studie pojednává o chlapci V. P., který se narodil 17. 1. 2013 v 39. týdnu gravidity (38+4) s pozitivním záchytem protilátek anti-Cw s rozvojem imunního hydropsu.

Jednalo se o III. graviditu ženy, během které absolvovala pravidelné kontroly v prenatální poradně. V anamnéze ženy je uveden 1x spontánní abortus a 1x forceps v roce 2009. Děvče je zcela zdrávo.

Krevní skupina matky je 0 pozitivní, při screeningu antierytrocytárních protilátek v prvním trimestru gravidity byly zjištěny hraniční hodnoty protilátek anti-Cw, které jsou příčinnou anémií u novorozenců. Kontrolní odběry protilátek nebyly již v těhotenství provedeny, matka o výsledku hodnot nebyla lékařkou informována. Hodnoty těchto protilátek byly u chlapce po porodu 50 000.

V průběhu těhotenství žena podstoupila aminocentézu s výsledkem normálního karyotypu, kultivace z pochvy na přítomnost Streptococcus agalactiae byla negativní, plodová voda čirá. Porod byl ukončen akutním císařským řezem v intermediárním centru (IMP) z důvodu patologického záznamu na kardiotokografu a absenci pohybů plodu. Porodní hmotnost chlapce byla 3 870 g, délka 50 cm. Po porodu byl chlapec hypotonický s lapavými dechy, proto provedena insuflace s následnou úpravou dýchání, dále přetrvávala nápadná hypotonie. Po převozu na oddělení IMP došlo u chlapce k poklesu saturace s bradykardií, novorozenec byl proto naveden na nCPAP s Fi02 40 – 50 %, nadále ventilačně nestabilní a proto byl zaintubován. V kritickém stavu byl chlapec převezen do perinatologického centra, kde byl první dny oběhově nestabilní a opakovaně podporován katecholaminy, opakovaně se u chlapce také objevily paroxysmy. Na ventilační podpoře byl chlapec po dobu 9 dní. V prvních dnech po porodu vzrostla hmotnost chlapce až na hodnotu 5 800 g (Obr. 1). Na základě laboratorních odběrů lékaři diagnostikovali hlubokou anémii, která byla léčena opakovaným podáním erymasy. Během 1. týdne života se u chlapce manifestovala konjugovaná hyperbilirubinémie léčená kyselinou ursodeoxycholovou a fototerapií. Šestnáctý den po porodu byl novorozenec přeložen na kojenecké oddělení, klinicky byl stabilní a na plném perorálním příjmu. Laboratorně došlo k vzestupu AST, ALT, ALP, hodnoty ferritinu dosahovaly hodnot 9 900 mg/l (normohodnota u novorozenců 65 - 395). Následně byla u novorozence zahájena léčba prostřednictvím 5 kůr Desferalu (i.v.) a došlo k poklesu ferritinu na hodnotu 1 003 mg/l (Obr. 2).

Všechny novorozenecké screeningy (laboratorní screening metabolických vad, otoakustické emise, oční vyšetření, kyčle) byly u chlapce v pořádku. Již v průběhu hospitalizace byla zahájena rehabilitace dle Vojtovy metody.

Několik dní před plánovaným propuštěním do domácí péče byla provedena magnetická rezonance, pomocí které byla u chlapce diagnostikována difúzní atrofie s vícečetným drobnoložiskovým postižením.

Chlapec byl propuštěn do domácí péče 28. 3. 2013 s váhou 4 500 g, byl kojen, popřípadě dokrmován lahvičkou s Nutrilonem pepti MCT. V tabulce 1 uvádíme chlapcovu medikaci

po propuštění z nemocnice a ve dvou letech života. Celková délka hospitalizace chlapce v perinatologickém centru byla 71 dní.

V závěru propouštěcí zprávy je zdůrazněna značně nejistá prognóza chlapce. Rodině bylo odborníky sděleno, že v budoucnu bude chlapec zcela závislý na jejich péči, že nebude sám sedět, chodit, držet tužku, aj.

Lékařské diagnózy uvedené v propouštěcí zprávě

- Hydrops plodu
- Hemolytická choroba novorozence (pozitivní protilátky anti Cw)
- Hemolytická anémie
- Nekonjugovaná hyperbilirubinémie
- Syndrom multiorgánové dysfunkce (oběh, ventilace, játra, krvetvorba, koagulace, CNS, ledviny)
- Cholestatická hepatopatie
- Hypovitaminóza A, D
- Mikrocefalie
- Foramen ovale apertum

Psychomotorický vývoj chlapce doposud odpovídá vývoji jeho vrstevníků. Chodí, respektive běhá, má snahu se sám najíst, mluví ve větách, nepoužívá pleny (Obr. 3).

V září 2014 chlapec spolu s matkou a sestrou absolvoval měsíční pobyt v Jánských Lázních, který měl na chlapcův stav velmi pozitivní vliv (Obr. 4).

Ve 2 letech je chlapec dispenzarizován v poradně pro rizikové novorozence, gastroenterologické poradně, kardiologické ambulanci pro foramen ovale apertum, 1x týdně navštěvuje kvůli spastické diparéze rehabilitační centrum (5x denně cvičí dle metody Bobath), dále oční ambulanci pro strabismus, který byl u chlapce diagnostikován v jednom roce života, od té doby zakrýváno pravé oko okluzorem po dobu 3 hodin denně.

Hodnoty ferritinu dosahují u chlapce fyziologických hodnot, hodnoty minerálů jsou na hranici normohodnot, výživa je dostatečná, na 2leté prohlídce chlapec vážil 12 kg a měřil 92 cm. Obvod hlavy je 44 cm, což dle percentilových grafů odpovídá méně než 3. percentilu.

Po propuštění z nemocnice rodiče kontaktovali středisko rané péče. Pracovnice tohoto centra do rodiny dochází od dubna 2013 jednou za měsíc, kde stráví více než 2 hodiny. Pracovnice při každé návštěvě zkontroluje vývoj chlapce od poslední návštěvy, zapůjčí rodičům vhodné pomůcky a hračky pro psychomotorický vývoj, doporučí, na co je potřeba se zaměřit a co procvičit. Prostřednictvím rané péče chlapec navštěvuje různé akce organizované střediskem rané péče, v závislosti na ročním období pravidelně jezdí na koni a zúčastnil se i výcviku sjezdového lyžování u outdoorové organizace (Obr. 5, 6). V neposlední řadě je středisko rané péče pro rodiče velkou psychologickou podporou.

Prognóza chlapce je stále velmi nejistá a nikdo z odborníků neumí rodičům říci, do jakého stádia vývoje se chlapec posune. Vzhledem k příznivému psychomotorickému vývoji nebylo u chlapce opakovaně provedeno vyšetření na magnetické rezonanci kvůli možnému negativnímu vlivu anestézie a vyšetření bylo na základě rozhodnutí ošetřující lékařky odloženo do budoucna.

Tab. 1 – Medikace

Medikace	při propuštění	2 roky
Ursosan cps. ā 30 mg	3x denně 1 cps.	
Vitamin E sol. 10 mg/ml	1x denně 1 ml	
Kanavit gtt	1x týdně 1 gtt	
Vigantol gtt	3x denně 1 gtt	1x denně 2 gtt
Nootropil 20 % sol.	2x denně 0,3 ml	
Pyridoxin tbl. ā 20 mg	1x denně ¼ tbl	1x denně 1/2 tbl
Biogaia kapky	1x denně 5 gtt	

Diskuze

Dle doporučených postupů v perinatologii o zásadách dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství revidované v roce 2010 by měl být každé těhotné ženě s fyziologickou graviditou mezi 11. a 13. týdnem gravidity proveden screening nepravidelných antierytrocytárních protilátek (Doporučené postupy v perinatologii, 2010). Opakovaný screening těchto protilátek je doporučován ve 28. týdnu gravidity již pouze u žen RhD negativních. Před revizí doporučených postupů o dispenzární péči ve fyziologickém těhotenství bylo doporučováno Českou gynekologickou a porodnickou společností Jana Evangelisty Purkyně vyšetřit titr erytrocytárních protilátek v 16. týdnu gravidity a dále mezi 30. a 32. týdnem u žen Rh negativních a žen s krevní skupinou 0.

Lze předpokládat, že pokud by lékař, u kterého byla matka chlapce v průběhu těhotenství dispenzarizována, provedl na základě zvýšených hodnot protilátek anti-Cw v 1. trimestru gravidity opakovaný odběr těchto protilátek, mohl být chlapec zcela zdráv.

Po prostudování ceníků výkonů nehrazených zdravotní pojišťovnou u různých zdravotnických zařízení, autoři zjistili, že za vyžádané vyšetření antierytrocytárních protilátek ze strany klienta požaduje transfúzní oddělení částku okolo 270 Kč (Ceník výkonů, 2014). Pokud by matka byla lékařkou poučena, že hodnota antierytrocytárních protilátek je zvýšena, je velmi pravděpodobné, že by si opakované vyšetření ráda uhradila i z vlastních zdrojů.

Lze s jistotou tvrdit, že zdravotní pojišťovna uhradila za léčbu chlapce v prvním roce života několika milionovou částku, což ve srovnání s částkou 270 Kč za vyžádané vyšetření je zcela neporovnatelné.

Závěr

V průběhu těhotenství absolvuje každá těhotná žena určitá vyšetření. Výsledky jednotlivých z nich by měly být v prenatálních poradnách pečlivě kontrolovány, jelikož se od nich odvíjí průběh celé gravidity, porodu a stav plodu a dítěte. V této případové studii bohužel došlo k chybné interpretaci výsledku přítomnosti klinicky významné protilátky anti Cw, což vedlo k následnému hydropsu novorozence s multiorgánovým selháváním v důsledku hemolytického onemocnění novorozence. Touto případovou studií bychom rádi poukázali na nezbytnost provedení tohoto laboratorního vyšetření v průběhu těhotenství a pečlivého zhodnocení jejich výsledků.

Obr. 1 První dny po porodu

Obr. 2 Vysoká hladina ferritinu

Obr. 3 Stravování

Obr. 4 Pobyt v Jánských Lázních

Obr. 5 Lyžování

Obr. 6 Karneval

Fotoarchiv rodiny (Všechny uvedené fotografie jsou uveřejněny se souhlasem rodičů.)

Etické aspekty a konflikt zájmu

Toto téma je velice citlivé a všechna uveřejněná data byla použita za souhlasu matky dítěte. Všechny lékařské zprávy a vyšetření autorům poskytla taktéž matka dítěte.

Bibliografické odkazy

Ceník výkonů. [online]. 2014. [cit. 2015-02-02] Dostupný z: < http://www.nemocnice-pardubice.cz/blob.php/PKN_Cenik-vykonu-nehrazenych-ZP-od-2014_09+.pdf?stranky_soubory=459>.

Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. *Doporučené postupy v perinatologii*. [online]. 2013 [cit. 2015-02-02]
Dostupný z: <http://www.upmd.cz/wp-content/uploads/2014/01/doporucene-postupy.pdf>.

Doporučené postupy v perinatologii. [online]. 2010 [cit. 2015-03-07]
Dostupný z: < http://www.perinatologie.cz/dokumenty/>.

DORT, J., DORTOVÁ, E., JEHLIČKA, P. *Neonatologie*. Univerzita Karlova v Praze, 2013. ISBN 978-80-246-2253-8.

HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K. *Porodnictví.* 3. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

JANOTA, J., STRAŇÁK, Z. *Neonatologie*. Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2994-0.

PENKA, M., TESAŘOVÁ, E., A KOL. *Hematologie a transfuzní lékařství II: Transfuzní lékařství.* Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3460-6.

ROZTOČIL, P. *Moderní porodnictví.* 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.

SANG LAB. *Laboratorní příručka*. [online]. 2014 [cit. 2015-03-02]
Dostupný z: < http://90.178.75.235/other/LP/prilohy/B_SP.pdf>.

Mgr. Helena Petržílková
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
e-mail: helena.petrzilkova@upce.cz

Mgr. Zuzana Škorničková
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
e-mail: zuzana.skornickova@upce.cz

Michaela Půlpánová
Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
Pardubická nemocnice
e-mail: Michaela.pulpanova@seznam.cz

Screening kolorektálního karcinomu imunochemickými testy u žen

Pospíchal J.[1]; Blanař V.[1]; Škorničková Z.[1]

[1]Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Abstrakt

Úvod: Kolorektální karcinom (CRC) je druhým nejčastějším novotvarem u žen s 23% mortalitou. 5 leté přežití významně zvyšuje včasný záchyt onemocnění. Pro sekundární prevenci u žen bylo důležité zapojení ambulantních gynekologů do screeningu CRC. Ve screeningu je možné používat guajakové testy se značnými nevýhodami. My jsme porovnali dva přístupy imunochemických testů, kvalitativní a kvantitativní.

Cíl: Hlavním cílem je porovnání a shrnutí přínosu nových metod screeningových testů na okultní krvácení a upozornění na důležitost preventivních vyšetření.

Metodika: Retrospektivně sbíraná data kvalitativního imunochemického testu na okultní krvácení byla u 119 žen z let 2010 až 2012. Kvantitativní test na okultní krvácení u 156 žen byl proveden v letech 2012 až 2014. Cut off limit pro pozitivní test byl nastaven na 75 µg/l.

Výsledky: Kvalitativní test na okultní krvácení byl pozitivní u 34 žen. Podle nálezu na kolonoskopii byla spočítána specificita testu na 72 % a falešná pozitivita na 28 %. Kvantitativní test zaznamenal 10 pozitivních výsledků. Vypočítaná specificita je 95 % s falešnou negativitou 5 % v našem souboru. Tyto hodnoty jsou shodné se zahraničními studiemi.

Závěr: Vhodná edukace a zvyšování compliance u pacientek všeobecnou sestrou či porodní asistentkou v primární péči má velký význam v sekundární prevenci CRC. Aktuálním a vhodným nástrojem se ukazuje kvantitativní imunochemický test na okultní krvácení. Má velké výhody oproti guajakovému a je vhodnější než kvalitativně hodnocený imunochemický test.

Klíčová slova: imunochemické testy, kolorektální karcinom, screening, okultní krvácení

Abstract

Introduction: Colorectal carcinoma (CRC) is second most common neoplasm among women with mortality of 23 %. Five years survival is increased in early stage of cancer. For secondary prevention among women was important involving of gynaecologists into CRC screening. There is possibility of guajac tests with known disadvantages. We have compared two immunochemical tests, qualitative and quantitative one.

Aim: Main aim is to compare new methods for faecal occult blood test screening and to point out importance of preventive assessment.

Methods: Retrospective design was chosen. Qualitative immunochemical faecal occult blood test (FOBT) was perform in 119 women in years from 2010 to 2012. Quantitative immunochemical FOBT was perform in 156 women in years from 2012 to 2014. Cut off limit was set up 75 µg/l.

Results: Qualitative FOBT was positive 34 times. According to follow up colonoscopy, specificity was 72 % and false positivity was 28 %. Quantitative test was 10 times positive.

Specificity was 95 % and false positivity was 5 % in our research sample. These results are similar like in other foreign studies.

Conclusion: Proper education and enhancing of compliance of patients provided by general nurse or midwife in primary healthcare have great importance in secondary prevention of CRC. Adequate tool seems to be a quantitative immunochemical FOBT. It has a lot of advantages than guajac test and is preferable than qualitative test.

Key Words: immunochemical tests, colorectal carcinoma, screening, occult bleeding

Úvod

Kolorektální karcinom je maligní onemocnění, které se může vyskytnout na kterékoliv části tlustého střeva (C 18), rektosigmoidea (C 19), konečníku a anu (C 20 – 21) dle MKN – 10 (ÚZIS, 2013). Svou velkou pozornost si zaslouží především díky svému dlouho latentnímu průběhu, nepříznivé mortalitě a velkým nákladům na léčbu a následnou péči. Dle incidence se jedná o druhé nejčastější onkologické onemocnění u žen a spolu s Polskem máme nejvyšší mortalitu na onkologická onemocnění (23%) (Vrdoljak, 2011). Ročně v ČR je odhaleno kolem 31 tis. nových nádorů u žen. Pokud dojde k včasnému záchytu zhoubného novotvaru kolorekta, tj. postihuje pouze střevní stěnu, mají pacienti 83 % šanci na pětileté přežití. U mužů je záchyt CRC rovnoměrně rozložen do všech 4 kategorií stagingu nádoru (20 – 27 %), u žen je ale zachyceno v prvním stádiu jen 16,7 % (Seifert, 2012). Současný trend vede k mírnému poklesu mortality oproti roku 2008, ale nijak dramatickému. Výskyt prudce stoupá po 50. roce života a u žen je nejčastější výskyt ve věkové kategorii od 75 – 79 let (Fait, 2011).

Pro primární prevenci nejsou jasně stanovené a potvrzené vyvolávající faktory. Běžně se uvádí a bojuje se proti faktorům, které zvyšují riziko vzniku CRC. Patří mezi ně nadbytek tuku v potravě, nedostatek vlákniny v potravě, nevhodná tepelná úprava stravy, věk a dědičné vlivy, kouření, alkohol, nedostatek vápníku, vit. A, C, E a selenu ve stravě a nedostatek pohybu (Pokorná, 2012).

Sekundární prevence je velmi důležitá pro včasný záchyt a léčbu, významně zvyšuje 5leté přežití. Nová metodika dle věstníku MZ ČR č. 01/2009 zapojuje do screeningu žen ambulantní gynekology prováděním testu na okultní krvácení. U žen starších 50 let by měl gynekolog provádět FOBT (fecal ocult blood test – test na okultní krvácení do stolice), pokud nebyl proveden u praktického lékaře (Česko, 2009). Současně je systém prevence nastaven u žen a mužů stejně. Po 50 roce života se v ročních intervalech provádí FOBT. Metoda testu není stanovena. V 55 letech je možnost volby. Buď se pokračuje ve FOBT každé dva roky nebo se provede kompletní kolonoskopie a v případě negativního nálezu se opakuje až za deset let. Jedná se o tzv. primární screeningovou kolonoskopii. Od ledna 2014 jsou všichni starší 50 let adresně zváni k dostavení se na vyšetření FOBT (Dušek, 2014).

Jako metodu volby mají ambulantní gynekologové a praktičtí lékaři stále guajakové FOBT. Je levný, jednoduchý a používaný od roku 1971 v Americe. Podstatou testu je reakce guajakové pryskyřice na peroxidázovou aktivitu hemoglobinu. Zachycuje každou čerstvou krev ve stolici. Senzitivita se uvádí v rozmezí 19 až 50 % a proto se doporučuje opakování testu. Specificita je 96 až 98 %. Falešná pozitivita dosahuje až 90 %. Test není možné automaticky

odečítat a nelze nastavit cut off limit. Pro správné provedení testu je nutné dietní opatření pacienta (Cruz-Correa, 2007).

Imunochemické testy stanovují přítomnost lidského hemu ve stolici díky reakci na protilátku v testu. Provádí se pouze jednou, bez nutnosti opakování, a bez nutnosti dietního opatření. Mají jednodušší manipulaci a automatické vyhodnocení. Díky tomu mají imunochemické testy vyšší compliance. Odběrová tyčinka se vtlačí na šesti místech do stolice a vloží se zpět do zkumavky s činidlem. Protřepe se. Je možné ihned provést vyšetření na mobilním přístroji, který může být přímo v ambulanci gynekologa či praktického lékaře. Vzorek může být uchován po dobu pěti dní. Kvalitativní imunochemické FOBT hodnotí reakci jako pozitivní nebo negativní. Kvantitativní imunochcemická metoda FOBT zobrazuje výsledek v µg/l. Zobrazení přímého numerického výsledku má velký význam pro screening. Umožňuje nám to posunout cut off limit dle aktuálních výsledků EBP. Při zvýšení této hodnoty dochází ke snížení senzitivity, ale zvýšení specificity. Zároveň se snižuje následný počet provedených kolonoskopií a to snižuje falešnou pozitivitu. Při snížení cut off limitu se zvýšením senzitivity a snížením specificity dojde ke zvýšení počtu provádění kolonoskopií, zachytí se více prekanceróz, ale zvýší se i falešná pozitivita testu (Seifert, 2012).

Cíl

Hlavním cílem je porovnání a shrnutí přínosu nových metod screeningových testů na okultní krvácení a upozornění na důležitost preventivních vyšetření.

Metodika

Jako design studie byl použit retrospektivní sběr dat z jednoho pracoviště za období 2010 až 2014. Část pacientek byla vyšetřena kvalitativním imunochemickým testem a část kvantitativním imunochemickým testem. Při pozitivitě výsledku (cut of limit byl stanoven od výrobce na 75 µg/l) byla provedená následná celková kolonoskopie s histologickým vyšetřením, jako zlatý standard pro hodnocení střevní sliznice. Celkem bylo vyšetřeno 275 žen. 119 z nich bylo vyšetřeno kvalitativním imunochemickým testem a 156 kvantitativním FOBT. Vypočítaná specificita vychází z obecné tabulky 1. Ve statistickém zpracování není dále počítáno s pacientkami, které odmítly dovyšetření. Senzitivitu není možné vypočítat pro nemožnost vyšetřit celý soubor pacientů kolonoskopicky s případnou histologií. Pro specificitu byl použit vzorec SP = d:(b+d), pro nesprávnou pozitivitu FP = b:(b+d).

Tab. 1 Obecná kontingenční tabulka

test	obecná kontingenční tabulka		
	bez příznaku	s příznakem	Součty
negativní	d	c	d+c
pozitivní	b	a	b+a
celkem	d+b	c+a	

Výsledky

Pozitivita jednotlivých testů je zobrazena na obrázku 1 a rozložení výsledků histologie z kolonoskopie na obrázku 2. Z celkového počtu kvalitativním testem vyšetřených žen mělo 36 pozitivní iFOBT. Dvě ženy odmítly dovyšetření. Následná kolonoskopie zjistila

ve dvou případech neadenomový polyp, u 24 žen jiný nález (divertikly, zánět, hemeroidy), v osmi případech byl nález fyziologický.

Ze všech kvantitativním testem vyšetřených žen, mělo 14 pozitivní výsledek. Dvě ženy s mírně zvýšenou hodnotou nad cut-of limit (84 a 98 µg/l) odmítly dovyšetřit stejně tak další dvě ženy se signifikantním výsledkem (285 a nad 1000 µg/l). Jedna žena měla diagnostikovaný neadenomatózní polyp, dvě ženy měli karcinom a sedm žen mělo jiný nález (divertikly, zánět, hemeroidy). Dle kontingenčních tabulek 2 a 3 byla vypočítána specificita kvalitativního imunochemického testu na 72 % a falešná pozitivita na 28 %. Oproti tomu kvantitativní imunochemický test má v našem vzorku respondentek specificitu 95% a falešnou negativitu pouze 5 %.

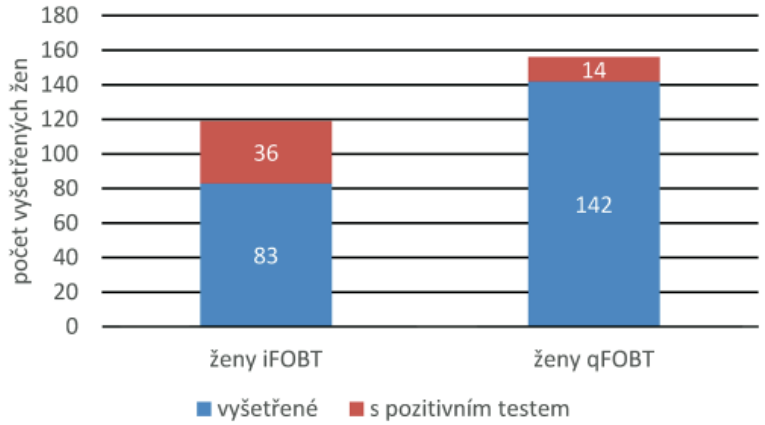
Tab. 2 Kontingenční tabulka výsledků iFOBT a kolonoskopie

iFOBT	výsledek kolonoskopie		
	kolonoskopie negativní	kolonoskopie pozitivní	součty
negativní	83	0	83
pozitivní	32	2	34
celkem	115	2	117

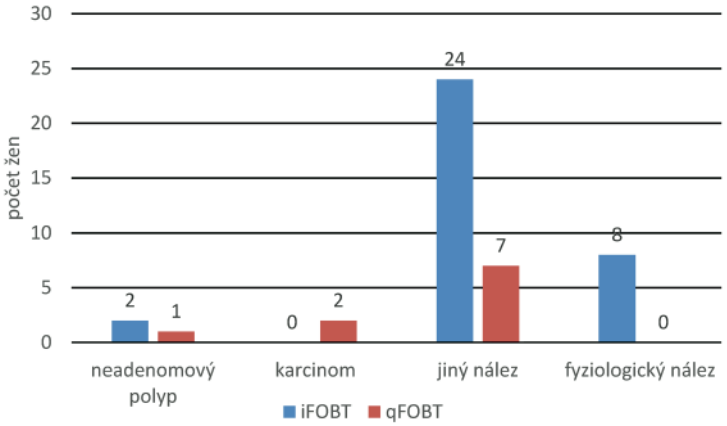
Tab. 3 Kontingenční tabulka výsledků qFOBT a kolonoskopie

qFOBT	výsledek kolonoskopie		
	kolonoskopie negativní	kolonoskopie pozitivní	součty
negativní	142	0	142
pozitivní	7	3	10
celkem	149	3	152

Obr. 1 Výsledky jednotlivých imunochemických testů v souboru



Obr. 2 Výsledky následné kolonoskopie při pozitivním imunochemickém testu



Diskuze

V případě zvýšení cut off limitu na 100 µg/l v našem vzorku by vzrostla specificita na 96,6 %. Jaký by to mělo vliv na senzitivitu v našem souboru, není možné zjistit. Při porovnání se skupinou mužů, sledovanou ve stejném období byla zjištěná specificita iFOBT o čtyři procenta vyšší tj. 76 % a falešná pozitiva 24 %. Kvantitativní FOBT poté měl specificitu a falešnou pozitivitu stejnou. Ke zvýšení specificity by došlo posunem cut off limitu. Toto zvýšení limitu povede ke snížení časového zatížení endoskopických pracovišť a sníží náklady na endoskopická vyšetření (Chauvin, 2013). Je vhodné mít vyšší cut of limity i v případě, zavádění národního screeningu s nedostatkem endoskopických pracovišť. Studie Oono (2010) na 1073 pacientech vyšetřených kolonoskopicky a qFOBT s cut off 100 µg/l měla 202 pozitivních pacientů pomocí qFOBT. Při porovnání s výsledkem kolonoskopie byla spočítána senzitivita pro detekci karcinomu sliznice střeva 60 %, submukozy 90 % a pokročilý karcinom měl senzitivitu 95 %. Specificita byla spočítána na 86,4 %. Specificita pro všechny neoplazie byla ve studii 89,6 %, tedy o 5 % nižší, než v našem souboru. Při zvýšení cut off limitu na 1 000 µg/l zůstali pozitivní všechny nálezy pokročilých karcinomů ve studii Oono (2010) a stejně tak i v našem souboru. Tento populační screening však má za cíl záchyt prekanceróz a proto je cut off hodnota stanovena výrobcem na 75 µg/l.

Závěr

Velký význam pro efektivní sekundární prevenci a výchovu ke zdraví má všeobecná sestra pracující v ordinaci praktického lékaře, tak i všeobecná sestra či porodní asistentka v ordinaci obvodního gynekologa. Edukační činnost v ambulanci zvyšuje uvědomění a spolupráci obyvatel. Mimo edukaci o primární prevenci, vyvarování se rizikových faktorů, je velmi důležité správné provádění screeningu kvalitním testem na okultní krvácení. Ve výzkumném souboru má lepší specificitu (95%) kvantitativní FOB test s nespornou výhodou změny cut off limitu podle nových výzkumů a poznatků EBP například z hodnoty 75 µg/l na 100 µg/l.

V primární péči je stále prostor pro zkvalitňování informovanosti všeobecných sester a porodních asistentek o nových a dostupných metodách screeningu.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Výzkum byl schválen etickou komisí zdravotnického zařízení a nebyl financován žádným grantem.

Bibliografické odkazy

CRUZ-CORREA, M., SCHULTZ, K., JAGANNATH, S., ET AL. 2007. Performance Characteristics and Comparison of Two Fecal Occult Blood Tests in Patients Undergoing Colonoscopy. [online]. p. 1009-1013 [cit. 2015-03-24]. DOI: 10.1186/isrctn66817054.

ČESKO. 2009. Věstník MZČR. In: 01/2009, s. 20 - 23.

DUŠEK, L., ET AL. 2014. Program kolorektálního screeningu v České republice. Masarykova univerzita, Brno. ISSN 1804-0888.

CHAUVIN, P., JOSSELIN, J., & HERESBACH, D., 2013. The influence of waiting times on cost-effectiveness: a case study of colorectal cancer mass screening, The European Journal Of Health Economics: HEPAC: Health Economics In Prevention And Care [online]. MEDLINE Complete, EBSCOhost. [cit. 2014-12-26].

FAIT, T., VRABLIK, M., ČEŠKA, R., ET AL. 2011. Preventivní medicína. 2. Rozšířené vydání, Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-237-7.

OONO, Y., YOSUKE I., YOSUKE D., ET AL. 2010. A retrospective study of immunochemical fecal occult blood testing for colorectal cancer detection. *Clinica Chimica Acta* [online]. vol. 411, 11-12, s. 802-805 [cit. 2015-02-18]. DOI: 10.1016/j.cca.2010.02.057.

POKORNÁ, A. A K. HARTMANOVÁ. 2012. Problematika kolorektálního karcinomu v primární péči. *Praktický lékař.* č. 1, s. 31-34.

SEIFERT, B., 2012. *Screening kolorektálního karcinomu*. Praha: Maxdorf, 112 s. Ambulantní gynekologie, ISBN 9788073453091.

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013. MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Praha. ISBN: 978-80-904259-0-3.

VRDOLJAK, E., Z WOJTUKIEWICZ M., PIENKOWSKIO, T., ET AL. 2011. Cancer epidemiology in Central and South Eastern European countries. *Croatian Medical Journal* [online]. vol. 52, issue 4, s. 478-487 [cit. 2015-02-18]. DOI: 10.3325/cmj.2011.52.478.

Mgr. Jan Pospíchal
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
e-mail: jan.pospichal@upce.cz

Mgr. Vít Blanař
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
e-mail: vit.blanar@upce.cz

Mgr. Zuzana Škorničková
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
e-mail: zuzana.skornickova@upce.cz

Etické aspekty péče o extrémně nezralé novorozence

Rusová, J. [1,2]

[1]*Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice*
[2]*Ústav humanitních studií v lékařství, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze*

Abstrakt
Období 22. – 25. týdne těhotenství je označováno jako šedá zóna, ve které jsou výsledky péče o předčasně narozené děti nejisté a nepředvídatelné. Prognóza může být ovlivněna mnoha faktory, například gestačním stářím plodu, porodní váhou, pohlavím a také přístupem a postojem zdravotníků a rodičů. Správné je v dané situaci jednat v nejlepším zájmu dítěte, ale realizace tohoto konceptu není bezproblémová. Rozhodování o resuscitaci a intenzivní péči u extrémně nezralých novorozenců by mělo být založeno na upřímné a otevřené komunikaci ve zdravotnickém týmu a mezi zdravotníky a rodiči.

Klíčová slova:
Extrémně nezralý novorozenec, koncept nejlepšího zájmu, kvalita života, viabilita.

Abstract
The 22 – 25 week of gestation is known as the grey zone, during which the results of care are uncertain and unpredictable in advance. The prognosis may be influenced by many factors; for example the gestational age, fetal weight, sex, and by the caregivers approach and attitude. The real responsibility is to act according to the best interests of the child but the realisation of this concept remain unclear. Decision making proces regarding resuscitation and intensive care in extremly premature infant should be based on the honest communication among health care providers, and between health care providers and parents.

Key Words:
Extremly premature infant, best interest concept, quality of life, viability.

Úvod

Rozhodování o resuscitační a intenzivní péči u extrémně nezralých novorozenců narozených v takzvané šedé zóně, na samých hranicích životaschopnosti, je právem označováno jako rozhodování v nejistotě. Tato nejistota je nejen medicínská, ale též morální.

Pokrok v medicíně přinesl možnosti zlepšení péče o extrémně nezralé novorozence, jejichž šance na přežití bez závažného poškození se neustále zvyšuje. Mnohdy nejde pouze o nové technologie a jejich aplikaci, ale v prvé řadě o přístup. Jaký má být?

Cíl

Cílem mého příspěvku je nastínit etické aspekty problematiky rozhodování o resuscitační a intenzivní péči u extrémně nezralých novorozenců narozených v šedé zóně (etická rozvaha s důrazem na deskriptivní etiku) a upozornit na problematičnost konceptu nejlepšího zájmu dítěte, o který se opírají existující doporučení.

Metodika

V souladu s pravidly pro tvorbu etické rozvahy (Vácha et al. 2012) jsem provedla rešerši odborné literatury zaměřenou jednak na současný stav medicínského poznání vztahujícího se k dané problematice (popis problému) a dále pak na publikované postoje a přístupy související s rozhodováním o péči u extrémně nezralých novorozenců (deskriptivní a normativní etika). Vyhledávala jsem ve vyhledávačích Google, Google Scholar, databázích EBSCO, ProQuest Central, CINAHL, JSTOR, Medline, elektronické knihovně Wiley a katalozích vybraných knihoven pomocí klíčových slov „nezralý novorozenec/nedonošené dítě", „šedá zóna", „viabilita", „nejlepší zájem", „rozhodování v neonatologii" a „resuscitace novorozenců" a to jak v českém, tak anglickém jazyce. Dále jsem vyhledávala podle jmen konkrétních autorů, kteří se danou problematikou zaobírají jak z hlediska medicínského, tak etického. Z českých autorů se jedná hlavně o Blanku Zlatohlávkovou, ze zahraničních pak například o Marca Mercuria. V neposlední řadě jsem se snažila vyhledat platná doporučení odborných organizací, která zahrnují též etické aspekty dané problematiky. Nejdůležitější z nich jsou doporučení European Resuscitation Council, American academy of pediatrics a Nuffield council of bioethics.

Výsledky a diskuze

Jak má správně probíhat rozhodování o resuscitační a intenzivní péči u nezralých novorozenců je etická otázka. K řešení této etické otázky je nezbytně nutné znát medicínská fakta, která jsou základem pro veškeré rozhodování.

Medicínská východiska

Období mezi 22+0/7 a 25+6/7 týdnem těhotenství je označováno jako šedá zóna, neboť narodí-li se dítě v tomto období, výsledky resuscitační a intenzivní péče jsou nejisté a předem nepredikovatelné, což s sebou přináší celou řadu nejistot jak pro rodiče, tak ošetřující personál. (Liška 2012, Plavka 2012)

Jednou z cest, jak tuto nejistotu snížit je snaha o co nejpřesnější stanovení individuální prognózy. V závislosti na odhadované pravděpodobnosti přežití bez závažného postižení, jako je krvácení do mozkových komor, nekrotizující enterokolitidy, sepse, bronchopulmonální dysplazie a retinopatie nedonošených, pak považujeme intenzivní a resuscitační péči za povinnou, volitelnou, experimentální a neindikovanou. (Zlatohlávková 2012, Smíšek 2012).

Při určování biologické úrovně zralosti vycházíme především z délky trvání těhotenství a porodní hmotnosti. Porodní hmotnost dokážeme stanovit celkem snadno, ale s přesným určením gestačního stáří máme potíže. Dovedeme to v rozmezí přibližně 14 dnů a naše šance na upřesnění se moc nezvyšují ani po narození dítěte. (D´Angelo and Mercurio 2008, Leuthner 2001, Mercurio 2005, Zlatohlávková 2012)

Gestační stáří a porodní hmotnost navíc nejsou jediné faktory, které ovlivňují prognózu. Adaptace nezralých novorozenců je ovlivňována i řadou dalších proměnných, které mohou mít jak pozitivní, tak negativní dopad. Mezi tyto faktory patří pohlaví, četnost těhotenství, místo a způsob porodu, antenatální podání steroidů k indukci zralosti plic, onemocnění matky, zánětlivá odpověď plodu, placentární transfúze atd. Výsledky péče jsou ovlivněny též přístupem k péči a postoji lékařů i rodičů. Prognózu rapidně mění přežití prvního týdne

po porodu. (Bizzarro and Mercurio 2009, Plavka 2012, Zlatohlávková 2011, Zlatohlávková 2012)

Existují poměrně velké regionální rozdíly v mortalitě a morbiditě novorozenců s extrémně nízkou porodní hmotností. Liška (2012) uvádí procento přežití bez závažného poškození ve 23. týdnu těhotenství mezi 10 – 53 %, ve 24. týdnu těhotenství 16 – 55 % (hodnoceno v 18. – 22. měsíci). Rozpětí je široké, z čehož jasně plyne prognostická nejistota u individuálního pacienta. Vycházet při rozhodování z mortality a morbidity předchozích let je problematické také z toho důvodu, že výsledky jsou ovlivněny volbou lékařů a rodičů, ne jen samotnou viabilitou plodu - schopností přežít, případně přežít bez vážných následků. Data jsou tak ovlivněna sebenaplňujícím se proroctvím. (Mercurio 2005, Zlatohlávková 2012)

Evropská rada pro resuscitaci nedoporučuje resuscitovat novorozence s vrozenými vývojovými vadami s nepříznivou prognózou, nezralé novorozence narozené před 23. týdnem těhotenství a hmotností nižší než 400 gramů. Resuscitace je naopak doporučována u dětí od 25. týdne těhotenství, pokud nejsou přítomné známky závažného postižení. (Liška 2012, Richmond and Wyllie 2010) V současné době jsme limitováni hlavně zralostí plic a jejich schopností efektivní výměny plynů, což není možné před 21. týdnem těhotenství vzhledem k nefunkčnosti cévní komponenty. (Zlatohlávková 2011)

Rozhodneme-li se pro aktivní přístup a je-li nutná resuscitace, postupujeme podle doporučení International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR 2010), které je však primárně zaměřené na donošené děti, přičemž dle Lamberské a Plavky (2012) mají novorozenci narození na hranici životaschopnosti komplikovanější poporodní adaptaci. Některá pracoviště si proto dané postupy různě modifikují. Shoda panuje na tom, že péče musí být poskytována ve smyslu „vše nebo nic“. (Plavka 2012) Důležitou roli hraje též směřování předčasných porodů do perinatologických center a porod císařským řezem při odhadované porodní hmotnosti menší než 1000 g. (Hájek et al. 2012)

Etické aspekty

Jedním z možných rámců pro rozhodování o péči poskytnuté extrémně nezralým novorozencům jsou čtyři etické principy definované Beauchampem a Childressem (2009) – beneficence, non-maleficence, justice a autonomie. Dítě v našem případě není nositelem autonomie a jeho zájmy mají chránit rodiče. Jejich úkolem je vybalancovat přínos a rizika a rozhodnout v nejlepším zájmu dítěte.

Best interest, neboli nejlepší zájem, je etický koncept, který je poněkud problematický, ačkoliv bývá zmiňován téměř ve všech doporučeních, které se týkají rozhodování v zastoupení. Odkazují se na něj též doporučení týkající se rozhodování o léčbě extrémně nezralých novorozenců.

Leuthner (2001) věnoval svoji pozornost doporučením American Academy of Pediatrics (AAP), konkrétně doporučením vypracovaným Committee on Fetus and Newborn (COFN) a Committee on Bioethics (COB). Zjistil, že se v těchto doporučeních vyskytují značné rozdíly v praktických požadavcích na to, jak může být určen nejlepší zájem dítěte. COFN předpokládá, že pro určení nejlepšího zájmu dítěte je nejdůležitější odborná expertíza neonatologa, který je nejkompetentnější porozumět prognóze a není emocionálně zainteresován, proto se může rozhodnout racionálně. COB oproti tomu klade důraz na společné rozhodování, kde lékař, odborně posuzující situaci, vede rodiče skrze rozhodo-

vací proces založený na jejich hodnotách. Jinými slovy řečeno, COFN bere v potaz pouze medicínské, nikoliv morální, společenské a další komponenty rozhodování.

Oba koncepty se rozcházejí v chápání role jak rodičů, tak lékařů. Tyto rozdílné interpretace rolí mohou ovlivnit způsob, jakým neonatolog pracuje s rodiči. Leuthner to dokládá na příkladu „Případu dítěte M", kde se lékaři rodičů zeptali na jejich názor, ale z rozhodování je vyloučili, což je z etického hlediska špatně. Správnější se zdá být společné rozhodování se zdravou dávkou vedení ze strany lékaře, kde podstatnou zůstává pravdivá komunikace. (Beauchamp and Childress 2009, Jonsen at al. 2010, Leuthner 2001, Lantos 2009)

Naprostá shoda nepanuje ani nad tím, zda naše rozhodování, ať již v jakékoliv roli, smí být ovlivněno naším soudem o kvalitě života s případným postižením a zda mají rodiče povinnost položit zájmy dítěte před ty svoje. (Dickenson at al 2010, Gillam 2010, Leuthner 2001, Peerzada 2004, Zlatohlávková 2012, Zlatohlávková 2008)

Bylo by chybou se domnívat, že lékař nevstupuje do rozhodování se svými vlastními hodnotami, avšak snaha o verifikaci prognózy, posedlost technickými možnostmi a sběrem dat i skórovací systémy mohou vést k nepochopení morální podstaty tohoto rozhodování. To, co by mělo být otázkou hodnot, se může stát otázkou technických kritérií. (Leuthner 2001, Mercurio 2005)

Marcello s kolegy (2011) upozorňuje ještě na jeden velmi důležitý faktor, který může ovlivnit rozhodování lékaře. V jejich výzkumu lékaři souhlasili, že přání rodičů jsou důležitá, ale váhu přáním přikládali na základě charakteristik dané rodiny – přáním mladé svobodné matky přikládali menší váhu než staršímu sezdanému páru.

Nejlepší zájmy jsou u extrémně nezralých novorozenců nejasné a ani shoda mezi poskytovateli péče nezaručuje, že zájmy dítěte nebudou poškozeny. (Zlatohlávková 2012)

Další z algoritmů pro rozhodování v péči o nezralého novorozence vychází z doporučení Nuffield Council of Bioethics (2006):

– novorozenci narození před 22. týdnem těhotenství se neresuscitují, jakákoliv intervence je doporučována jen v rámci experimentální klinické studie
– novorozenci narození v 22+0 – 22+6 týdnu těhotenství se standardně neresuscitují, resuscitace nemá být nabízena, případný pokus pouze na žádost rodičů po podrobné diskusi a informaci o riziku pro dlouhodobý vývoj
– u novorozenců narozených v 23+0 – 23+6 týdnu těhotenství respektovat přání rodičů, resuscitaci nezahajovat, nepředpokládá-li se dlouhodobé přežití
– u novorozenců narozených v 24+0 – 24+6 týdnu těhotenství nabízet plnou péči, resuscitaci nezahajovat pouze v případě, že se lékaři a rodiče shodnou na tom, že není v nejlepším zájmu dítěte
– nad 25. týden zahajovat plnou péči s výjimkou těžkých abnormalit vylučujících dlouhodobé přežití. (Liška 2012)

Problém s tímto algoritmem je, že nabádá k rozhodování na základě gestačního věku, který v současné době nedovedeme zcela přesně stanovit. Postupujeme-li podle tohoto pravidla, obětujeme potenciálně životaschopné děti proto, abychom většinu, která nemá z intenzivní a resuscitační péči prospěch, nevystavili bolesti spojené s intenzivní péčí. Ano,

intenzivní léčba bolí. Ačkoliv ještě stále nemáme dostatečné znalosti o počátcích vnímání bolesti, víme jistě, že po 20. týdnu těhotenství jsou již funkční podkorová centra potřebná pro vnímání a zpracování bolestivých impulsů. (Macko 2012, Zlatohlávková 2012)

Nezahájení intenzivní léčby je z etického hlediska považováno za rovnocenné s ukončením intenzivní léčby. Toto je velmi důležité pravidlo, jehož neexistence by mohla vést k tomu, že by léčba v případě pochybností nebyla zahajována vůbec. Ukončení intenzivní léčby bývá zvažováno při závažných komplikacích, jako je intrakraniální krvácení IV. stupně či nekrotizující enterokolitida s perforací střeva a sepse. (Liška 2012, Smíšek 2012)

Ustoupení od intenzivní léčby neznamená, že necháme dítě umírat bez jakékoliv péče! Vždy musí být poskytnuta péče paliativní – péče zaměřená na komfort. Liška (2012) ve svém příspěvku na XXVIII. Neonatologických dnech vyjmenovává léčbu, která může být odepřena a zároveň také úkony zahrnuté do paliativní péče.

Best interest stnadard, tedy zvážení nejlepších zájmů dítěte, se týká též resuscitace v rámci experimentální klinické studie. Musíme mít na paměti, že nejlepší zájem dítěte nesmí být podřízen cílům výzkumného protokolu. Informovaný souhlas rodičů je nezbytný. (Kodish 2003)

V neposlední řadě je potřeba zmínit, že péči potřebují nejen děti, ale též jejich rodiče. Samotný fakt předčasného porodu je významnou zátěží obou rodičů a může vést až k posttraumatické stresové poruše, což můžeme částečně ovlivnit svým přístupem -empatickým naslouchání, rekonstrukcí událostí před a po narození dítěte, poskytnutím bezpečného místa pro pláč a sdílení pocitů a emocionální podpory. (Chvílová-Weberová 2013)

Závěr

Navzdory pokrokům v oblasti medicíny a existenci mnoha doporučení vztahujících se k rozhodování o péči u extrémně nezralých novorozenců přetrvávají jak dilemata medicínská, tak etická. Tato dilemata nelze vyřešit standardy pro (ne)zahájení intenzivní a resuscitační péče, neboť rozhodování na základě těchto standardů nás odvádí od komplexního zhodnocení situace každého jednoho dítěte v jeho jedinečnosti. Na tomto zhodnocení se mají podílet jak lékaři, kteří jsou nejpovolanější ke zhodnocení medicínské stránky problému, tak rodiče, o jejichž hodnoty by se mělo rozhodování opírat. Vždy je nutné sledovat nejlepší zájmy dítěte, jejichž formulace by měla vzejít z otevřeného a pravdivého dialogu osob zúčastněných na péči.

Bibliografické odkazy

BEAUCHAMP, Tom L. and James F. CHILDRESS, 2009. *Principles of biomedical ethics.* 6th ed. New York: Oxford university press. ISBN 978-0-19-533570-5.

BIZZARRO, M. J. and M. R. MERURIO, 2009. Selective resuscitation in premature twins: an ethical analysis. *Journal of Perinatology.* 29(7), 479-482. ISSN 0743-8346.

CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, M., 2013. Realita traumatu rodičů po předčasném porodu – možný vliv na utváření vztahu mezi matkou a dítětem. *Neonatologické listy.* 19(1), 37-40. ISSN 1211-1600.

D´ANGIO, Carl T. and Mark R. Mercurio, 2008. Evidence-based ethics in the gray zone of neonatal viability: promises and limitations. *Pediatric Health.* 2(6), 777-786. ISSN 1745-5111.

DICKENSON, Donna, Richard HUXTABLE and Michael PARKER, 2010. *The Cambridge medical ethics workbook.* New York: Cambridge university press. 2nd ed. ISBN 978-0-521-73470-7.

GILLAM, Lynn, 2010. Children´s bioethics and the zone of parental discretion. Monash *Bioethics Review.* 29(2), 1-3. ISSN 1321-2753.

HÁJEK, Z. a kol., 2012. Předčasný porod na hranici viability. Diagnostika, léčba, vedení porodu. In: XXVIII. *Neonatologické dny – sborník konference konané 7. – 9. 11. 2012* [online]. Česká neonatologická společnost [cit. 2. 2. 2015]. Dostupné z: http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/xxviii-neodny/neodnyprogram.html.

JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER and William J. WINSLADE, 2010. C*linical ethics – A practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 7th ed. New York: McGraw-Hill Companies. ISBN 978-0-07-163414-4.

KODISH, Eric, 2003. Informed consent for pediatric research: Is it really possible? *J Pediatr.* 142(2), 89-90. ISSN 0022-3476.

LAMBERSKÁ, T. a R. PLAVKA, 2012. Poporodní adaptace novorozenců narozených v šedé zóně. In: XXVIII. *Neonatologické dny – sborník konference konané 7. – 9. 11. 2012* [online]. Česká neonatologická společnost [cit. 2. 2. 2015]. Dostupné z: http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/xxviii-neodny/neodnyprogram.html.

LANTOS, John D. and William MEADOW, 2009. Variation in the treatment of infants born at the bordeline of viability. *Pediatrics.* 123(6), 1588-1590. ISSN 0031-4005.

LEUTHNER, Steven R., 2001. Decisions regarding resuscitation of the extremely premature infant and models of best interest. *Journal of Perinatology.* 21(3), 193-198. ISSN 0743-8346.

LIŠKA, K., 2012. Algoritmus zahajování a ukončování intenzivní péče na hranici viability. In: XXVIII. *Neonatologické dny – sborník konference konané 7. – 9. 11. 2012* [online]. Česká neonatologická společnost [cit. 2. 2. 2015]. Dostupné z: http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/xxviii-neodny/neodnyprogram.html.

MACKO, J., 2012. Fetální a neonatální percepce bolesti. In: XXVIII. *Neonatologické dny – sborník konference konané 7. – 9. 11. 2012* [online]. Česká neonatologická společnost [cit. 2. 2. 2015]. Dostupné z: http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/xxviii-neodny/neodnyprogram.html.

MARCELLO, Kirstie R. et al, 2011. The influence of family characteristics on perinatal decision making. *Pediatrics.* 127(4), 934-939. ISSN 0031-4005.

MERCURIO, Mark R., 2005. Physicians´ refusal to resuscitate at bordeline gestational age. *Journal of Perinatology.* 25(11), 685-689. ISSN 0743-8346.

NUFFIELD COUNCIL OF BIOETHICS, 2006. *Critical care decisions in fetal and neonatal medicine: ethical issues* [online]. Nuffield Council of Bioethics [cit. 15. 2. 2015]. Dostupné z: http://nuffieldbioethics.org/project/neonatal-medicine/.

PEERZADA, Jehanna M., Douglas K. RICHARDSON a Jeffrey P. BURNS, 2004. Delivery room decision making at the treshold of viability. *J Pediatr.* 145(4), 492-498. ISSN 0022-3476.

PLAVKA, R., 2012. Resuscitace novorozenců porozených v 23. – 25. týdnu podle doporučení ILCOR 2010. Je lépe více či méně? In: XXVIII. *Neonatologické dny – sborník konference konané 7. – 9. 11. 2012* [online]. Česká neonatologická společnost [cit. 2. 2. 2015]. Dostupné z: http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/xxviii-neodny/neodnyprogram.html.

RICHMOND, S. and J. Wyllie, 2010. Resuscitation of babies at birth. In: *European Resuscitation Council Guidelines for resuscitation 2010* [online]. European Resuscitation Council, section 7, 1389-1399 [cit. 22. 2. 2015]. Dostupné z: http://www.resuscitace.cz/wp-content/uploads/2010/09/Full_ERC_2010_Guidelines.pdf

SMÍŠEK, J. aj. Melichar, 2012. Mortalita a morbidita novorozenců narozených v šedé zóně. In: *XXVIII. Neonatologické dny – sborník konference konané 7. – 9. 11. 2012* [online]. Česká neonatologická

společnost [cit. 2. 2. 2015]. Dostupné z: http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/xxviii-neodny/neodnyprogram.html.

VÁCHA, Marek, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER, 2012. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-780-0.

ZLATOHLÁVKOVÁ, B., 2008. Právo a etika na hranicích životaschopnosti plodu a novorozence. *Neonatologické listy*. 14(1), 3-8. ISSN 1211-1600.

ZLATOHLÁVKOVÁ, Blanka, 2011. Viabilita plodu a novorozence. *Actual Gyn*. 3, 47-51. ISSN 1803-9588.

ZLATOHLÁVKOVÁ, B., 2012. Etické aspekty zahajování péče u novorozence na hranicích viability – rozhodování v nejistotě. In: XXVIII. *Neonatologické dny – sborník konference konané 7. – 9. 11. 2012* [online]. Česká neonatologická společnost [cit. 2. 2. 2015]. Dostupné z: http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/xxviii-neodny/neodnyprogram.html.

Mgr. Jitka Rusová, DiS.
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
ÚHSL 1. LF Univerzita Karlova v Praze
e-mail: Jitka.Rusova@upce.cz

Specifika a rizika podávání perorálních léků v pediatrii

Sedláčková E.[1]; Hlaváčková, E.[1]

[1]Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Abstrakt

Úvod: Podstatnou část práce sester tvoří podávání léků. Proces přípravy a podávání léků je spojen s vysokou mírou rizik, která mohou mít různé příčiny.

Cíl: Cílem příspěvku je shrnout specifika a rizika v oblasti perorálního podávání léků v pediatrii a zaměřit se na doporučované způsoby jejich prevence.

Metodika: Jedná se o přehledový článek. Ve studii byly použity kvalitativní a kvantitativní studie (české a zahraniční) od roku 2003 po současnost.

Výsledky: V průběhu dětského období se zásadně mění psychomotorický vývoj a dozrávají fyziologické pochody v organismu. S tím souvisejí rizika, která je třeba zohledňovat při výběru vhodného léku, jeho formy, výpočtu správné dávky a způsobu podání. Nejrizikovější je období do věku pěti let dítěte. V České republice zatím neproběhla studie, která by mapovala chyby v podávání léků dětem. V zahraničí tvoří lékové chyby u dětí 13 % všech nežádoucích událostí.

Závěr: Specifika v podávání léků jsou například ve fyziologicky odlišném metabolismu dětí, v odlišném dávkování či postupu podávání léků. Výzkumy studií poukazují na rizika způsobená nedostatečnou edukací, nečitelnými ordinacemi nebo z chybného označování léků. Jako prevence lékového pochybení jsou doporučovány zejména efektivní týmová komunikace, kvalitní adaptační proces a reporting nežádoucích událostí. Pro českou ošetřovatelskou praxi by bylo přínosné téma více publikovat v odborné literatuře.

Klíčová slova: dětské oddělení, nežádoucí událost, podávání léků, zdravotní sestra

Abstract

Introduction: The process of preparing and application of drugs is associated with a high risk for patients. Causes of the risks can be different.

Aim: The aim of the paper is to summarize the specifics and risks in the area of oral medication administration in pediatrics. The second aim is to focus on recommendation for their prevention.

Methods: It´s overview the study. There were used a study (Czech and foreign) dated since 2003 to present.

The results: The oral drugs application is depend on age of children. Related risks, which need to be taken into account in the selection of the appropriate medication, consist in: the drug´s forms, calculating the correct dose, the method of application. The study hasn´t been realized about the mistakes frequency in children in the Czech Republic yet. The drug´s adverse events in children are detected in 13 % in abroad. The error rate is more common in children than in adults. As prevention drug misconduct is effective team communication, quality of the adaptation process and the reporting of adverse events.

Conclusion: Specifics of the drug administration depend on physiologically different metabolism, in different dosage medications or procedures. Research studies indicate the risk due to inadequate education, unreadable or erroneous labeling of drugs.

They have to use appropriate methods of prevention of drug adverse events. For the nursing practice would be beneficial to publish more about this problem in professional literature.

Key Words: adverse event, drug administration, nurse, pediatric ward

Úvod

Otázka bezpečnosti při poskytování zdravotní péče je v posledních letech prudce se rozvíjející oblastí. Kvalita a bezpečí ve zdravotnictví je tím důležitější, pokud se jedná o dětského pacienta. Léčba hospitalizovaného dítěte často vyžaduje takové postupy, které jsou specifické pouze pro dětská oddělení, z čehož pramení i možná rizika. Škrla (2005) uvádí, že v zemích Evropy je téměř 10 % pacientů hospitalizovaných v nemocnicích poškozeno nějakou nežádoucí událostí (dále NU) a to dětská oddělení nevyjímaje. V České republice se doposud neuskutečnila studie, která by mapovala četnost lékového pochybení v pediatrické péči. Ve Velké Británii bylo zjištěno, že 1 – 2 % hospitalizovaným pacientům je způsobena nějaká medikační chyba. Na dětských odděleních se procento medikačních pochybení udává až 5 % (Ghaleb et al, 2010). Nejčastější způsob podávání léků u dětí i dospělých je podávání léků per os (Jirkovský, 2012). Podávání léků dětem je variabilní v různých věkových skupinách. Věk dětí je nejdůležitější proměnnou v terapii a volba lékové formy závisí také na věku. Z tohoto pramení i potenciální rizika (Lin et al. 2013). Zdravotní sestra je většinou posledním článkem v procesu podávání léčiv. Může být jak bariérou, tak rizikem v případě lékových pochybení. Je důležité, aby problematiku dobře znala a uměla rizikům předcházet.

Cíl

Cílem příspěvku je shrnout specifika a rizika v oblasti perorálního podávání léků v pediatrii a zaměřit se na doporučované způsoby jejich prevence.

Metodika

Hlavní metodou přehledové studie je rešerše literatury. Informace byly vyhledány v databázích: MEDLINE, EBSCOhost, CINAHL a Google Scholar a v odborných knižních publikacích. Datum publikování literatury bylo zvoleno od roku 2003 po současnost. Do výběru byly zařazeny kvalitativní, kvantitativní a přehledové studie. Pro vyhledávání byla použita klíčová slova nurse (zdravotní sestra), pediatric ward (dětské oddělení), adverse event (nežádoucí událost), drug administration (podávání léků). Klíčová slova byla zvolena tak, aby se svým významem nejvíce blížila cíli článku. Z vybraných publikací byly použity ty výsledky studií, které se týkají specifik a rizik v podávání léků v pediatrii. Vyřazeny byly studie z výrazně odlišných kultur (z důvodu předpokládaných rozdílných podmínek) a studie psané v jiném než v anglickém a českém jazyce. Celkem bylo zahrnuto 9 zahraničních studií a 5 studí z České republiky. Další zdroje informací tvořily legislativní nařízení či odborné knihy. Z rešerše literatury byla vytvořena tabulka se zjištěnými riziky včetně doporučovaných preventivních opatření.

Výsledky

Výsledky z rešerší byly rozděleny do dvou hlavních kategorií - specifika a rizika při podávání léků dětem se zaměřením na perorální lékovou formu.

Specifika podávání perorálních léků dětem

Specifika podávání léků dětem vychází ze zásad podávání léků dospělým pacientům, které doporučují autoři Workman a Bennett (2006). Jedná se o pravidlo pěti zásad správného podávání léků „5S“ – správný pacient, lék, dávka, doba a způsob podávání. Lin et al. (2013) doplnili pravidlo „5S“ o další čtyři kritéria pro pediatrické pacienty: 1. vhodná forma léku k věku pacienta, 2. následná reakce na lék, 3. činnosti sester během podávání léků a 4. správně vedená dokumentace. Sestra by měla zvolit techniku podávání léku v závislosti na věku dítěte (Lin et al, 2013). Děti do 5 let mají často problémy s polykáním tablet, proto pro ně výrobci léků připravují léky v podobě suspenze nebo žvýkacích tablet. Pro odměřování množství léku je třeba volit vhodné speciální pomůcky – láhev pro aplikaci léků, stříkačky, lžičky nebo kapátka (Leifer, 2004). Nutná je úprava polohy dítěte, aby nedošlo k aspiraci. Před a po podání léku musí sestra zkontrolovat ústa pacienta. Při mísení léku s tekutinou, musí myslet na to, aby dítě bylo schopné vše vypít. Léky by nikdy neměly být nazývány sladkostmi, aby si dítě chybně nezafixovalo všechny sladkosti jako léky (Bowden, Greenberk, 2008).

Fyziologické reakce na léky u dětí

Na dětském oddělení jsou hospitalizováni pacienti od velmi útlého věku až po dovršení dospělosti. Každé vývojové stádium má určitá specifika. Během růstu dítěte se různé tělesné orgány teprve vyvíjejí a jejich funkce je odlišná od funkce dospělého jedince. Objem celkové tělesné vody je u novorozence 75 %, v dospělosti je hodnota celkové tělesné vody 50 %. Dítě má odlišnou distribuci celkové tělesné vody. Více procent vody se nachází v extracelulárním prostoru a právě proto je dítě náchylnější k dehydrataci. (Lebl a kol, 2012).

Žaludek novorozence neobsahuje volnou kyselinu chlorovodíkovou a střevní motilita je zrychlená, proto se některé léky nevstřebávají úplně. Většina léků se metabolizuje v játrech. U dítěte do 4 let játra pracují pomaleji, to má za následek pomalejší odbourávání léků a snadnější předávkování (Leifer, 2004). Příznaky nežádoucích účinků léčiv jsou v mnohém stejné jako u dospělé populace. Léková alergie může být jedním z nežádoucích účinků a může objevit náhle po požití, ale i s odstupem 24 až 48 hodin (Hladík, 2008).

Dávkování a preskripce léků dětem

Sedlářová (2008) zmiňuje, že u dětských pacientů neexistuje průměrná doporučená dávka léků. Dítě totiž může vážit 500 g i 100 kg. Dávkování je uváděno v různých jednotkách. Často je uváděno v miligramech (mg) / kilogram (kg) tělesné váhy a denní dávkou. Takto jsou stanoveny i maximální a prahové dávky. Leifer (2004) však doporučuje přesnější stanovení dávky – dle plochy tělesného povrchu BSA (body surface area). BSA se vypočítá pomocí různých počítačových programů nebo mobilních aplikací (Alexander, Corrigan, 2010)

Obr. 1 Výpočet dávky léků dle BSA (Leifer, 2004, s. 590)

$$\frac{\text{BSA dítěte}}{\text{BSA dospělého}} \times \text{průměrná dávka pro dospělého} = \text{dětská dávka}$$

Obrázek 1 udává výpočet pro přesnou dávku léku. Do vzorce se dosadí vypočtený povrch těla (BSA) a průměrná dávka léku pro dospělého, kterou zjistíme v příbalovém letáku. Standardy Spojené akreditační komise České republiky (ČR) ani vyhláška 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků nedovolují výpočet dávky léků sestrou. (Marx, Vlček, 2013, Česko 2011). Sestra by však měla znát způsob, jak si předepsanou dávku může zkontrolovat.

Rizika podávání léků a jejich prevence

Celosvětové statistiky o četnosti lékového pochybení zatím chybí. Výsledky níže uvedených studií mapují pouze množství pochybení na území jednoho státu a nejedná se o longitudinální šetření. Škrla (2005) odhaduje, že globálně je 5 % ordinací lékařů mylných. Ghaleb et al. (2010) uvádí, že na pediatrických odděleních je chybně či nekompletně ordinováno až 13 % všech medikací. Stejné procento medikačních pochybení (13,5 %) zjistil i Matlow et. al. (2012) z rozsáhlé studie na kanadských dětských klinikách. Minas et al. (2014) předkládají přehled lékových pochybení lékařů a sester na pediatrických jednotkách v australských nemocnicích. Autoři došli k závěru, že 73 % pochybení bylo způsobeno sestrami. Přehled zjištěných druhů pochybení uvádíme v Tabulce 1.

Tab. 3 Příčiny lékového pochybení u dětí (n = 6046)

Druh medikačního pochybení	%
Neznalost prováděného výkonu	26
Chybné označení podávaného léku	21
Nečitelné ordinace	14
Ordinace v noci	12
Chybné předání informací	9
Špatný výpočet dávky nebo rychlosti infuze	9
Chybné jednotky dávek	4
Nesprávné ordinace	4
Záměny obchodního a generického názvu léku	4
Špatně přidané léky do infuzí	3
Chyba v desetinných čárkách	2
Špatně nastavený přístroj	2
Špatný druh (množství) vehikula léku	2
Chybené telefonické ordinace	1
Opomenutí alergií	1

Zvláštním druhem pochybení jsou preskripce off-label léků. Off-label medikace znamená předpis léků dětem, které pro ně nejsou registrované. Ve studii Langerové, Vrtala a Fürstové (2012) bylo zjištěno, že četnost off-laber preskripcí je až 8 %.

Základem bezpečné péče je pochopení odlišné fyziologie u dětí, teprve poté může sestra efektivně vyhodnotit, zda podaný lék má nějaké abnormální účinky a včas zasáhnout. Rizika jsou například v odlišné produkci šťáv v orgánech s vnější sekrecí, poté jsou některé léky nedostatečně vstřebávané a hrozí snadnější předávkování (Lebl a kol, 2012; Leifer 2004). Langerová, Zapletalová, Urbánek (2011) uvádějí, že nejrizikovější pro intoxikaci léčivy jsou novorozenci.

Při dávkování a preskripci léků vznikají prvotní rizika, která mohou zapříčinit nevhodně podaný lék. Minas et. al (2014) zjistili, že 14 % medikačních pochybení vzniká následkem nečitelných ordinací a 12 % z důvodu chybné ordinace v noci. I když chyby ve výpočtu dávek léku (například omyl v desetinné čárce) mají nižší zastoupení, tak důsledky mohou být velmi vážné (Minas et al, 2014). Na chybné výpočty dávek léků u sester či mediků upozorňuje i Armitage, Knapman (2003). Jako prevence se doporučuje opětovná kontrola hmotnosti dítěte, kontrola podávaného léku dvěma sestrami nebo maximální soustředění během přípravy léků (Nursing Standard, 2005). Kontrolu podávaného léku dvěma sestrami sledovali i Gill et al. (2012). Zjistili, že při nočních či víkendových službách se dvojí kontrola téměř nevykonává. Proto doporučili dvojitou kontrolou pouze pro vyspecifikovaná riziková léčiva.

Vychytil, Hřib (2009) tvrdí, že kvalitní systém hlášení NU je funkčním preventivním opatřením pro opětovný vznik pochybení. Cílem systému je sumarizovat četnosti pochybení, analyzovat důvody jejich vzniku a hledat metody prevence. Škrla, Škrlová (2008) doporučují zaměřit se na systémové chyby a vytvořit kulturu bezpečí, ve které si každý pracovník přizná svojí omylnost. Sdílení zkušeností a poučení se z vlastních chyb patří k nejúčelnějším strategiím pro eliminaci nežádoucích událostí. V ČR je sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí dáno vyhláškou 102/2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče (Česko, 2012). Hlášené nežádoucí události v ČR zatím zdaleka neodpovídají skutečnosti (Vychytil, Hřib, 2009). Milch et al. (2006) popisuje dobrovolný e-ERS systém hlášení NU, který za 2 roky provozu sesbíral přes 92.000 hlášení. Podrobnější analýza ukázala, že téměř 30 % všech pochybení se týká medikace.

Doménou kvality v oblasti bezpečného podávání léků je aktivní spolupráce sestry a lékaře, ale v 21. století je potřebné tento vztah doplnit o klinického farmaceuta, jak uvádí Langerová, Zapletalová a Urbánek (2011). Značný vliv na kvalitní a bezpečné podávání léků má i efektivní adaptační proces nových pracovníků a stupeň vzdělání (Česko, 2009).

Dětští pacienti jsou často hospitalizovaní s rodiči. Rodiče mohou být pomocníkem, ale i rizikem při ošetřování svého potomka. Spolupráce s rodiči nemusí být vždy spolehlivá, jak uvádí Alsulami, Choonara a Conroy (2014). Sestra je zodpovědná za podání léčiv i v přítomnosti rodiče. Zdravotnický personál musí mít vždy na paměti, že pacienti a jejich rodiče jsou limitováni v rozpoznávání nebezpečné situace (Zacharová, 2010). Benefitem může být rodič v případě, že je schopen poukázat na neobvyklý lék. Brabcová, Bártlová, Tóthová a Prokešová (2014) zjistily, že 38 % pacientů si kontroluje správnost podávaných léků a stejné procento se dá předpokládat i u kontrol léků rodiči.

Tabulka 2 sumarizuje detekovaná rizika a možnosti jejich prevence. Je zřejmé, že stejné typy preventivních opatření jsou aplikovatelné na různá rizika. Nejčastější obecná preventivní opatření jsou hlášení NU, edukace či kvalitní adaptační proces.

Tab. 4 Přehled zjištěných rizik a možných preventivních opatření při podávání léčiv dětem

Riziko	Prevence na konkrétní rizika	Prevence pro všechna rizika
Fyziologicky odlišný metabolismus dětí – riziko předávkování a dehydratace	• znalost specifik odlišné fyziologie dětí	• kvalitní adaptační proces
Riziko aspirace, nespolknutí léku	• použití vhodné lékové formy • správná poloha dítěte • spolupráce s rodiči • kvalitně zpracovaná ošetřovatelská anamnéza	• edukace
Preskripce off-label medikací	• zapojení klinického farmaceuta	
Chybné nebo nekompletní ordinace lékařů	• zapojení klinického farmaceuta	
Chybné výpočty dávek léků u sester	• kontrola výpočtu dávky léků – vzorec • opětovná kontrola hmotnosti dítěte	• kontinuální vzdělávání
Chyby v podávání léků u sester, lidský faktor při vzniku pochybení	• riziková léčiva – kontrola dvěma sestrami • maximální soustředění během přípravy a podávání léků • eliminace stresu	• hlášení NU • kultura bezpečí
Neefektivní spolupráce s rodiči	• sestra vždy přítomna u podávání léků	
Rizika při komunikaci mezi členy zdravotnického týmu	• plnění akreditačních standardů • standard pro ústní a telefonickou ordinaci	• standardizace výkonů
Zkreslená identifikace rizikové situace – děti, rodiče	• sestra vždy přítomna u podávání léků	• audity

Závěr

Přehledová studie se zabývala specifiky a riziky podávání léků v pediatrii. Specifika při podávání léků dětem jsou závislá na věku pacienta. Děti do 5 let mají fyziologicky odlišný metabolismus. Některé léky se mohou metabolizovat rychleji anebo nedostatečně eliminovat. Z tohoto hlediska rychleji vznikne například předávkování. Na věku dítěte také závisí forma léku.

Z výsledků studií je zřejmé, že nežádoucí události v podobě špatně podaného léku jsou na pediatrických odděleních častější než na odděleních pro dospělé. Nejčastěji uváděná pochybení byla způsobena neznalostí prováděného výkonu, nečitelnými ordinacemi nebo špatným označením léku. Avšak výzkumy nebo statistiky, které by dlouhodobě mapovaly četnosti pochybení, jsou ojedinělé.

Boj proti lékovým pochybením je závislý na osobní zodpovědnosti každého jednotlivce i na týmové spolupráci. Vzhledem k počtu odborníků v týmu je nutné nastavit kvalitní procesy, aby se eliminovaly systémové chyby, a trvale budovat kulturu bezpečí na pracovišti. Nedílnou součástí kvalitnější péče je zavedený smysluplný systém hlášení nežádoucích událostí. Další preventivní opatření spočívají ve funkčním systému vzdělávání a edukační činnosti.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Autorky si nejsou vědomy žádného konfliktu zájmu.

Projekt byl podpořen grantem SGS Univerzity Pardubice č. SGSFZS_2014001 s názvem Kvalita péče ve zdravotnických zařízeních 2014 pod vedením Ing. Jany Holé, Ph.D.

Bibliografické odkazy

ALEXANDER, Mary a Ann CORRIGAN. *Infusion nursing: an evidence-based approach*. 3rd ed. St. Louis, Mo.: Saunders/Elsevier, 2010, s. 607. ISBN 14-160-6410-9.

ALSULAMI, Zayed, Imti CHOONARA a Sharon CONROY. Paediatric nurses' adherence to the double-checking process during medication administration in a children's hospital: an observational study. *Journal of Advanced Nursing*. 2014, vol. 70, issue 6, s. 1404-1413. DOI: 10.1111/jan.12303. Dostupné z: http://doi.wiley.com/10.1111/jan.12303

ARMITAGE, Gerry; KNAPMAN, Helen. Adverse events in drug administration: a literature review. *Journal of nursing management*, 2003, 11.2: 130-140. ISSN: 1365-2834.

BORWDEN, Vicky a Cindy GREENBERG. *Pediatric nursing procedure*. 2nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins, 2008. ISBN 13:978-0-7817-6682-1.

BRABCOVÁ, Iva, Sylva BÁRTLOVÁ, Valérie TÓTHOVÁ a Radka PROKEŠOVÁ. The possibility of patient involvement in prevention of medication error. *Kontakt*. 2014, vol. 16, issue 2, 65-70. DOI: 10.1016/j.kontakt.2014.05.003.
Dostupné z: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1212411714000221

Česko. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky ze dne 12. srpna 2009 Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky. 2009, částka 9, s. 40-42. Dostupný z: http://www.mzcr.cz/dokumenty

Česko. Novela zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu provedená zákonem č. 260/2001 Sb. O zdravotnické dokumentaci. In Sbírka zákonů České republiky. 2004, částka 30, s. 1410-1479. Dostupný z www: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu

Česko. Vyhláška č. 102 ze dne 22. března 2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. In Sbírka zákonů České republiky. 2012, částka 39, s. 1737-1745. Dostupný z: http://www.hodnoceninemocnic.cz/files/Vyhlaska_o_hodnoceni_kvality_a_bezpeci_luzkove_zdravotni_pece.pdf

Česko. Vyhláška č. 55 ze dne 14. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In Sbírka zákonů České republiky. 2011, částka 20. Dostupný z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu

GHALEB, Maisoon Abdullah, et al. The incidence and nature of prescribing and medication administration errors in pediatrics inpatients. *Archives of disease in childhood*, 2010 s. 1-20, ISSN: 1468-2052.

GILL, Fenella, et al. An exploration of pediatric nurses' compliance with a medication checking and administration protocol. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 2012, vol. 17, issue 2, s. 136-146. DOI: 10.1111/j.1744-6155.2012.00331.x. Dostupné z: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1744-6155.2012.00331.x

HLADÍK, Michal. *Dětské lékařství: pro studenty ošetřovatelství.* 1. vyd. Opava: Slezská univerzita, 2008, 222 s. ISBN 978-807-2484-720.

JIRKOVSKÝ, Daniel a kol. *Ošetřovatelské postupy a intervence: Učebnice pro bakalářské a magisterské studium.* Praha: Typos, 2012, s. 411. ISBN: 978-87347-13-3.

LANGEROVÁ, Petra, Jiří VRTAL a Jana FÜRSTOVÁ. Výskyt off-label a unlicensed preskripce u dětí. *Klinická farmakologie a farmacie* [online]. 2012, č. 4, s. 161–165 [cit. 2015-02-04]. ISBN 1803-5353. Dostupné z: http://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2012/04/02.pdf

LANGEROVÁ, Petra, Jiřina ZAPLETALOVÁ a Karel URBÁNEK. Nežádoucí účinky léků specifické pro dětský věk. *Klinická farmakologie a farmacie* [online]. 2011, č. 3, s. 137-141 cit. [2015-02-04]. ISBN 1803-5353. Dostupné z: http://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2011/03/08.pdf

LIN, Fang-Yi, et al. The learning experiences of student nurses in pediatric medication management: A qualitative study. *Nurse education today*, s. 744-748, 2014, DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.08.004.

LEBL, Jan a kol. *Klinická pediatrie.* 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 698 s. ISBN 978-807-2627-721.

LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství.* 1. vyd. Praha: Grada, 2004, s. 951, ISBN 80-247-0668-7.

MANIAS, Elizabeth, et al. Medication errors in hospitalised children. *Journal of paediatrics and child health*, 2014, 50.1: 71-77. DOI: 10.1111/jpc.12412

MARX, David a František VLČEK. *Akreditační standarty pro nemocnice.* 3. vyd. Praha: TIGIS, spol. s r. o., 2013, s. 168. ISBN 978-80-87323-04-05.

MATLOW, Ag; et al. Adverse events among children in Canadian hospitals: the Canadian Paediatric Adverse Events Study. CMAJ: *Canadian Medical Association Journal.* Canada, č. 13, s. 709-718, 2012. ISSN: 1488-2329. DOI:10.1503 /cmaj.112153

MILCH, Catherine E., et al. Voluntary electronic reporting of medical errors and adverse events. *Journal of General Internal Medicine*, 2006, 21.2: 165-170. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00322.x

Reducing mistakes in drug administration to children. *Nursing Standard* [online]. 2005, vol. 19, issue 41, s. 18-18 [cit. 2015-01-22]. ISSN: 0029-6570.

SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii.* 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 248 s. ISBN 978-802-4716-138.

ŠKRLA, Petr. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetřovatelské péči.* 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005, 162 s. ISBN 80-7013-419-4.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních.* 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

VYCHYTIL, Pavel a Zdeněk HŘIB. *Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb: analýza shromážděných dat a vytvoření doporučení pro správnou praxi* [online]. Praha, 2009 [cit. 2014-04-28].

WORKMAN, Barbara a Clare BENNETT. *Klíčové dovednosti sester.* Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2006, 259 s. ISBN 80-247-1714-x.

ZACHAROVÁ, Zdeňka. Práva dětského pacienta v ošetřovatelské péči. *Pediatrie pro praxi* [online]. 2010. č. 5, s. 334-335. cit. [2015-02-04]. ISSN: 1803-5264.
Dostupné z: http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2010/05/13.pdf

Mgr. Eva Sedláčková
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
e-mail: eva.sedlackova@upce.cz

Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
e-mail: eva.hlavackova@upce.cz

Model kulturních kompetencí dle Purnella

Škorničková Z.[1]; Peřinová, K.[1]; Pospíchal J.[1]; Blanař, V.[1]

[1]Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Abstrakt

Úvod: Ve zdravotnických zařízeních se stále častěji při poskytování ošetřovatelské péče setkáváme s příslušníky z jiného kulturního prostředí. Je nezbytné, aby poskytovatelé péče znali fakta týkající se dané kultury.

Cíl: Cílem práce bylo vyhledat a shrnout publikace, které podávají informace o Modelu kulturních kompetencí dle Larryho Purnella. Primární pozornost byla věnována českým publikacím, následně uvádíme i zdroje zahraniční. Hledali jsme publikace teoretické i výzkumné, které byly v souvislosti s využitím Modelu kulturních kompetencí provedeny.

Metoda: K vyhledávání relevantních publikací a dat byly využity elektronické databáze Scopus, Medline, Cinahl a z českých databází byla použita Bibliographia Medica Čechoslovaca. Klíčová slova byla zadávána v českém jazyce u české databáze: transkulturní péče, Purnell a v anglickém jazyce pro zahraniční databáze: transcultural care, Purnell. Bylo využito booleovského operátora AND.

Výsledky: S pojmy transkulturní péče je spojeno velké množství publikací v elektronických databázích. Pokud se zaměříme na zdroje věnující se konkrétně Modelu kulturních kompetencí Larryho Purnella, jsou převážně zahraniční. Nebyl nalezen žádný český zdroj, ve kterém by bylo prováděno výzkumné šetření ve zdravotnických zařízeních dle tohoto modelu.

Závěr: Existuje několik ošetřovatelských modelů, ze kterých se dá vycházet při plánování a realizaci péče o příslušníky jiné kultury, například dle Leiningerové (Leininger, 2006), Papadopoulos, Tilki and Taylor (Papadopoulos, Tilki and Taylor, 1998). My jsme se zaměřili na Model kulturních kompetencí Purnella, jelikož je možné ho použít ve všech oblastech zdravotnictví, je vhodný pro lidi z různých kulturních prostředí a zachycuje oblasti postihující celou holistickou bytost člověka.

Klíčová slova: model kulturních kompetencí, Purnell, transkulturní péče

Abstract

Introduction: The providers of healthy care meet with patients from different cultural background most often than earlier. It is necesarry to be prepared for this care and to know theoretical facts about their culture.

Aim: The aim was to find and summarize publications that provide information about the model of cultural competence according to Larry Purnell. Primary attention was devoted to Czech publications, then we also include foreign sources. We searched for publications theoretical and research that have been in connection with use of cultural competencies performed.

Methods: For searching of relevant publications and dates were used electronic database Scopus, Medline, CINAHL and Czech databases were used Bibliographia Medica Čechoslovaca. Keywords were entered in the Czech language at the Czech database: transcul-

tural care, Purnell and in English for foreign database: transcultural care, Purnell. We used the boolean operator AND.

Results: In terms of transcultural care is associated a large number of publications in electronic databases. If we focus on the resources dedicated to a specific model of cultural competence Larry Purnell, are mostly foreign. There was no Czech source in which it was carried out a research in health facilities according to this model.

Conclusion: There are several nursing models, which can be a base of planning and implementation of nursing care for members from other cultures, such as, for example Leininger (Leininger, 2006), Papadopoulos, Tilki and Taylor (Papadopoulos, Tilki and Taylor, 1998). We focused on a Model for cultural competence by Purnell, because it can be used in all areas of health care, it is suitable for people from different cultural backgrounds and captures the whole area affecting the holistic human being.

Key words: Model for Cultural Competence, Purnell, transcultural care

Úvod

Dne 1. 1. 2000 vstoupil v platnost Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky (ČR), který zpřísnil vstupní a pobytový režim většiny cizinců v České republice. Některá ustanovení tohoto zákona byla zmírněna až novelou platnou od 1. července 2001, která měla za následek opětovný mírný nárůst počtu usazených cizinců. Se vstupem České republiky do Evropské unie (EU), v roce 2004, došlo k rozšíření kategorií pobytu. Kromě pobytů trvalých a víz nad 90 dnů jsou rozlišovány také pobyty dlouhodobé a pobyty přechodné pro občany EU a jejich rodinné příslušníky.

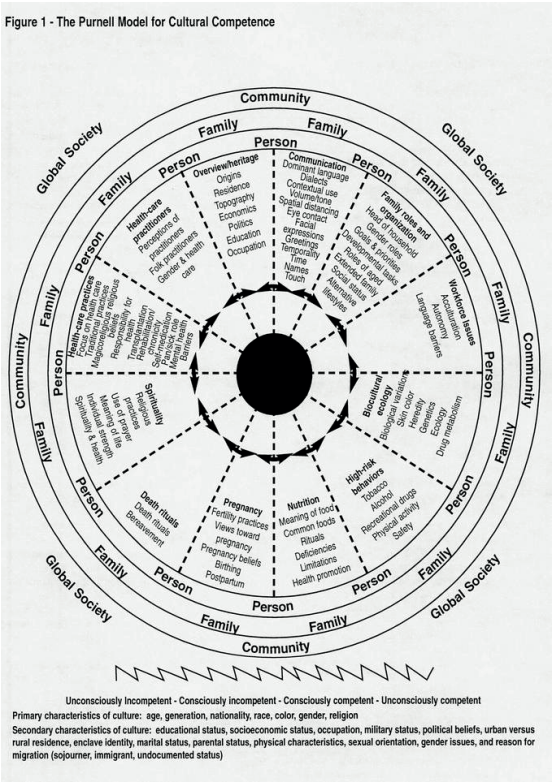
K 31. 12. 2013 bylo na území ČR 441 536 cizinců, to je o 3 323 více než k 31. 12. 2012 (Český statistický úřad, 2014).

S touto situací souvisí také to, že i česká zdravotnická zařízení jsou stále více navštěvována pacienty z jiného kulturního prostředí. V roce 2013 čerpalo zdravotní péči 4695 cizinců. Sestry, porodní asistentky a další nelékařský zdravotnický personál, by měl umět poskytovat péči kulturně diferencovanou, kulturně kompetentní a kulturně citlivou. Kulturně kompetentní péče znamená mít určité základní znalosti týkající se zdravotních tradic různých kulturních skupin. Zabezpečení kulturně diferencované péče si žádá, aby její poskytovatelé měli hlubší znalosti o těch minoritních skupinách, které v daném státě a/nebo regionu reprezentují spoluobčany s výrazně odlišným kulturně-historickým původem (Tóthová, et al., 2010).

Existují ošetřovatelské modely, které se věnují problematice multikulturního/transkulturního ošetřovatelství a které usnadňují plánovat a realizovat péči o pacienty z různého kulturního prostředí. Mezi ně patří například i **Purnellův model** (Obr. 1), na který jsme se v práci zaměřili. Purnellův model je kruh, který má čtyři vnitřní kružnice. Vnější reprezentuje globální společnost, 2. vnější komunitu, 3. rodinu, vnitřní jedince. Vnitřní kruh je rozdělen do dvanácti výřezů, domén. Tyto domény také tvoří organizační rámec modelu. Každá jednotlivá doména obsahuje koncepty, které je nutné brát v úvahu při posuzování pacientů. Domény jsou: **Přehled a dědictví**, které obsahuje položky například země původu, bydliště, ekonomická situace, důvod pro migraci. **Komunikace** zahrnuje dominantní jazyk, sílu hlasu, intonaci, neverbální komunikaci. **Rodina** zahrnuje roli a organizaci rodiny,

vývojové úkoly dětí, adolescentů, seniorů, manželství. Doména **Zaměstnanost** obsahuje položky gender, autonomie, akulturace. **Biokulturní ekologie** zahrnuje fyzické a biologické variace, genetické rozdíly, endemické a topografické nemoci. Doména **Vysoce rizikové chování** zahrnuje oblasti kouření, pití alkoholu, nedostatek pohybu, používání ochranných pomůcek. **Výživa** zahrnuje význam jídla a rituály s ním spojené, nutriční deficity, užívání jídla k podpoře zdraví a prevenci chorob. Další doménou je doména **Těhotenství a praktiky porodu**, která zahrnuje kulturně sankciované a přijatelné způsoby početí, pohledy na těhotenství, omezující a tabu praktiky v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Doména **Rituály a smrt** se zabývá tím, jak jedinec a společnost nahlíží na smrt, eutanázii, rituály přípravy na smrt, pohřební zvyky. V doméně **Spiritualita** se zabývá formálním náboženstvím, vírou, modlitbami. Doména **Zdravotnické praktiky** obsahuje zaměření na péči, tradiční, magické, náboženské a biomedicínské praktiky, individuální zodpovědnost za zdraví, samoléčbu, přijetí krve a krevních derivátů, darování orgánů a transplantaci. Dvanáctá doména Poskytovatelé zdravotnické péče se zabývá statusem, používáním a vnímáním tradiční, magicko-náboženské a biomedicínské péče, role pohlaví u poskytovatelů zdravotnické péče (Purnell, 2013).

Obr. 1 Model kulturních kompetencí (Purnell, 2013)



Cíl

Cílem práce bylo vyhledat a shrnout publikace, které podávají informace o Modelu kulturních kompetencí dle Larryho Purnella. Primární pozornost byla věnována českým publikacím, následně uvádíme i zdroje zahraniční. Hledali jsme publikace teoretické i výzkumné, které byly v souvislosti s využitím Modelu kulturních kompetencí provedeny.

Metodika

Vyhledávání literárních zdrojů, vztahující se k dané problematice, proběhlo od ledna do března roku 2015. Snaha byla najít co nejvíce relevantních českých a zahraničních zdrojů, které se zabývají Modelem kulturních kompetencí jak v teoretické rovině, tak výzkumné. Elektronické databáze, ve kterých byly informace získávány, jsou Bibliographia Medica Čechoslovaca, Medline, Cinahl a Scopus. Do vyhledávačů jednotlivých databází byla zadávána klíčová slova: kulturní kompetence, Purnell, transkulturní péče. Klíčová slova v anglickém jazyce byla: Cultural Competence, Purnell, transcultural care. Při zadání pouze výrazu kulturní kompetence, respektive cultural competence, bylo nalezeno více než 1000 publikací. Vzhledem k velké šíři tématu transkulturní péče bylo potřeba vyhledávání omezit a bylo nutné stanovit omezující kritéria. Mezi námi stanovená kritéria patří plný textu článku a jazyk textu český nebo anglický. Dále bylo využito booleovského operátora AND, který byl využit ve spojitosti s výrazem Purnell. Model kulturních kompetencí vznikl v roce 1995, což je hranice, od které byly zdroje vyhledávány.

U teoretických publikací uvádíme název publikace a její autory a typ. U výzkumných navíc to, v jaké oblasti byl Model Purnella využit.

Bibliographia Medica Čechoslovaca

Při zadání klíčových slov byly nalezeny 4 články. Články byly analyzovány a námi zadaným kritériím odpovídal pouze 1 článek. Ostatní publikace nebyly vyhovující obsahem, Purnell bylo jméno autora totožné s naším klíčovým slovem, ale jednalo se o shodu jmen.

- Model pre kultúrne kompetencie (Purnell a Paulanka) (Uríčková, 2012).

Článek je v českém časopise psaný slovenským jazykem, odpovídá zadaným klíčovým slovům a z tohoto důvodu jsme ho použili.

Medline

Při zadání klíčových slov v databázi Medline bylo nalezeno 30 publikací. Po vyloučení publikací, které neodpovídají našim kritériím, se daly využít 3 články. Ostatní publikace nebyly využity z důvodu neodpovídající tématiky. Jména autorů nepoužitých článků byla ve shodě s naším klíčovým slovem Purnell. Další vyloučené publikace se zabývaly transkulturní péčí, ale ne ve spojitosti s Modelem kulturních kompetencí.

- Developing local public health capacity in cultural competency: a case study with Haitians in a rural community (Phelps et al., 2004).
- Key concepts relevant to quality of complex and shared decision-making in health care: A literature review (Sydney et al., 2012).
- Traditional Vietnamese health and healing (Purnell, 2008).

Scopus
V databázi Scopus byly dle klíčových slov nalezeny a použity 3 články.

- Cultural and spiritual considerations in palliative care (Long, 2011).
- The Purnell Model for Cultural Competence (Purnell, 2002).
- A description of the Purnell model for cultural competence (Purnell, 2000).

Cinahl
V databázi Cinahl bylo dle zadaných klíčových slov a kritérií nalezeno 6 článků. 4 byly duplicitní s publikacemi vyhledanými databází Medline a konečný počet použitých článků jsou 2:

- The Purnell Model for cultural competence (Purnell, 2005).
- Integrating cultural competence and core values: an international service-learning model (Hayward et al., 2012).

Výsledky
V této části jsou v tabulce Publikace (Tab. 2) rozebrány a analyzovány jednotlivé publikace.

Diskuze
V prohledaných databázích nebyly nalezeny publikace, které by informovaly o využití Modelu kulturních kompetencí Larryho Purnella při poskytování péče klientům ve zdravotnických zařízeních v České republice. V rámci širší studie probíhá vytvoření české verze a následná standardizace tohoto modelu. Na jeho základě se vytvoří ošetřovatelská dokumentace pro využití v českých zdravotnických zařízeních, jako systematický prostředek pro sběr údajů, plánování a realizaci ošetřovatelské péče o klienty z různého kulturního prostředí.

Závěr
Model kulturních kompetencí je využitelný u všech poskytovatelů zdravotnické péče a je vhodný pro pacienty z odlišných kulturních prostředí a zachycuje oblasti postihující celou holistickou bytost člověka. Na základě prohledaných databází bylo zjištěno, že publikace, věnující se transkulturnímu ošetřovatelství a užití Modelu Purnella, jsou převážně zahraniční.

Tabulka 2 Hodnocené publikace (Škorničková et al., 2015)

Název článku, autoři, zdroj	publikace	Obsah článku	Komentář
A description of the Purnell model for cultural competence. Purnell, L. Journal of Transcultural Nursing. 2000, 11 (1): 40-46.	Teoretická	Tento článek popisuje vývoj modelu, poskytuje popis modelu, uvádí hlavní předpoklady, na nichž je model založený, dále popisuje použití v praxi. Tento model lze použít ve všech zdravotnických disciplinách. Obsahem je i stručné hodnocení modelu. Významné kulturní oblasti, které chybí v jiných transkulturních a cross-kulturních modelech, se nacházejí v Purnellově modelu. Jsou to biokulturní ekologie a problémy v pracovní sféře.	Publikace je vhodná pro vhled do problematiky a pochopení významu a užití Purnellova modelu. Je zde detailní popis jednotlivých domén a jejich specifikace. Zabývá se kulturní komptenecemi, kulturně specifickou péčí, pojmem kultura.
The Purnell Model for Cultural Competence. Purnell, L. Journal of Transcultural Nursing. 2002, 13 (3): 193-196.	Teoretická	Tato publikace poskytuje přehled o Modelu kulturních kompetencí a předpoklady, na kterých je založen. Podrobně popisuje jednotlivých 12 domén, které tvoří rámec Modelu. Model kulturních kompetencí může být využit ve všech oblastech poskytování zdravotnické péče a u příslušníků všech kultur.	Publikace je vhodná pro vhled do problematiky a pochopení významu a užití Purnellova modelu. Je zde detailní popis jednotlivých domén a jejich specifikace
Developing local public health capacity in cultural competency: a case study with Haitians in a rural community. Phelps et al. Journal of Community Health Nursing. 2004, 21 (4): 203-15.	Výzkumná	Publikace popisuje nutnost reagovat na kulturní složení obyvatel v USA. V nemocnici v Delaware byl vytvořen internetový "návod" dle Purnellova Modelu, jak poskytovat kulturně citlivou péči zvyšující se populaci imigrantů z Haiti.	Prohledání databází a zjištění informací o obyvatelích Haiti. Provedení polostrukturovaných rozhovorů s obyteli z Haiti pro ověření informací. Informace byly zaměřeny na zdravotní péči. Následně byly informace utříděny dle Purnellova modelu a výsledky byly dány na webové stránky z důvodu přístupnosti široké veřejnosti.
The Purnell Model for cultural competence, Purnell, L. Journal of Multicultural Nursing & Health. 2005, 11(2): 7-15.	Teoretická	Vysvětlení pojmu kulturní kompetence, popis Modelu kulturních kompetencí, metaparadigma modelu, východiska.	Publikace je vhodná pro vhled do problematiky a pochopení významu a užití Purnellova modelu
Traditional Vietnamese health and healing. Purnell, L. Urologic Nursing. 2008, 28 (1): 63-7.	Teoretická	Publikace popisuje vietnamské příslušníky žijící v USA. Důležitým aspektem je to, aby si poskytovatelé zdravotní péče uvědomili, že tato populace se výrazně liší od jiných kultur v závislosti na pohlaví, náboženství, generaci, důvodu pro migraci, úrovní vzdělání a jazykovými preferencemi. Článek se věnuje verbální a neverbální komunikaci mezi Vietnamci, náboženství a praktikám pro udržení zdraví.	Publikace popisuje kulturní zvyky, tradice, způsoby verbální a neverbální komunikace Vietnamců, zdravotní praktiky, rituály. Jde o poměrně podrobný přehled, velice využitelný pi poskytování péče Vietnamským klientům.
Cultural and spiritual considerations in palliative care. Long, C. O. Journal of Pediatric Hematology/Oncology. 2011, 33 (2): S96-S101.	Teoretická	Publikace pojednává o důležitosti nahlížet na spiritualitu v integraci s kulturou. Kultura a duchovnost jsou často nepochopeny a nemusejí se zdát důležité ve zdravotnickém prostředí. V této publikaci je spiritualita a kultura posuzována dle Modelu kulturních kompetencí dle Purnella. Publikace dále pojednává o významu uznání a začlenění postupů, které podporují kulturu a spiritualitu ve zdravotnickém prostředí zejména se zaměřením u pacientů onkologicky nemocných.	Význam spočívá ve využitelnosti modelu ve všech oblastech poskytování péče, i péče paliativní. Do jisté míry doporučení, jak vhodně kulturně doprovázet klietny v tomto období života.
Model pre kultúrne kompetencie (Purnell a Paulanka). Uríčková, A. Diagnóza v ošetřovatelství. 2012, 8 (6): 3-5.	Teoretická	Článek popisuje Purnellův model, 12 domén ze kterých je tvořen a věnuje se obsahům jednotlivých domén.	Publikace je vhodná pro vhled do problematiky a pochopení významu a užití Purnellova modelu. Zabývá se jednotlivými doménami a jejich obsahem, jsou zde uvedené konkrétní oblasti, které domény zahrnují.
Key concepts relevant to quality of complex and shared decision-making in health care: A literature review. Sydney et al. Social Science & Medicine. 2012, 74 (4): 582–587.	Teoretická	Přehledový článek zaměřený na poskytování vysoce kvalitní péče, rozhodování a pacienta. Je zde provedena analýza klíčových prvků ovlivňujících kvalitu péče. Metodika byla prohledávání elektronických databází. Za nejdůležitější prvky, ovlivňující kvalitu péče, byly identifikovány komunikace, kompetence, poskytovatelé péče, důvěryhodnost a kulturní kompetence; komunikace s pacienty a jejich rodinami a poskytování kvalitních informací.	Práce je přehledová studie, která zobrazuje klíčová slova v souvislosti s kulturními kompetencemi, rozhodováním, důvěryhodností v souvislosti s péčí o klienty. Význam spočívá v souhrnu jednotlivých oblastí a jejich užití při poskytování holistické péče.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Z hlediska případného konfliktu zájmu jsme neshledaly žádné okolnosti, které by základní principy publikování ohrožovaly.

Bibliografické odkazy

Český statistický úřad [online]. 2014. [cit. 2015-03-09]. Dostupný z: <http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/datove_udaje/ciz_zdravotni_pece#cr>.

LEININGER, M., ET AL. *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. Jones and Bartlett Publishers, 2006. ISBN 978-0-7637-3437-4.

LONG, C. O. Cultural and spiritual considerations in palliative care. In *Journal of Pediatric Hematology/Oncology.* [online]. 2011, 33(2). [cit. 2015-02-20]. Dostupný z: <http://journals.lww.com/jphoonline/Abstract/2011/10001/Cultural_and_Spiritual_Considerations_in.5.aspx>.

PAPADOPOULOS I.; TILKI, M.; TAYLOR, G. *Transcultural care. A guide for health care professionals.* Quay Publications, 1998. ISBN 1-85642-0515.

PHELPS, ET AL. Developing local public health capacity in cultural competency: a case study with Haitians in a rural community. In *Journal of Community Health Nursing* [online]. 2004, 21(4): 203-15. [cit. 2015-02-20]. Dostupný z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=23&sid=1f0830ef-6f93-42fc-a08b>.

PURNELL, L. A description of the Purnell model for cultural competence. In *Journal of transcultural nursing*. [online]. 2000, 11(1). [cit. 2015-02-20]. Dostupný z: <http://tcn.sagepub.com/content/11/1/40.short>.

PURNELL, L. The Purnell Model for Cultural Competence. In *Journal of Transcultural Nursing* [online]. 2002,13(3). [cit. 2015-03-09]. Dostupný z:<http://www.europeantransculturalnurses.eu/resources/The%20Purnell%20Model%20for%20Cultural%20Competence[1].pdf>.

PURNELL, L. The Purnell Model for Cultural Competence. In *The Journal of multicultural nursing and health* [online]. 2005, 11(2). [cit. 2015-03-06]. Dostupný z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ebc10bf6-bb4c-4969-8774-e26b285fb0b5%40sessionmgr4003&vid=6&hid=4109>.

PURNELL, L. *Transcultural Health Care. A culturally Competent Approach*. 4.th edition. F. A. Davis, 2013. ISBN 978-0-8036-3705-4.

PURNELL, L. Traditional Vietnamese health and healing. In *Urologic Nursing* [online]. 2008, 28(1). [cit. 2015-03-03]. Dostupný z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=1f0830ef-6f93-42fc-a08b->.

SYDNEY, ET AL. Key concepts relevant to quality of complex and shared decision-making in health care: A literature review. In *Social Science & Medicine* [online]. 2012, 74(4), [cit. 2015-02-20]. Dostupný z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953611007398>.

TÓTHOVÁ, V. a kol. *Zabezpečení efektivní ošetřovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-414-8.

URÍČKOVÁ, A. Model pre kultúrne kompetencie. *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2012, 8(6):3-5. ISSN: 1801-1349.

Mgr. Zuzana Škorničková
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
e-mail: zuzana.skornickova@upce.cz

Mgr. Kateřina Peřinová
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
e-mail: katerina.perinova@upce.cz

Mgr. Jan Pospíchal
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
e-mail: jan.pospichal@upce.cz

Mgr. Vít Blanař
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
e-mail: vit.blanar@upce.cz

Vliv předsterilizační přípravy a sterilizace na kvalitu chirurgických nástrojů

Taliánová, M.[1]; Klikar, M.[2]; Kašparová, I.[1]; Nováková, K.[1]

[1]Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
[2]Medin, Nové město na Moravě

Abstrakt

Úvod: Příspěvek popisuje problematiku péče o chirurgické nástroje používané na operačním sále a jejího vlivu na kvalitu chirurgických nástrojů.

Cíl: Hlavním cílem šetření bylo zjistit, jak probíhá předsterilizační příprava u 11 testovaných nástrojů, za jakých podmínek byly chirurgické nástroje skladovány a zda došlo ke změnám na testovaných nástrojích (technická kontrola parametrů včetně laserových popisků).

Metoda: Pro zápis dat byl vytvořen záznamový list, do kterého se zaznamenává způsob mytí, koncentrace pracovního roztoku, teplota a doba mytí, provedení funkční kontroly, ošetření nástroje, způsob balení do sterilizačního obalu, program sterilizace včetně jejich parametrů a skladování. Nástroje byly rozděleny do tří sad (do vaginálního síta, abdominálního síta a síta pro laparoskopii). První testování proběhlo po 5 měsících od zařazení nových nástrojů do provozu. Na jednom z našich pracovišť byla provedena technická kontrola. Data byla vyhodnocována deskriptivní statistikou a znázorněna v tabulkách programu MS Excell 2010.

Výsledky: Po 5 měsících bylo zjištěno, že nástroje byly ošetřovány adekvátně dle pokynu výrobce. 2D kódy na laserových popiscích se neodmývaly. U 10 nástrojů byly provedeny drobné úpravy - nabroušení, promazání či drobná povrchová úprava.

Závěr: Zdravotnické zařízení dodržovalo doporučení výrobce, po 5 měsících v provozu byly nástroje v pořádku. Provedeny byly pouze drobné úpravy na 10 testovaných nástrojích. Pro praxi z toho plyne, že nástroje by měly být poprvé servisovány přibližně po 50 sterilizačních cyklech, doporučené promazání kloubových nástrojů či nástrojů se zámky alespoň 1 x týdně.

Klíčová slova: 2D kód, chirugické nástroje, předsterilizační příprava, technická kontrola

Abstract

Introduction: This paper describes the care of surgical instruments used in the operating room and its impact on the quality of surgical instruments.

Aim: The main objective was to discover the proces of sterilization preparation at 11 tested tools what were the parameters of sterilization, the conditions under which surgical instruments were stored and whether any changes were made to tested tools (technical control parameters including laser labels).

Methods: For recording data was created sheet in which was recorded a method of washing, concentration of working solution, temperature and time of washing, performing functional checks of treatment instruments, packaging in a sterilization container sterilization program including their parameters and storage. Tools were divided into three sets (in

vaginal sieve, abdominal sieve and sieve for laparoskopy). The first test took place after 5 months from the inclusion of new tools in operation. At one of our workplaces has been a technical inspection. Data were evaluated by descriptive statistics presented in the tables MS Excell 2010.

Results: After 5 months, it was found that the instruments had been treated appropriately according to the manufacturer's instructions. 2D codes were wash resistant. Ten instruments were needed for sharpening and lubrication or minor surface treatment.

Conclusion: Departments has been trying to follow the manufacturer's recommendations, after 5 months and 50 sterilization cycles are tools in order. There were made only minor adjustments to 10 tested instruments. In practice, it follows that the instrument should be serviced for the first time after about 50 sterilization cycles with recommended lubrication for tools with joints and locks at least 1 x weekly.

Key Words: 2D code, process of sterilization preparation, surgical instruments, technical inspection

Úvod

Bez sterilních zdravotnických prostředků (ZP) si dnes nedovedeme péči o pacienty ve zdravotnických zařízeních představit, protože chirurgické obory a obory provádějící invazivní výkony by bez nich nemohly kvalitně fungovat. Předsterilizační příprava (PP) je nedílnou součástí sterilizačního procesu, neboť jejím hlavním cílem je získat čistý, suchý a zabalený ZP určený ke sterilizaci (Melicherčíková, 2015, s. 59). PP je ve zdravotnictví obvykle prováděna na centrálních či přísálových sterilizacích, v menší míře pak na odděleních či v ambulantních provozech. V dnešní době jsou ZP včetně chirurgických nástrojů vyráběny z různých materiálů, na což se musí brát zřetel jak v PP, tak i při vlastní sterilizaci. Nevhodně použitý dezinfekční prostředek, postupy čištění či způsob sterilizace by totiž mohly daný chirurgický nástroj nevratně poškodit (kolektiv autorů, 2006, s. 19). Chirurgické nástroje by měly být dekontaminovány bezprostředně po jejich použití s cílem dosáhnout usmrcení mikroorganismů, inaktivace virů, dezaktivace radionuklidů a odstranění organického popřípadě anorganického znečištění. (Šrámová, 2013, s. 210-211). Zároveň se jedná o preventivní opatření, jehož úkolem je zabránit vzniku anaerobní koroze.

Hammer (2010, s. 14) uvádí, že PP bývá hlavním viníkem poškození chirurgických nástrojů. Nejčastěji používaným materiálem na výrobu chirurgických nástrojů jsou nerezové oceli. Můžeme se ale setkat i s nástroji vyráběnými ze slitin titanu, hliníku, či různých plastů.

Martenzitické nerezové kalitelné oceli jsou standardně používány na výrobu řezných, střižných a úchopných chirurgických nástrojů např. skalpelů, nožů, nůžek, kleští, jehelců, pilníků, dlát, některé typy pinzet. Tyto materiály mají vyšší obsah chromu cca 13 % a 0,5 % uhlíku, díky němu nástroje dosahují vhodným tepelným zpracováním (kalením a popouštěním) požadovaných tvrdostí. Výhodou tohoto materiálu je jeho výsledná tvrdost od 44 HRc až 58 HRc (tvrdost dle Rockwella určená diamantovým kuželem), mechanické vlastnosti a přijatelná cena. Tyto oceli jsou magnetické. Nevýhodou je vzhledem k obsahu uhlíku nižší odolnost proti korozi, která je závislá na způsobu a kvalitě povrchového zpracování.

Bozemannovy jehelce s označením „SK“ (slinuté karbidy) jsou vyrobeny z martenzitické oceli, kdy při procesu tepelného zpracování dojde k jejich zakalení na 44 – 48 HRc a sou-

časně k připájení tvrdokovových plátku stříbrnou pájkou k funkční koncovce. Tvrdokovové plátky jsou krystaly karbidu wolframu (Tungstenu) dispergované v tavenině cobaltu neboli „slinuté karbidy“. Takto osazené funkční koncovky chirurgických nástrojů vynikají svoji tvrdostí přes 60 HRc a odolností proti otěru a opotřebení, ramena nástrojů jsou následně zlaceny.

Druhou skupinou jsou austenitické nerezové nekalitelné oceli používané při výrobě vyšetřovacích a pomocných chirurgických nástrojů (např. sondy, kanyly, pinzety, lopatky, držadla nástrojů). Tyto materiály mají vyšší obsah chromu cca 13 % a 18 % niklu. Výhodou tohoto materiálu je jeho vysoká odolnost proti korozi, dobrá houževnatost. Tyto oceli jsou nemagnetické. Nevýhodou je nízká tvrdost, vyšší cena.

Testované nástroje, kterými se zabýváme ve výzkumném šetření, byly vyrobeny z martenzitické nerezové kalitelné oceli a austenitické nerezové nekalitelné oceli.

Mezi základní pravidla péče o chirurgické nástroje patří dbát pokynů výrobce nástrojů ohledně předsterilizační přípravy, používat pracovní dezinfekční roztoky mající současný dezinfekční, čisticí a protikorozivní účinek, vyhýbat se pracovním roztokům obsahujících volný chlor či chloridy (Štefkovičová, 2007, s. 59). Pro mytí chirurgických nástrojů z nerez oceli vytvořit prostředí mírně alkalické (pH od 7 do 10,5), v případě nástrojů s koncovkami SK či titanu a se doporučuje použít pH neutrální roztoky. Dle Wendler-Kalsche (1994, s. 114) může být z důvodu prevence bodové koroze dokonce pH i vyšší než 10,5. U nových nástrojů s tenkou pasivační vrstvou je nejen nutná opatrná manipulace, ale i použití šetrných dezinfekčních přípravků k této vrstvě, neboť tyto nástroje mohou citlivě reagovat na kritické podmínky ošetření (kolektiv autorů, 2006, s. 17). Dalším doporučením je nemíchat nástroje z různých materiálů na sítě, neboť je zde riziko vzniku elektrochemické koroze.

Chirurgické nástroje jsou obvykle vyráběny v provedení s matovaným nebo leštěným povrchem. Matovaného povrchu se u chirurgických nástrojů dosahuje ručně pomocí speciálních matovacích kotoučů, popřípadě tryskáním povrchu miniaturními keramickými kuličkami – Balotinou. Leštěného povrchu se dosahuje zpravidla ručním leštěním povrchu plátěným prošívaným kotoučem mazaným leštící pastou. Všechny nástroje jsou finálně umyty v mycí lince v několika lázních, a to z důvodu dosažení potřebné čistoty povrchu.

Vzhledem k tomu, že chirurgické nástroje jsou poměrně nákladnou záležitostí, tak jsme se rozhodli na jednom z našich pracovišť zaměřeného na výrobu chirurgických nástrojů provést šetření, jehož úkolem je zjistit, jak probíhá péče o nástroje na přísálové sterilizaci ve zdravotnickém zařízení a jaký je vliv této péče na testované nástroje.

Z výsledků šetření by měla vzniknout i doporučení pro praxi vztahující se k péči o chirurgické nástroje a případně servisních služeb. V tomto příspěvku se budeme zabývat předběžnými výsledky, které byly získány během prvního testování provedeného po 5 měsících od uvedení chirurgických nástrojů do oběhu.

Cíl

Hlavním cílem šetření bylo zjistit, jak probíhala předsterilizační příprava u vybraných testovaných nástrojů, jaké byly parametry sterilizace, za jakých podmínek byly chirurgické nástroje skladovány a zda došlo k významným změnám na testovaných nástrojích (technická

kontrola parametrů včetně laserových popisků). Dále by měla vzniknout doporučení pro praxi, která by pomohla zajistit delší životnost nástrojů a zlepšit servisní služby

Metodika

Pro zápis dat byl vytvořen záznamový list, do kterého se zaznamenává způsob mytí, koncentrace pracovního roztoku, teplota a doba mytí, provedení funkční kontroly, ošetření nástroje, způsob balení do sterilizačního obalu, program sterilizačního cyklu včetně jejich parametrů a skladování. Na testování se spolupodíleli zdravotničtí pracovníci daného zdravotnického zařízení ve spolupráci se studentkami provádějícími na toto téma diplomovou práci. Veškeré výše zmiňované parametry byly zaznamenávány do záznamového archu, vše bylo také zkontrolováno se zápisy ze sterilizačního deníku a deníku mycího a dezinfekčního zařízení. V části poznámky byly uváděny i postřehy zdravotnických pracovníků, případně nějaké nestandardní situace.

Výběr nástrojů k testování proběhl po dohodě se zdravotnickým zařízením testujícího nástroje a jedním z našich pracovišť, které nástroje dodalo. Hlavním požadavkem bylo, aby se s nástroji skutečně pracovalo nikoliv, aby se pouze myly a sterilizovaly. Z tohoto důvodu byly vybrány nejčastěji používané nástroje ve zdravotnickém zařízení. Byly zde zastoupeny nástroje vyrobené z obou typů ocelí martenzitické nerezové kalitelné včetně jehelců SK, austenitické nerezové nekalitelné a také jeden specifický nástroj využívaný pouze v gynekologické operativě, a to jsou úchopné kleště na cervix pro diagnostickou a operační laparoskopii (kleště Kepák).

První testování proběhlo po 5 měsících od zařazení nových nástrojů do provozu. Na jednom z našich pracovišť byla provedena technická kontrola testovací sady nástrojů. V testovací sadě byly 2 x anatomické pinzety, 1 x chirurgická pinzeta, 2 x zahnuté nůžky, 1 x preparační Mayo nůžky, dále pak 1 x rovné nůžky, 1 x svorka Kelly, 1 x kleště Kepák a 2 jehelce Bozemann. Každý nástroj byl opatřen 2D matrix kódem umožňujícím jednoznačnou identifikaci nástroje. Nástroje byly rozděleny do tří sad. V první sadě byly vloženy kleště Kepák, ve druhé sadě Mayo nůžky rovné a ve třetí sadě pak pinzety, nůžky, jehelce a svorka. Do sad byly nástroje rozděleny dle způsobu jejich použití.

Výsledná data byla vyhodnocována deskriptivní statistikou a znázorněna v tabulkách programu MS Excell 2010.

Výsledky

Chirurgické nástroje v sadě I (vaginální síto - VS) prošly 57 mycími a sterilizačními cykly, nástroje v sadě III (laparoskopické síto - LPSK) 53 cykly a nástroje v sadě II (abdominální síto – AS) 41 mycími a sterilizačními cykly.

Popis předsterilizační přípravy týkající se způsobu mytí chirurgických nástrojů je zobrazen v Tab. 1. U sady I bylo evidováno 57 sterilizačních cyklů. V rámci předsterilizační přípravy bylo v 51 (89,4 %) cyklech provedeno ruční mytí nástrojů a v 6 (10,6 %) cyklech strojové mytí. U sady II bylo evidováno 41 sterilizačních cyklů. V rámci předsterilizační přípravy bylo v 30 (73,2 %) cyklech provedeno ruční mytí a v 11 (26,8 %) cyklech strojové mytí. Sada III prošla 53 sterilizačními cykly a během předsterilizační přípravy bylo využito ve všech 53 (100 %) cyklech ručního čištění chirurgického nástroje.

Jako dekontaminační roztok byl použit 1 % Stabimed, který má pH koncentrátu 10, v případě 2 % roztoku a pH cca 9. Jedná se o přípravek s baktericidní, fungicidní a virucidní účinností, včetně HBV/HIV, HCV, rotavirů a vacciniavirů. Dekontaminační roztok byl připravován vždy čerstvý prostřednictvím směšovače. Expoziční doba u 1 % Stabimedu je 30 minut.

Tab. 1 Způsob mytí chirurgických nástrojů dle typu

Způsob mytí						
Typ sady	**Ruční**		**Strojový**		**Celkem**	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Sada I - VS	51	89,4	6	10,6	57	100
Sada II - AS	30	73,2	11	26,8	41	100
Sada III - LPSK	53	100	0	0	53	100

Legenda: N - absolutní počet, % - relativní počet

Z níže uvedené Tab. 2 jasně vyplývá, že u všech sad byla stejná teplota mytí chirurgických nástrojů 20 °C a stejná doba mytí sady 30 minut, a to jak u ručního, tak i strojového způsobu. Po ručním mytí byly nástroje opláchnuty pitnou vodou a osušeny.

Tab. 2 Teplota a doby mytí chirurgických nástrojů dle typu sady

Teplota a doba mytí				
Typ sady	**20 °C**		**30 minut**	
	N	(%)	N	(%)
Sada I - VS	57	100	57	100
Sada II - AS	41	100	41	100
Sada III - LPSK	53	100	53	100

Legenda: N - absolutní počet, % - relativní počet

Technická funkční kontrola byla prováděna u každé sady a u každého sterilizačního cyklu zodpovědným zdravotnickým pracovníkem na přísálové sterilizaci zdravotnického pracoviště.

Frekvence ošetření chirurgických nástrojů byla u jednotlivých typů sad různá. Zatímco chirurgické nástroje umístěné v sadě I a v sadě II byly ošetřovány zpravidla 1 x 1-2 týdny, tak kleště Kepák v sadě III 1 x 3 týdny.

Tab. 3 znázorňuje použité sterilizační obaly při sterilizačních cyklech. Při sterilizaci v sadě I bylo ve 48 (84,2 %) sterilizačních cyklech použito kontejneru v kombinaci s netkanou textilií (NT) a v 9 (15,8 %) sterilizačních cyklech bylo sterilizováno volně na sítě. V případě volného uložení nástrojů na sítě, se jednalo se o tzv. „flash sterilizaci“, na kterou se vztahuje vyhláška č. 306/2012 Sb. o podmínkách předcházení vzniku a šíření onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických a ústavů sociální péče, ve znění pozdějších předpisů. V případě sady II bylo ve všech 41 (100 %) sterilizačních cyklech použito kontejneru v kombinaci s NT. V sadě III bylo v 51 (96,2 %) sterilizačních cyklech použito kontejneru v kombinaci s NT a ve 2 (3,8 %) sterilizačních cyklech bylo sterilizováno volně na sítě opět z důvodu „flash sterilizačního cyklu“.

Tab. 3 Použité sterilizační obaly u chirurgických nástrojů dle jednotlivých typů sad

Použité sterilizační obaly						
Typ sady	**Kontejner + NT**		**Volně**		**Celkem**	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Sada I - VS	48	84,2	9	15,8	57	100
Sada II - AS	41	100	0	0	41	100
Sada III - LPSK	51	96,2	2	3,8	53	100

Legenda: N - absolutní počet, % - relativní počet

Vlastní proces sterilizace probíhal v autoklávu umístěném na přísalové sterilizaci. Z Tab. 4 je patrné, že nejnižší teploty byly u sterilizace sady III. Jedná o sadu určenou k laparoskopickým výkonům a její součástí jsou i nástroje či pomůcky vyžadující nižší sterilizační teploty. U sad I a II se pohybovala průměrná sterilizační teplota v rozmezí od 134,6 – 134,9 °C.

Tab. 4 Teplota sterilizace (° C) v autoklávu dle typu sady

Typ sady	**Průměr**	**Medián**	**Minimum**	**Maximum**	**Směrodatná odchylka**
Sada I - VS	134,6	135	134	136	1,8
Sada II - AS	134,9	135	126	136	0,53
Sada III - LPSK	123	122	121	135	3,42

Z následující Tab. 5 vyplývá, že průměrná teplota dosažená u sterilizace sady I byla 52 minut, u sady II 54 minut a u sady III pak 48 minut.

Tab. 5 Průměrná doba sterilizačního cyklu (min.)

Typ sady	**Průměr**	**Medián**	**Minimum**	**Maximum**	**Směrodatná odchylka**
Sada I - VS	52	57,5	16	67	18,10
Sada II - AS	54	58	19	64	10,4
Sada III - LPSK	48	55	16	67	10,6

Skladování vysterilizovaného materiálu u všech tří sad bylo v příručním skladě za průměrné teploty 24-25 °C, a to v kontejnerech volně ve skladu. Každý kontejner byl vybaven netkanou textilií. Po provedené „flash sterilizaci“ byl vysterilizovaný materiál okamžitě použit.

Z technické prohlídky provedené na jednom z našich pracovišť vyplývá, že na nástrojích nebyly shledány významné změny způsobené buď nešetrným užíváním či v souvislosti s nevhodně provedenou předsterilizační přípravou. V rámci revize byly na testovacích nástrojích provedené tyto úpravy: 2 x pinzety anatomické a 1 x chirurgická vyžadovaly seřízení a drobnou povrchovou úpravu, 2 x nůžky zahnuté, 1 x Mayo preparační a 1 x rovné vyžadovaly nabroušení a povrchovou úpravu, u svorky Kelly a 2 x jehelcích Bozemann, které vykazovaly na čelistech nepatrné opotřebování, byla provedena také povrchová úprava. Laserové popisky (2D-matrix kódy) se neodmývaly.

Diskuze

Z výsledků šetření vyplývá, že ve zdravotnickém zařízení, kde se testují chirurgické nástroje, byly dodržovány všeobecné zásady související s péčí o nástroje (použitá doporučená koncentrace pH 9 u dekontaminačního roztoku, dodržování expoziční doby 30 minut při dekontaminaci, dodržení předepsaných teplot (121 – 134 °C) při mytí nástrojů, nepřeplňování sít, používání měkkých kartáčů při ručním mytí, oplachování nástrojů pitnou vodou, vkládání NT do sterilizačních kontejnerů, používání optimálních sterilizačních teplot ve vztahu ke sterilizovanému materiálu, správné skladování vysterilizovaného materiálu) v souladu s vyhláškou č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, ve znění pozdějších předpisů a zákonem č. 223/2013 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů. Změny odpovídaly běžnému opotřebení chirurgických nástrojů. Z drobných nedostatků, které lze zmínit, je to že na sítech se objevovaly nástroje od různých výrobců, což třeba nedoporučuje Hammer (2010, s. 15) nicméně známky elektrochemické koroze nebyly shledány.

Správně byly vkládány do kontejnerů netkané textilie pomáhající odvádět přebytečný kondenzát a materiál tak není po sterilizaci vlhký.

Firmy vyrábějící chirurgické nástroje obvykle doporučují promazávání kloubových nástrojů 1 x týdně, na testujícím pracovišti byl interval 1 x 1-2 týdny u sad I a II, což může být považováno ještě za vyhovující, neboť nástroje nevykazovaly známky zadření. V případě sady III byl interval o něco delší, zde by mělo být promazávaní častější.

Drobné nedostatky v promazávání nástrojů také zmiňuje Hammer (2013), kde popisuje kontrolu prováděného instrumentaria po jednom roce od počátku používání nástrojů na jednom pracovišti v Brně. Na tomto pracovišti promazávají nástroje 1 x měsíčně a po roce užívání nesly některé nástroje známky zadření a po druhém roce provozu muselo být 6 nástrojů vyřazeno ze síta pro počínající korozi na zámcích.

Technická kontrola firmy Medin odpovídá i názoru zdravotnických pracovníků testovaného pracoviště, které při běžné kontrole nástroje vyhodnotilo jako plně funkční bez známek viditelného opotřebení.

Z výsledků je také patrné, že převažovalo ruční mytí nad strojovým. Hlavním důvodem bylo, že nástroje bylo nutné rychle připravit k dalšímu výkonu. Dle standardu léčebného plánu Dezinfekce zdravotnických prostředků ve zdravotnických zařízeních a ústavech sociální péče (Iberlová, 2013, s. 12) je tento způsob považován za nestandardní na otevřeném systému, neboť se zde zvyšuje riziko vzniku infekčního aerosolu.

Skladování vysterilizovaného materiálu u všech tří sad bylo v příručním skladě za průměrné teploty 24-25 °C, a to v kontejnerech volně ve skladu. Teplota skladování se pohybovala v doporučených mezích. Vzhledem k tomu, že kontejnery se používají každý den, tak mohou být skladovány i volně, jinak by měly být uloženy v uzavřených skříních.

Závěr

Ačkoliv se jedná zatím o výsledky předběžné, již teď můžeme konstatovat, že by bylo vhodné provádět servisní kontroly po 50 sterilizačních cyklech, neboť na 10 z 11 testovaných

chirurgických nástrojů byly provedeny drobné úpravy a byla tak prodloužena životnost nástrojů.

Iberlová (2015) uvádí, že u sterilizace vlhkým teplem po 60 sterilizačních cyklech poklesne jejich tvrdost přibližně o 30 %. Toto tvrzení bychom chtěli potvrdit případně vyvrátit při další technické kontrole, která by měla být rozšířená o zkoušku tvrdosti nástrojů dle Rockwella. Toto testování by se mělo uskutečnit na jednom z našich pracovišť v dubnu 2015.

Limitace šetření může spočívat v tom, že nástroje jsou testovány na jednom z pracovišť, kde jsou tyto nástroje vyrobeny. Na druhou stranu výsledky technické kontroly jsou v souladu s názorem zdravotnických pracovníků provádějících technickou kontrolu ve zdravotnického zařízení. Tito pracovníci vyhodnotili při běžné kontrole nástroje jako plně funkční bez známek viditelného opotřebení.

Etické aspekty a konflikt zájmu

Z hlediska případného konfliktu zájmu nebyly shledány významné okolnosti, které by byly v rozporu se základními etickými principy publikování.

Limitace šetření může spočívat v tom, že nástroje byly testovány na jednom z pracovišť, kde byly tyto nástroje vyrobeny. Na druhou stranu výsledky technické kontroly byly v souladu s názorem zdravotnických pracovníků provádějících technickou kontrolu ve zdravotnickém zařízení. Tito pracovníci vyhodnotili při běžné kontrole nástroje jako plně funkční bez známek viditelného opotřebení.

Bibliografické odkazy

Česko. Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických a ústavů sociální péče, ve znění pozdějších předpisů. Dostupné www: http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-306

Česko: Zákon č. 223/2013 Sb., kterým se mění zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Dostupné www: http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=223&r=2013

HAMMER, J. Jak zničit chirurgické nástroje, aniž by byly použity. *Braunoviny*. 2010, 7, č. 4, s. 14 – 16. ISSN 1801-0342.

HAMMER, J. Kvalita chirurgických nástrojů závisí na správné předsterilizační přípravě. *Braunoviny*. [online] 2013. [cit. 2013-01-31] Dostupné z: www: http://braunoviny.bbraun.cz/kvalita-chirurgickych-nastroju-zavisi-na-spravne-predsterilizacni-priprave.

IBERLOVÁ, J. a kol. Dezinfekce zdravotnických prostředků ve zdravotnických zařízeních a ústavech sociální péče. Praha: Verlag Dashöfer, 2013. ISSN 2336-4580.

IBERLOVÁ, J. *Dekontaminace nástrojů*. [online] 2015. [cit. 2015-02-21]. Dostupné z: www: http://zdravotnicke-zasobovani.cz/dekontaminace-nastroju.html?action=preview.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Péče o nástroje*. 8. vyd. [online] 2006. [cit. 2006-01-10]. Dostupné z: www:http://www.cardion.cz/file/74/brozura-pece-o-nastroje.pdf.

MELICHERČÍKOVÁ, V. *Dezinfekce a sterilizace*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978 80749 21 391.

ŠTEFKOVIČOVÁ, M a kol. *Dezinfekcia a sterilizacia* – teoria a prax II. 2. vyd. Žilina: Vrana, 2007. ISBN 978-80-968248-3-0.

WENDLER- KALSCH, E. Korrosion. Zentr Steril. 1994, 2, č. 2, s. 114 – 116.

PhDr. Magda Taliánová, Ph.D.
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
e-mail: magda.talianova@upce.cz

Název	II. Mezinárodní konference Kvalita a její perspektivy s podtitulem: Péče o ženu a dítě
Editor	Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D. Mgr. Jan Pospíchal
Vydala	Univerzita Pardubice
Grafická úprava a sazba	Ing. Alena Komárková
Počet stran	164
Náklad	155 – CD
Datum vydání	duben 2015

Publikace neprošla jazykovou korekturou.

ISBN 978-80-7395-895-4