



florence



časopis
obsahuje
recenzované
články



z konferencí

**Děští kardiologové
z celého světa se sešli
v Praze**

recenzovaný článek

**Supervize
a mentoring
v ošetrovatelství**

historie

**Vliv Alice G. Masarykové
na vývoj československého
ošetrovatelství**

praxe

**Ošetrovatelský
proces u pacientky
po operaci prsu**

odborná témata

**Porodnictví
a gynekologie**



Care

by **ALTREVA**
MORE THAN WORKWEAR

**moderní kolekce oděvů
pro zdravotnictví
a wellness**

SLEVA 10%

při zadání hesla "Florence"
v košíku e-shopu

Florence

Uplatnit kupon 

www.eshop.altreva.cz

Platnost kuponu do 30. 9. 2015

Bordel v bytě – chytré dítě

(Zdeněk Matějček)

Ruka, která hýbe kolébkou, hýbe celým světem, praví anglické přísloví. U nás je kolébek čím dál více. Podle údajů statistiků přišlo loni na svět v ČR 109 860 dětí, což bylo nejvíc za poslední čtyři roky. Zvyšující se porodnost je podle socioložky Jiřiny Šiklové známkou toho, že je naše společnost bohatá a má určitou perspektivu. „Děti se rodí tehdy, když je ve společnosti určitá naděje,“ říká socioložka. Nezbývá tedy než věřit, že je to pravda, a doufat, že se jich bude rodit ještě víc.

My jsme si obor porodnictví a s ním související gynekologii vybrali jako odborná témata do tohoto zářijového čísla. Dočtete se v něm například, jaký vliv má kouření a konzumace alkoholu během těhotenství na vývoj dítěte, co je to bonding a jaká je jeho historie nebo jaká jsou rizika kombinované hormonální antikoncepce. Nechybějí samozřejmě ani další pravidelné rubriky, jako jsou recenzované články, články pro školy, z praxe a z konferencí. V rubrice Ze života nemocnic se dočtete o zajímavé knihovně vyrobené z telefonní budky, kterou mohou nově využívat pacienti a zaměstnanci FNKV v Praze, a v rubrice věnované historii se dozvíte o vlivu Alice Masarykové (nejen) na české ošetřovatelství. Zajímavosti jsou i ukázky z jejího deníku, který si A. Masaryková psala před sto lety během svého pobytu ve vojenské nemocnici v Pardubicích, kam dobrovolně nastoupila jako ošetřovatelka.

A protože začíná nový školní rok, rozhodli jsme se vstoupit do něj „v novém“. Jak se nám nová grafická podoba povedla, můžete posoudit sami na následujících stránkách. Budeme rádi, když nám svůj názor napíšete na e-mail florence.redakce@ambitmedia.cz nebo vyplníte anketu na našich webových stránkách www.florence.cz. A protože náš časopis oslaví příští měsíc krásné kulaté narozeniny, mohou se naši předplatitelé těšit v příštím čísle na hodnotný dárek nebo si už teď zasoutěžit o vstupenku na divadelní představení v Divadle ABC, které bude spojeno se slavnostním raautem.

Přeji vám hezké čtení.



Magda Hettnerová

Magda Hettnerová, šéfredaktorka
magda.hettnerova@ambitmedia.cz

www.florence.cz

Ročník XI., číslo 9, září 2015

Redakční uzávěrka pro toto číslo: 15. 8. 2015

Foto na titulní straně: Profimedia

f Staňte se naším fanouškem na Facebooku
www.facebook.com/Florencecasopis



5 Bonding: Od historie po současnost

názory

- 2 Chaos jménem zdravotnictví
- 3 Zapomeňme na novelu, nastává čas nouzových řešení

4 perličky

odborné téma porodnictví

- 5 Bonding: Od historie po současnost
- R** 8 Vliv alkoholu a kouření na vývoj plodu
- R** 11 Sprevdzajúce osoby pri pôrode z pohľadu zdravotníckych pracovníkov **gynekologie**
- 15 Rizika kombinované hormonální antikoncepce
- 18 Inkontinence moči u žen a speciální urodynamicke vyšetření

R 23 recenzované články

Supervize a mentoring v ošetřovatelství – Koncepty podporující profesionální rozvoj a identitu sester

- R** 27 Humanistický přístup ke kardiologickým pacientům

ze života nemocnic

- 29 Nejen pacientům FNKV nově slouží knihovna z telefonní budky



praxe

- 30 Ošetřovatelský proces u pacientky po operaci prsu podle modelu Myry Estrin Levineové

pro školy

- 34 Proč a jak inovovat praktické vyučování žáků středních zdravotnických škol

zprávy našich partnerů / z konferencí

- 36 Dětský kardiologové z celého světa se po 26 letech sešli opět v Praze
- 37 Jarní konference Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
- 38 Projekt „Tvorba a pilotní ověření vzdělávacího programu Pracovní terapeut a Terapeut v psychosociální rehabilitaci“
- 39 Projekt „Sestry pomáhají přestat kouřit“ slavil úspěch na mezinárodní konferenci v Kanadě

hojení ran

- 40 Komplexní přístup v péči o chronickou ránu při použití metod vlhkého hojení

historie

- 43 Vliv Alice G. Masarykové na vývoj československého ošetřovatelství

47 personální inzerce

47 angličtina

Soutěž na straně **29**

Chaos jménem zdravotnictví

Jana Gryc, všeobecná sestra

Zdravotnictví se dnes potýká s nedostatkem zdravotníků, a to jak lékařů a sester, tak i pomocného personálu. Na vině je dle některých vzdělávání, a mají částečně pravdu, nicméně podstatný díl viny na nedostatku personálu spočívá v jeho špatném finančním ohodnocení. Vina se dává i změně vzdělávacího systému, která nastala v roce 2004 společně se zákonem č. 96/2004 Sb. A pravděpodobně to bude „řadový“ personál, kdo břímě této vzniklé situace ponese. Více práce, přesčasů, rušení volna, dovolených. Více stresu a tlaku s minimem odpočinku.

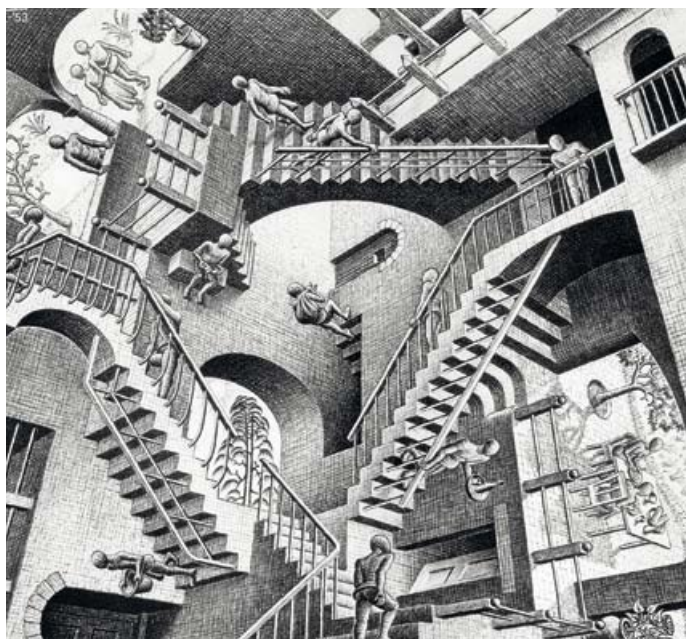
Vzdělávání sester a zdravotnických asistentů

Vliv na současnou situaci měl rok 2005, kdy u nás došlo k zahájení vzdělávání v oboru zdravotnický asistent, který nahradil původní čtyřleté studium v oboru všeobecná zdravotní sestra. Tato změna vzešla z vyhlášky Evropské unie – směrnice Evropského parlamentu a Rady EU 2005/36/ES. Dovolují si podotknout, že určité legislativní změny byly nutné. Bylo však nutné zrušit klasické všeobecné sestry?

Dle směrnice EU je přijetí žáků na odbornou přípravu zdravotních sester a ošetřovatelů odpovědných za všeobecnou péči podmíněno mj. ukončením všeobecného školního vzdělání v trvání alespoň deseti let potvrzeného diplomem. U nás však stačilo pouze pozměnit osnovy vzdělávání, kdy by první rok na střední zdravotnické škole (dále SZŠ) nahradil tento pomyslný desátý rok, který v našem systému chyběl, a příprava na povolání by tak začala až ve druhém ročníku.

Druhou podmínkou EU bylo 4600 hodin teoretického a klinického výcviku. Místo toho se sáhlo k nešťastnému řešení a došlo k zavedení oboru zdravotnický asistent. Byly otevřeny vyšší odborné a vysoké školy a původní čtyřleté středoškolské vzdělá-

vní zdravotních sester nahradilo vzdělání sedmileté – vysokoškolské. Avšak současná kvalita vzdělávání v některých těchto školách nedosahuje ani původní kvality středoškolského vzdělávání. Nyní tedy máme sestry



„vysokoškolačky“, avšak platové podmínky zůstaly pod bodem původních „středoškolaček“.

Jasně vymezení kompetencí u nás zatím chybí

Všichni chceme, aby zdravotnictví fungovalo, bylo kvalitní a dostupné všem, ale nemůže to být stále na úkor zdravotníků. Vzdělávání sester se na střední školy vrátit nemůže a už to ani nejde, protože současná kvalita uchažečů o střední školy a následně kvalita maturantů je dnes daleko nižší než dříve. Co se ale změnit může, je přerozdělení a hlavně vymezení konkrétních kompetencí pro jednotlivé pozice s přihlédnutím k jejich vzdělání.

Je zkrátka na čase, abychom se nějak vyrovnali s tím, že sestra už není a nechce být „děvečkou pro všechno“. Že stlaní postelí, krmení pacientů, zvedání telefonů, úklid a hygiena pacienta (na standardním oddělení

je vyloženým plýtváním jejich schopností. Jistěže se tato práce sama neudělá, ale není rozumné a výhledově do budoucna udržitelné, abychom tuto neodbornou (neodborná neznamená nedůležitá!!!!) práci vyžadovali po kvalifikované sestře, která má ve většině případů vyšší vzdělání než maturitu (VOŠ, VŠ, atestaci ve specializačním vzdělávání).

Neznamená to, že by se sestrám přičila „špinavá“ práce. Většina z nich ji dodnes dělá bez

statkové zboží“, protože většinou nemocnic na ně nezbyvají peníze, jako na všechno. A tak jejich funkci přebírají sanitáři, z nichž se stává velmi levná pracovní vykořisťovaná síla.

Ruku na srdce, poznáváte ten chaos? Přitom by to měl být fungující tým. Tak proč tomu tak není? Proč začaly diskuze o navracení sestřiček na SZŠ? Protože jsme hospodařili tak, že už na nic nejsou peníze. Jak z toho ven? Nevím, jestli zrovna vrátit sestry na SZŠ je řešení. Snem většiny devatenáctiletých dívek určitě není tvrdě pracovat v dvanáctihodinových směnách, mnohdy dělat práci i za lékaře, bez volných víkendů a svátků, za mizerný peníz v nemocnici, kde se setkávají s tvrdou realitou života.

Jen zákon nepomůže

Práce v nemocnicích neubude, ale sestra (těch odborných a vzdělaných pracovníků s jasnými kompetencemi) bude (a je) málo. Méně odborné a neodborné věci převezme pomocný personál, který je pro nemocnice levnější. Naopak některé odbornější výkony může po lékařích převzít sestra (opět levnější!).

Nemyslím si, že je správné, aby sestry byly veřejnosti viděny jako služky, měly takové chabé finanční ohodnocení, jaké mají, a už vůbec si nemyslím, že jejich stávající počty na specifických odděleních jsou v pořádku. Ačkoli se nároky neustále zvyšují, řádné počty personálu k jejich plnění a jeho finanční ohodnocení

Sestra tu není od toho, aby se pořád dřela až do vyčerpání za pár korun k přežití do další výplaty.

se jaksí nedostávají. Pak už věty typu „Nejdůležitější je pacient/klient a jeho spokojenost“ dávno neplatí. Nejdůležitější je mít vše správně zapsáno, zaškrtnuto, odškrtnuto, přepsáno, vybarveno a podrženo, a to nejlépe na třech různých místech. Pokud tomu tak není, nemá sestra splněnou náplň práce a nikoho nezajímá, že to třeba u pacienta ve vážném

zdravotním stavu nestihla. Pokud to nemá hotové, musí zůstat po pracovní době a vše dohnat. Ale sestra tu není od toho, aby se pořád dřela až do vyčerpání za pár korun k přežití do další výplaty. Je na čase přestat řešit, kdo je lepší, zda sestry ze SZŠ, VŠ nebo VOŠ, a jak špatný je zdravotní asistent. Všichni jsme jednou začínali a jako absolventi jsme potřebovali pomoc zkušenějších.

Nový zákon, který má nahradit zákon č. 96/2004 Sb., se má podle legislativního plánu vlády jmenovat Zákon o podmínkách výkonu zdravotnických povolání jiných než povolání lékaře, zubního lékaře, farmaceuta nebo psychologa ve zdravotnictví. Nyní vstoupil do připomínkového řízení a po svém schválení by mohl začít platit od roku 2017. Nyní se můžeme jen do-

hadovat, zda a jak se mu podaří vylepšit postavení sester a dalších nelékařských pracovníků ve společnosti. Nicméně jen zákonem nedostatek sester nevyřeší. Sestry bez adekvátního finančního ohodnocení a motivačních pracovních podmínek zkrátka nebudou.

Nechť tedy vzejde změna od zdravotníků. Smysluplných podnětů je na stole nespočet, jen se

jaksi špitají. Co je důvodem – strach? Lhostejnost? Rezignace? Myslím, že strach vede. Mnohé by mohlo a mělo fungovat jinak, lépe. Jak tedy? Komu to jen říci? Přímému nadřízenému? Řediteli nemocnice? Odborné společnosti? Odborům? Ministroví? Novinám? Jistěže váháme. Není divu. Nejistoty nikdo nevyhledáváme. Zvládneme tedy svůj strach? ❗

Zapomeňme na novelu, nastává čas nouzových řešení

Dagmar Janoušková, hlavní sestra Nemocnice Prachatice, a. s., 22. 7. 2015

Ač souhlasím s kolegyní Danou Krásovou (článek Vráti se studium všeobecné sestry zpět na střední školy?, www.tribune.cz, 14. 7. 2015), tak obecně, celkově, když se ohlédnou zpět, zdá se mi to neuvěřitelné. Máme jedenáct let od účinnosti zákona (č. 96/2004 Sb.) a stále ve svém vzdělávání nemáme jasno! Nejsme si jisty, dohadujeme se a vzájemně o svých názorech v řadách sester pochybujeme či se přesvědčujeme... Bavíme se o něčem, co od začátku vlastně přijato nebylo, vyžadovalo spoustu vysvětlování a odpovědí na otázky. Dokonce, pokud si vzpomínám, byla zřízena i telefonická linka na dotazy... A tak mi v mysli vytanula myšlenka z dávných časů: „Co skončeno má být neblaze, punc zlého znamení má od počátku v povaze...“

V současné době jsme již ve fázi, kdy se na typu/typech vzdělávání sester všichni neshodneme. Už zde nejde o správnost názoru či pravdu jedné či druhé. Jsou to spíše zkušenosti a potřeby z praxe, které nás k určitému směru vedou. Měl by tedy být dán prostor oběma hlavním cestám. A proto z mého pohledu:

Již žáci na základních školách by měli mít právo vybrat si typ a délku studia. A to mezi čtyřletým studiem v oboru zdravotnický asistent, nebo v oboru

zdravotní sestra. S ohledem na povinnosti k EU asi až pětiletým studiem na SZŠ, anebo na vyšší, vysoké škole – v úrovni diplomovaného specialisty, bakaláře a magistra.

Zdravotnická zařízení by měla mít možnost získat a zaměstnávat takové kategorie a typy pracovníků, které na svých odděleních a ve svých provozech potřebují a které se jim i vzhledem k typu jejich organizace osvědčily.

Ministerstvo zdravotnictví by mělo mít povinnost respektovat požadavky a potřeby praxe a výchovu/vzdělávání potřebného personálu pro ně zajistit. Nic víc v podstatě zdravotnická zařízení od MZ v této oblasti ani nepotřebují.

Vzhledem k celkové současné situaci a nedostatku sester bychom už měli ukončit všechny další diskuze na téma vzdělávání, asi zapomenout na novelizaci zákona a spíš důsledně trvat na zajištění podmínek pro splnění výše uvedeného. **Bude-li toto zajištěno, čas v praxi ukáže, jaký zájem a o co převládá, a od toho se může dále odvíjet další postup.**

Úkol pro ministerstvo zdravotnictví to může být náročný a složitý, nicméně by měl být přednostní. Sestry (i lékaři) v nemocnicích jsou totiž v situaci nesrovnatelně těžší. Neboť to, co ministerstvo řeší na papíře, zdravotníci

zažívají a řeší reálně v praxi, a to v každé směně. Bez ohledu na všední či sváteční den nebo noc, musejí zajistit péči o x pacientů, od zajištění jejich základních potřeb (dát jim napít a najíst) až po situace, kdy jim jde o život. S ohledem na stres a vyčerpání zdravotníků už to opravdu přestává být legrace, už to nepočká.

To, že se změni personální vyhláška, že se navýší počty personálu, není bohužel řešením. Je to sice hezká myšlenka, ale v současné situaci je to poněkud úsměvné (a opět papírové) řešení. Neboť personál sesterský ani lékařský „na ulici“ skutečně není, ani ho nevytiskne 3D tiskárna.

Zdravotnická zařízení by měla mít možnost získat a zaměstnávat takové kategorie a typy pracovníků, které na svých odděleních a provozech potřebují.

Před osmnácti lety jsem měla starost s nedostatkem sester a jejich vzděláváním (článek Vzdělávání SZP – pohled z praxe vyšel ve Zdravotnických novinách před osmnácti lety, ale od té doby jsme nepokročili; při jeho čtení může člověk nabýt dojmu, že byl napsán včera – přečíst si ho můžete i na www.florence.cz v rubrice Čekárna). Tehdy jsem to vnímala jako situaci přechodnou. Nyní mám velké obavy, že je to problém na hodně dlouhou dobu, pokud se z něj vůbec kdy dostaneme. Bohužel jsem přesvědčena i o příčině, která k současnému stavu vedla: kdysi byl

narušen jednoduchý, obyčejný, ale funkční systém.

Zcela aktuálně vidím jako zachranné řešení kromě navýšení finančního ohodnocení sester urychlené zpracování osnov a vytvoření „jednorozhodčí školy“ pro zdravotnické asistenty, kteří by se jejím absolvováním stali zdravotními sestrami.

Před devíti lety jsem se vyjádřila ve Zdravotnických novinách (č. 49/2006) a Sestře (č. 1/2007) k registraci sester (Registrace sester = diskriminace povolání). Předpokládám, že tak jako já i většina kolegyně ani za tuto dobu svůj pohled a odmítavý postoj k této záležitosti a systému vzdělávání nezměnila. Jen to dál možná tišeji snášíme, nic než rezignace nám také nezbyvá.

Z praxe a v praxi proto podle mého názoru ani nepotřebujeme novelu zákona o „nelékařích“ (strašné slovo pro sestry a další profese). Potřebujeme však na papíře (v předpisech) jen to, co je – třeba i vzhledem k našemu bytí v EU – opravdu nutné. Tedy text stručný, jasný, srozumitelný tak, aby mu rozuměly i řadové sestry, neboť je to o nich a pro ně. Ale dále už bych se jen opakovala po textu zveřejněném před lety.

Vezmeme-li to z pohledu do historie, pak vzdělávání sester se stále postupně vyvíjelo, posouvalo. Tak nějak přirozeně reagovalo na potřeby praxe. Až přišel rok 2004 – a od té doby ... stále jen diskutujeme.

Na závěr bych přidala motto k zamyšlení možná pro tvůrce novely zákona a dalších předpisů: „Někdy je třeba větší odvahy k tomu svůj názor změnit, než za ním pevně stát!“ ❗

anekdota



krátce

Otráveného zachránila transplantace jater

V pražském IKEM zachránili život pacientovi otrávenému paracetamolem unikátní transplantací jater. Lékaři při ní využili kombinaci několika náročných metod a postupů, která dosud nebyla nikdy použita. (ČTK)

Život prodlouží ostrá jídla, tvrdí vědci

Rozsáhlá studie vědců realizovaná na vzorku zhruba půl milionu lidí ukazuje, že při pravidelné konzumaci pikantních přísad se snižuje riziko úmrtí až o 14 %. Studii publikoval vědecký časopis British Medical Journal. (ČTK)

krátce



Časopis Florence oslaví příští měsíc 10. výročí svého založení. Všichni naši předplatitelé se proto mohou spolu s říjnovým číslem těšit na dárek v podobě krásné knížky, kterou ocení nejen kuchařky. (mhe)



Před 105 lety zemřela průkopnice moderního ošetřovatelství britská zdravotní sestra Florence Nightingalová. Narodila se 12. května 1820 a zemřela 13. srpna 1910 ve věku 90 let.

pozdávka

1.–2. října 2015, Parkhotel Hluboká nad Vltavou

Správně vidíme jen srdcem. Mezinárodní konference a workshopový den ke konceptu Smyslové aktivizace®



výroky slavných

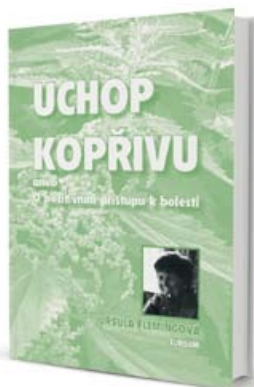
Sigmund Freud (1856–1939) lékař-neurolog, psycholog a zakladatel psychoanalýzy

„Vzdáte-li se kouření, pití a milování, nebudete ve skutečnosti žít déle, ale jen vám to tak bude připadat.“



nové knihy

náš tip



Uchop kopřivu aneb o pozitivním přístupu k bolesti

Uršula Flemingová, SURSUM, 2015, 128 s., 149 Kč

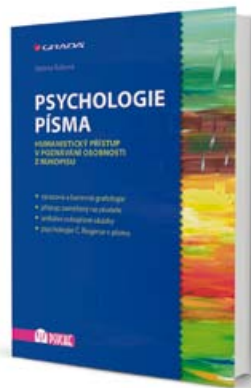
Kniha poskytuje návod a metodu, jak se v životě aktivně potýkat s bolestí, strachem a utrpením z vlastních, skrytých zdrojů i tehdy, kdy lékařská věda už nemůže pomoci. Nejde jen o ryze odbornou příručku, ale o ohlednutí autorky, kdysi přední anglické fyzioterapeutky, za čtyřicet lety života plně věnovaného péči o lidi trpící bolestí.



Ošetřovatelská péče 1. díl Pro obor ošetřovatel

Patrik Burda, Lenka Šolcová, Grada Publishing, a. s., 228 s., 299 Kč

Učebnice stěžejního předmětu oboru ošetřovatel. Obsahuje základní témata péče o nemocného, jeho pohodlí a potřeby podle vymezených kompetencí ošetřovatele.



Psychologie písma Humanistický přístup v poznávání osobnosti z rukopisu

Helena Baková, Grada Publishing, a. s., 244 s., 399 Kč

Kniha, na našem trhu unikátní, přináší v poznávání osobnosti z rukopisu řadu nových témat. Osobitě propojuje celostní grafologii s přístupem humanistického psychologa C. Rogerse a přibližuje základní principy oboru, jenž poskytuje nejen kvalitní psychodiagnostické závěry, ale i hluboce lidský pohled na člověka.



Jak s dětmi mluvit o smrti

Linda Goldman, Portál, s. r. o., 88 s., 175 Kč

Smrt je náročné téma, zejména pokud s ním přicházejí děti. Autorka se zabývá myšlenkami na smrt a pocity, které v souvislosti s ní děti prožívají. Ať už se děti vyrovnávají se smrtí blízké osoby, domácího mazlíčka nebo samy žijí s nevyčísitelnou nemocí, dospělí jen obtížně hledají odpovědi na otázky svých dětí týkající se smrti. Kniha je užitečným pomocníkem pro rodiče, vychovatele a učitele dětí každého věku.



Bonding: Od historie po současnost

Vliv kouření na vývoj plodu

Sprevádějící osoby při porození z pohledu zdravotníků

porodnictví odborné téma

Bonding: Od historie po současnost

Bonding znamená v překladu vázání, spojování, sblížení. Jedná se o poporodní proces vytváření vzájemných emočních vazeb mezi matkou a dítětem, který probíhá po přiložení dítěte na tělo matky. Celý proces by měl trvat okolo 12 hodin. Jde o pocity euforie, štěstí a síly, potlačující porodní bolest, která je přirozenou součástí porodu.

**Kristýna Kurzová, Eliška Kronďáková,
Martina Pokojová, PhDr. Kristina
Janoušková**

Všechny strasti spojené s porodem nakonec překoná radost z narozeného miminka. Kontakt kůže na kůži, teplo, vůně a tlukot srdce důvěrně známého těla – děti svými smysly vnímají vše, co jim připomíná a dává pocit známého prostředí a bezpečí. Pokračuje a prohlubuje se tak láskyplný vztah mezi matkou a dítětem (Chrastilová, 2014).

Historie bondingu

Separace novorozeneých dětí od matky se v historii objevila mnohokrát.

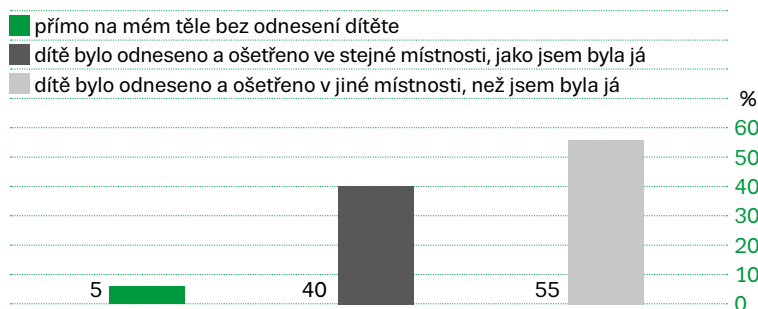
Byla zaváděna intuitivně. Například ve šlechtických a královských rodinách byly děti od matek separovány, aby se matky mohly soustředit na svou roli například královny, a nikoli na roli matky.

Účinků separace nejvíce využívaly totalitní režimy, které potřebovaly zmanipulovat a zlomit vnitřní odolnost a emocionalitu jedince, tedy jak matky, tak i dítěte. K dokonalosti přivedli separaci nacisté, kteří během 2. světové války vypracovali celý systém, při němž dělali se separovanými novorozenci pokusy. Vše bylo řízeno centrálně, lékaři psali propagační brožurky podporující nacistické cíle výchovou dětí bez včítění se do jejich potřeb. Asi nejznámější byla tehdy lékařka Joha-

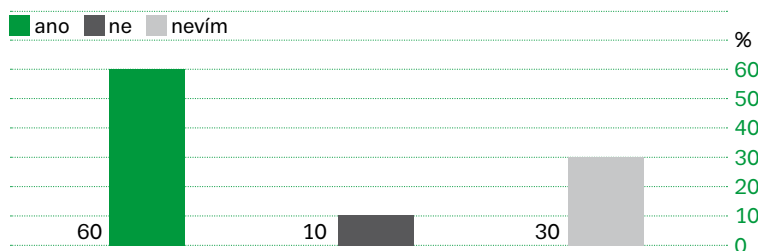
na Haare, která například doporučovala matkám kojit, ale nedoporučovala jim dívat se dětem do očí. Přitom právě vizuální vazba mezi matkou a dítětem je velmi důležitá, protože se při ní vyplavuje hormon oxytocin (někdy též nazývaný hormon lásky). Některé návody na výchovu malých dětí z této doby byly hodně podobné těm, které v myslích některých rodičů a prarodičů zůstávají dodnes, například nechat dítě vykřičet samotné v postýlce, aby bylo odolnější.

Myšlenka rané poporodní vazby se ve středu zájmu poprvé objevila v 70. letech 20. století. Zasloužili se o to dva američtí pediatri dr. John Kennel a dr. Marshall Klaus, kteří podrobně zkoumali a popsali rozdíly v chování matek a adaptaci dětí,

Graf 1. První ošetření dítěte po porodu bylo provedeno:



Graf 2. Myslíte si, že je důležitý nepřerušovaný kontakt dítěte a matky ihned po narození?



kteřé byly ve stálém a podporovaném kontaktu. První výzkum na toto téma proběhl v roce 1970 a v průběhu následujících let až po současnost byly objevovány nové souvislosti a duplikováním potvrzeny výsledky z časných let teorie bondingu. Kennel a Klaus se podíleli na vytvoření jejího základu a vyvinuli teorii, podle níž vede kontakt mezi matkou a dítětem bezprostředně po porodu k jejich vřelejšímu a kvalitnějšímu vztahu, častějšímu slovnímu kontaktu, úsměvu, šetrnějšímu zacházení ze strany matky apod. Své poznatky popsali roku 1976 v knize Maternal-Infant Bonding.

U nás se negativními dopady separace zabýval zejména prof. Matějček v 80. letech minulého století. V zemích ležících západně od nás se podpora raného kontaktu postupně rozvíjela a dnes je tam podporována nesrovnatelně více než u nás.

V souvislosti s historií bondingu nelze opomenout ani francouzského porodníka Fredericka Leboyera, který se stal průkopníkem nové techniky vedení porodu, kterou popisuje ve své knize Porod bez násilí. Jako první obrátil pozornost k právům narozeného dítěte a přišel se zcela novým pohledem na ně. Vycházel z toho, že novorozenec vidí, slyší, cítí, vnímá a prožívá.

Velkou zásluhu na rozvoji bondingu má také lékař Michael Odent, který se narodil v roce 1930 ve Francii a který je jedním ze zakladatelů hnutí pro přirozený porod

60
Tolik procent dotazovaných si myslí, že nepřerušovaný kontakt matky s dítětem ihned po narození je důležitý

a propagátorem porodů do vody. Jeho původní specializací byla obecná chirurgie a v rámci své praxe působil jako chirurg v porodnici v Pithiviers. V této státní porodnici působil v letech 1962–1985 a specializoval se na péči o těhotné ženy. Původně tu porody probíhaly tak, že hlavní úlohu měla porodní asistentka, která byla zodpovědná za celý chod porodu. M. Odent se spolu s několika porodními asistentkami rozhodl, že pro rodičku udělají vše, co bude v jejich silách, aby byl pro ni porod co nejpříjemnější a podle jejich představ. Postupem času vytvořili program pro nastávající rodiče i pro ty, kdo už se rodiči stali. Zájemci měli možnost účastnit se například společných debat na různá témata, společně zpívat a podílet se o své zkušenosti a zážitky. Další změnu, kterou zaměstnanci v čele s lékařem Odentem provedli, bylo místo porodu. Nebyl to klasický porodní sál se spoustou ostrého světla, studených barev a s typickým porodním křeslem, ale velký pokoj se spoustou postelí a milými barvami na stěnách. Rodičky v tomto pokoji rodily tak, jak si samy přály, jak jim radil instinkt a vrozené pudy. Všichni pracovníci této nemocnice byli zastánci toho, že by si žena měla sama určit, jak chce porodit, v jaké pozici a koho u porodu chce nebo nechce mít. Nikdo by jí neměl v těchto intimních chvílích radit, natož přikazovat, co má dělat. Porody v Pithiviers byly proto zcela v režii

rodičky a porodní asistentky a lékař tu byli pouze pro případ, že by se stalo něco, co by ohrožovalo život dítěte nebo matky (Odent, 1995).

Podpora bondingu v ČR

Dříve bylo dítě ihned po porodu odneseno a umyto. Bylo u něj provedeno první vyšetření a poté bylo zabaleno a předáno matce. Dnes se již situace mění díky novým směrům v porodnictví a neonatologii. Bezprostředně po porodu by se měl novorozenec s nepřerušovaným pupečnickem položit na břicho matky, aby mohl být s matkou v kontaktu kůže na kůži. Mělo by také dojít k pokusu o první přísátí dítěte, aby ihned po porodu došlo k rozvoji vztahu mezi matkou a dítětem. Samozřejmě se v tomto procesu musí respektovat přání matky, a pokud si to nepřaje, není vhodné ji nutit. K přestřižení pupeční šňůry by mělo dojít až po zastavení její pulzace (Binder, 2011; Roztočil, 2008).

Zda a jak k bondingu dochází, záleží na zdravotnickém zařízení a jeho personálu. Abychom zjistily, jak to vypadá s podporou bondingu v českých porodnicích, vypracovaly jsme dotazník, který byl určen ženám po porodu. Našeho dotazníku se zúčastnilo dvacet respondentek. Bonding není u nás tolik propagovaný jako v západních zemích, protože význam tohoto slova znalo pouze 10 % žen. Na druhou stranu si ale 60 % matek myslí, že nepřerušovaný kontakt mezi matkou a dítětem



ihned po porodu je velmi důležitý. V některých českých porodnicích je miminko ihned po porodu pokládáno na břicho rodičky a ponecháno zde hodinu či dvě.

Avšak na základě výzkumu, který provedla klinická psycholožka Michaela Mrowetz, bylo zjištěno, že pouze 19 % z 1341 dotazovaných byl umožněn nepřerušovaný dvouhodinový kontakt s novorozencem. Dvanáctihodinový nepřerušovaný kontakt zažila pouze 2 % matek (Víchová, 2013).

Nejčastějším důvodem, proč bývají novorozenci od matek odděleni, je poporodní vyšetření miminka. Tato vyšetření mohou ale probíhat přímo na těle matky. Přesto z naší ankety vyplývá, že vyšetření miminka na vlastním těle zažila pouze jedna matka, u 40 % bylo dítě vyšetřeno alespoň ve stejné místnosti a 55 % novorozenců bylo vyšetřováno v jiné místnosti, než byla jeho matka. Naše anketa přinesla pozitivní výsledky, co se týče přístupu lékařů a porodních asistentek, protože 85 % rodiček vypovědělo, že lékaři i porodní asistentka respektovali jejich přání ohledně porodu.

Závěr

Bonding pozitivně ovlivňuje novopečené maminky, které se díky němu lépe vyrovnávají s poporodní bolestí, pomáhá také při odlučování placenty přirozeným způsobem a podporuje rychlý začátek a dlouhé trvání laktace. Matky, u kterých nebylo podporováno navázání kontaktu s novorozencem ihned po porodu, mohou trpět poporodní depresí a hůře se sžívat se svým dítětem. Bonding má pozitivní vliv i na novorozence. Při kontaktu s matkou zažívají pocit bezpečí, stabilizuje se jim dýchání, snadněji se přisají k prsu a mají menší neurologické potíže. U novorozenců, kterým byl odepřen kontakt s matkou, může docházet v dětském věku k panickému strachu ze vzdálení se matky a k neurotickým poruchám. To, že je bonding prospěšný jak pro matku, tak pro dítě, dokazuje příběh, který se stal v Austrálii v roce 2010. Jedno z dvojčat se narodilo bez známek života, po láskyplných dotecích jeho rodičů, kteří se s ním chtěli rozloučit, došlo u novorozence k zahájení dýchání (Víchová, 2013; Chrastilová, 2014; Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011).

Literatura:

1. Chrastilová G. Bonding – láska na první dotek [online]. Publikováno 2014-02-13, poslední revize 2014-08-09 [cit. 2015-02-08]. Dostupné z: <http://www.babyweb.cz/bonding-laska-na-prvni-dotek>
2. Odent M. Znovuzrozený porod. 1. vyd. Praha: Argo, 1995, s. 29. ISBN 8085794691
3. Binder T a kol. Porodnictví. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011, s. 288. ISBN 978-80-246-1907-1
4. Roztočil A a kol. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008, s. 123, 150, 151. ISBN 978-80-247-1941-2
5. Víchová T. Bonding: První spojení, které má zásadní vliv na kojení a vývoj [online]. Publikováno 2013-07-12, poslední revize 2014-07-14 [cit. 2015-02-08]. Dostupné z: <http://www.maminka.cz/clanek/bonding-prvni-spojeni-ktere-ma-zasadni-vliv-na-kojeni-a-vyvoj>
6. Mrowetz M, Antalová I, Chrastilová G. Bonding – porodní radost. 1. vyd. Praha: Dharmegaia, 2011, s. 208, 209. ISBN 978-80-7436-014-5
7. Poporodní bonding. Wikipedie [online]. [cit. 2015-07-22]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Poporodni%C3%AD_bonding

INZERCE



Okresní nemocnice Zwiesel-Viechtach jsou subjekty zajišťující základní a běžnou lékařskou péči stejně jako pohotovostní péči v zemském okrese Regen.

Práce porodní asistentky je týmová práce...

Pro naši porodní kliniku v nemocnici **Zwiesel** hledáme k okamžitému nástupu

soukromou porodní asistentku / soukromého porodního asistenta

Oddělení v Zwieselu vzniklo v roce 2010 z bývalého oddělení soukromých lékařů se smluvní spoluprací s nemocnicí a v současnosti zajišťuje gynekologickou péči a porodní asistenci pro celý okres Regen a přilehlé části sousedních regionů. Těžištěm činnosti oddělení je individuální rodinná porodní asistence.

Očekáváme:

- odpovědnost a osobní angažovanost
- pozitivní přístup k týmové práci
- odbornou způsobilost a intenzivní podporu pacientek ve smyslu naší filozofie rodinné péče
- ochotu pracovat 12-hodinové pohotovostní služby podle rozpisu služeb
- znalosti německého jazyka alespoň na úrovni B2

Pro naše porodní asistentky chceme být atraktivním partnerem, a proto považujeme následující body za samozřejmé:

- společné vytváření rozpisu služeb v týmu
- výdělek za 12-hodinovou službu 200 €
- hodnota služby garantovaná zřizovatelem nemocnice činí 300 € (kombinace odměny za pohotovostní službu, příjem ze společného fondu a případné navýšení zřizovatelem nemocnice)

- odměna na základě vyváženého a týmově orientovaného systému společného fondu
- podpora ze strany zřizovatele nemocnice v nejrůznějších oblastech
- flexibilní péče o děti ve věku 0-14 let v nemocnici

Pracovat budete ve městě Zwiesel, které se nachází v rekreační oblasti Bavorského lesa a které disponuje všemi druhy základních a středních škol a dobrou dopravní dostupností do univerzitních měst Pasova a Deggendorfu.

Dále je Vám otevřena možnost etablovat se formou samostatných kurzů nebo nabídek i v jiných městech a obcích okresu. Klinika navíc disponuje dvěma gynekologickými ordinacemi, se kterými je možné navázat úzkou spolupráci.

Absolventky/absolventi jsou u nás vítáni, rádi Vám poskytneme intenzivní zaškolení. Velmi rádi bychom našli nové kolegyně či kolegy, kterým bude potěšením poskytovat pacientkám individuální a rodinnou porodní asistenci i s možností poporodní péče o matky.

Pro Vaše případné dotazy je Vám ráda k dispozici vedoucí personálního oddělení paní Tanja Meindl.

Tel.: +49 9922/99337

Své žádosti prosím zasílejte na emailovou adresu bewerbungen@kkhviechtach.de nebo využijte pohodlného online formuláře na našich internetových stránkách.

Kreiskrankenhäuser Zwiesel-Viechtach
Karl-Gareis-Str. 31
D-94234 Viechtach

www.kkhzwiesel.de



Vliv alkoholu a kouření na vývoj plodu

Souhrn:

Alkohol a kouření cigaret jsou považovány za nejrozšířenější a nejhodněji užívané drogy. Známý jsou negativní důsledky nejen na lidský organismus, ale také na průběh těhotenství a vývoj plodu. Nitroděložním působením těchto látek na vyvíjejícího se jedince může dojít k jeho tělesnému, neurologickému a psychologickému poškození. Cílem tohoto šetření bylo zjistit důsledky působení alkoholu a cigaretového kouře na vyvíjejícího se jedince a analyzovat konkrétní případ kojence, jenž byl nitroděložně vystavován působení alkoholu a cigaretového kouře. Metodou sběru dat byla případová studie vybraného jedince v kojeneckém věku, analýza zdravotnické dokumentace, pozorování a polostrukturované rozhovory se zdravotnickými pracovníky. K rozboru údajů byla použita též odborná literatura.

Klíčová slova:

alkohol – kouření – porodní asistentka – těhotenství – vývoj plodu.

Summary:

The influence of alcohol and smoking on fetal development

Alcohol and cigarette smoking are considered as the most widespread and the most abundantly used drugs. Negative consequences not only to human body but also to pregnancy and fetal development are known. The intrauterine exposure of the developing fetus to these substances can lead to its physical, neurological and psychological damage. The aim of this research was to determine effect of alcohol and smoking on developing individual and analyze the specific case of infant who was affected by alcohol and cigarette smoke. The method used for data collection was a case study of elected infant, analysis of medical documentation, observation and semi-structured interviews with medical staff. Reference books were used for data analysis.

Keywords:

alcohol – fetal development – midwife – pregnancy – smoking.

vání tabáku je u českých těhotných žen nejrozšířenější závislost.

Jak je tomu v těhotenství, jaká nebezpečí mohou tyto látky představovat pro vyvíjejícího se jedince? O škodlivých účincích těchto látek by mělo být dostatečně zvýšováno povědomí nejen těhotných žen. V prenatálních poradnách není vzácností, že se porodní asistentka setká s matkou, která své kuřáctví neskrývá a před váhou rizik, kterým svého potomka vystavuje, jako by zavírala oči. Kroky k časné prevenci, potřebné intervenci a mírnění škod by mohly být daleko účinnější. Svůj význam v těchto krocích má též role porodní asistentky.

Cíl

Hlavním cílem našeho výzkumu bylo zjistit důsledky nitroděložního působení alkoholu a cigaretového kouře na vývoj plodu. Na základě tohoto cíle byly stanoveny dílčí cíle, tedy zpracovat kazuistiku, analyzovat tělesný i psychický vývoj vybraného kojence a porovnat jej s odbornou literaturou. Dále zjistit možné prognózy kojence, navrhnout informační leták pro veřejnost a vytvořit přehled zařízení v Plzeňském kraji, která poskytují pomoc uživatelům návykových látek. Tento seznam by mohly využít porodní asistentky, které by díky němu mohly poskytnout závislé ženě kontakt na specializovanou léčbu.

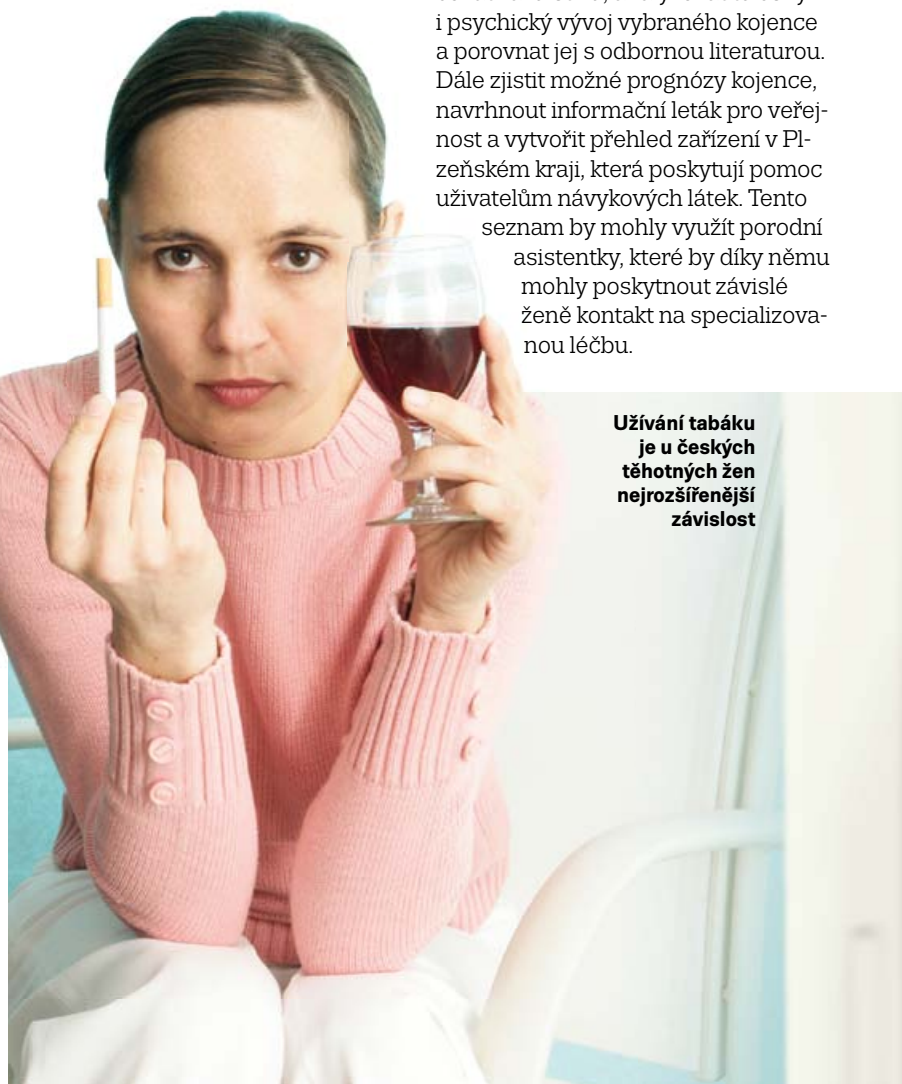
Užívání tabáku je u českých těhotných žen nejrozšířenější závislost



Bc. Lada Stuchlá, PhDr. Kristina Janoušková, Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni

Úvod

V mnoha odborných článcích se dočítáme o nepříznivých dopadech působení alkoholu a cigaretového kouře na lidský organismus. Autoři často poukazují rovněž na skutečnost, že Česká republika převyšuje v konzumaci alkoholu mnohé ostatní státy a problémové pití se posouvá také do nižších věkových skupin. Neblahé zdravotní i společenské důsledky těchto látek jsou sice všeobecně známy, nicméně jsou považovány za zcela běžnou součást sociálního života. O alkoholu spolu s cigaretami hovoříme jako o nejrozšířenějších a nejhodněji užívaných drogách. Známý jsou též specifické souvislosti mezi ženským organismem a konzumací velkého množství alkoholu. Ženy jsou oproti mužům vůči těmto látkám vnímavější, negativní dopady se dostávají dříve a závislost vzniká snadněji. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) se kouření stává závažným celospolečenským problémem nejen u nás, ale i ve světě. Narůstá kuřáctví v mladších věkových skupinách u obou pohlaví. Uží-





Diagnostika alkoholového poškození a vlivu nikotinu na narozené dítě není snadná, přesto jsou prokázány jejich závažné důsledky

Metodika

Kvalitativní výzkum byl prováděn zpracováním osobní případové studie. Sběr dat a jejich analýza se děly v delším časovém období. Šlo o zachycení složitosti daného případu. K dosažení výše uvedených cílů byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- Jaký pozorujeme tělesný stav kojenice?
- Jaký pozorujeme psychický stav kojenice?
- Co lze předpokládat o budoucnosti jedince?

Zkoumaný jedinec byl vybrán záměrně, požadavkem pro tento výběr byla skutečnost, že u něj docházelo k intrauterinní expozici alkoholu a cigaretovému kouři. Sběr potřebných dat probíhal analýzou dokumentace jedince, jeho zúčastněným a nestrukturovaným pozorováním a polostrukturovanými rozhovory se zdravotníky. Zjištěná data byla zaznamenávána do poznámek či elektronickou formou na diktafon a porovnávána s odbornou literaturou.

Výsledek

Vybraný jedinec v kojeneckém věku pochází z šesté nesledované gravidity, v jejímž průběhu matka kouřila v počtu 40 cigaret za den a užívala tvrdý alkohol, jehož množství nebylo blíže specifikováno. Dle posouzení lékařů se narodil ve 37.–38. gestačním týdnu těhotenství, diagnostikován byl porod spontánní překotný v poloze podélné hlavičkou, přítomnost zelené vody plodové a asfyxie během porodu. Po porodu bylo nutné provedení taktiní stimulace novorozence, odsátí dýchacích cest a pětkrát prodechnutí ambuvakem. Posouzení zdravotního stavu novorozence bezprostředně po porodu bylo

zhodnoceno bodovacím systémem Apgar skóre čísla 7–8–10. Novorozenec vážil 2480 g a měřil 47 cm, byl diagnostikován jako hypotrofický rizikový jedinec. Zjištěna byla přítomnost známek hraniční zralosti. Obvod hlavičky s mírou 31,5 cm se nacházel pod hranicí dolního pásma normy. Matka po porodu předčasně opustila nemocnici a žádala o umístění novorozence do ústavní péče.

Tabulka 1 zaznamenává vývoj kojenice v jednotlivých měsících života, kdy bylo prováděno vlastní pozorování. Dosavadní neuropsychický vývoj v jednotlivých měsících je neuroložkou hodnocen jako odpovídající věku kojenice, doposud nebylo diagnostikováno alkoholové poškození jedince. Ačkoli jsou přítomny nízké tělesné parametry, roste kojenec progresivně.

Ženy jsou oproti mužům vůči tabáku a alkoholu vnímavější a negativní dopady se u nich dostaví dříve.

Budoucí vývoj je těžko odhadnutelný, ačkoli je dosavadní vývoj uspokojivý, neznamená to, že tomu tak bude i nadále. Jedná se o kojenice s rizikovou anamnézou a je třeba další průběžné sledování a hodnocení vývoje. Rozhodující bude nejspíš batolecí a předškolní období, kdy by se s největší pravděpodobností začaly projevovat možné psychické odchylky související s matčíným abúzem návykových látek. U jedince nemusí být diagnostikována forma alkoholového poškození, a přesto se u něj mohou vyskytovat známky svědčící pro jisté matčino užívání alkoholu v těhotenství (husté čnící vlasy, šilhavost, široký kořen nosu, tenký horní ret).

Významné je tedy nyní vyhledání vhodného prostředí pro kojenčův další vývoj a jeho průběžné sledování odborníky.

Diskuze

Osobní případová studie vybraného kojenice byla prováděna po dobu pěti měsíců. Vzhledem k tomu, že matka neměla zájem o pravidelné lékařské sledování gravidity a užívala nikotin a alkohol v průběhu těhotenství, lze konstatovat, že se jedná o zanedbané těhotenství. Zpráva o nedávném násilí ze strany partnera a umístění pěti dětí mimo rodinu vypovídá o matčíně nesnadné psychosociální situaci. Tyto skutečnosti odpovídají tvrzení, že těhotné ženy užívající návykové látky mají mnohdy nelehkou životní situaci v řadě oblastí, nedocházejí do prenatální poradny a práce s nimi je tedy obtížná (Velemínský a Žižková, 2008, s. 26). Po porodu žádala matka o umístění novorozence do kojeneckého ústavu, což představuje další problematiku, též často spjatou s užíváním návykových látek v těhotenství. Dle některých výzkumů prenatální psychologie mají matčiny pozitivní emoce ve vztahu k dítěti rozhodující význam, a to již před jeho narozením. Matčino vnitřní nepřijetí dítěte může být totiž příčinou jeho duševních poruch či negativních postojů v pozdějším věku (Ratislavová, 2008, s. 25).

Jedinec byl umístěn do nejmodernějšího dětského centra, kde byl prováděn i samotný výzkum. Ačkoli matka v těhotenství kouřila a pila al-

kohol, nebyl u novorozence diagnostikován novorozenecký abstinenceční syndrom. Skutečnosti týkající se porodu hypotrofického novorozence se známkami hraniční nezralosti odpovídají údajům v odborné literatuře o nízkých porodních parametrech souvisejících s užíváním alkoholu či nikotinu v těhotenství. Králíková a Himmerová (2004, s. 271) dokonce uvádějí, že riziko malého vzrůstu stoupá s počtem vykouřených cigaret. Cigaretový kouř způsobuje vazokonstrikci, v jejímž důsledku dochází ke snížení zásobování plodu kyslíkem a živinami. Růstová retardace, vzniklá nitroděložním působením alkoholu na vyvíjejícího se jedince, je považována za jeden z charakteris-

Tab. 1. Tělesný a psychický vývoj kojence v období do osmého měsíce věku

0.–3. měsíc	4. měsíc	5. měsíc	6. měsíc	7. měsíc	8. měsíc
2480 g, 47 cm, o = 31,5 cm	4800 g, 59 cm, o = 37,5 cm	5280 g, 62 cm, o = 38,5 cm	5500 g, 64 cm, o = 39 cm	6350 g, 64 cm, o = 40 cm	6600 g, 66 cm, o = 41 cm
klidná, bez známek zvýšené iritability sleduje obličej sestry, pokojná živě se pohybuje, dotýká se hraček neuropsychický vývoj odpovídá, rizikový jedinec tělesné parametry pod hranicí dolního pásma normy	přetáčí se ze zad na břicho, usmívá se husté čnicí vlasy, šilhavost, široký kořen nosu, tenký horní ret pravidelné sledování malého obvodu hlavy	aktivně se převrací na břicho, pozoruje okolí, nejjistě vede ruku k hračce, usměvavá	v mé přítomnosti zdrženlivá, pozorně hledí převrací se z břicha na záda, za podané prsty se přitahuje do sedu, uchopuje plochou dlaně USG vyš. – mozkové struktury bez patologických změn	překládá hračky z ruky do ruky, tluče jimi do stolu, v poloze na zádech uchopuje chodidla zajímá se o ostatní kojence, navazuje kontakt žvatláním neurologické vyš. odloženo – zánět středního ucha	začíná pomalu lézt, sama se v prostoru posadí, uchopuje hračky do každé ruky jednu žvatlá, umí udělat „pa, pa“ neurologické vyš. – celkově drobné dítě, hlavička roste, odpovídá věku, sledovat obvod hlavy

tických znaků alkoholového poškození (Velemínský a Žižková, 2008, s. 37). Malý obvod hlavy, který je u kojence důkladně sledován, odpovídá informacím v literatuře, které poukazují na jeho výskyt u dětí žen užívajících v těhotenství alkohol či cigarety. Ač se měsíčně zaznamenávají tělesné parametry nacházejí v dolním pásmu percentilové sítě růstové tabulky, zakreslené body znázorňují rovnoměrný růst kojence, nedochází u něj tedy k růstovému zaostávání. Dosavadní neuropsychický vývoj je ošetřující neuroložkou hodnocen jako odpovídající věku a nevyskytují se žádné psychické odchylky, o kterých se dočítáme v odborné literatuře. Kojencovu šilhavost, jež byla diagnostikována ošetřující neuroložkou, a širší kořen nosu spolu s tenkým horním rtem a hustými čnicími vlasy bychom mohli považovat za důsledek jistého alkoholového poškození. Jsou to však nespecifické známky, které mohou i nemusejí souviset s matčím užíváním alkoholu.

V provedených rozhovorech s odbornými pracovníky dětského centra byl zjišťován následný vývoj kojence. Jeho neuropsychický vývoj může odpovídat jako doposud, může se však též postupně projevat opožďování ve vývoji – vlivem alkoholu, nikotinu či genetického podkladu od rodiny. V dalším vývoji jedince může tedy docházet ke zpomalení či narušení tělesného, psychického a sociálního vývoje. Mohou nastat odchylky v chování, schopnosti přizpůsobování, v intelektuálním vývoji a vývoji dovedností. Nejpravděpodobněji by se možné psychické odchylky objevily v batolecím a předškolním věku, kdy dochází k osobnostním proje-

vům dítěte. Rozhovory potvrzují skutečnost, že vývoj jedince ovlivňuje mnoho faktorů a nelze určit, do jaké míry je za postižení zodpovědná daná návyková látka či průběh těhotenství, porodu nebo stav dítěte po narození (Velemínský a Žižková, 2008, s. 36). S tím souvisí také skutečnost, že aktuální počet jedinců s vrozenou alkoholovou poruchou není znám (ÚZIS ČR). Důsledky nitroděložního působení těchto látek mohou být řadu let nenápadné, diagnostikovány mohou být na základě dalšího vývoje či vůbec.

Výchovné sestry i dětská psycholožka poukazují na současnou situaci, kdy se vyskytuje vícečetné rizikové chování, to znamená, že je-li u ženy přítomen nikotinismus a užívání alkoholu, kombinuje ve většině případů tyto látky s dalšími drogami. Navzdory komplikovanosti zmíněného problému je třeba poskytnout multidisciplinární pomoc takto ohroženým ženám a jejich dětem. Potomci takovýchto matek patří do rizikové skupiny, a to z hlediska porodnictví, pediatrie, psychologie i sociologie, neboť jsou vystavováni nejrůznějším faktorům biologického a psychologicko-sociálního charakteru, což může vážně ohrozit jejich vývoj (Velemínský a Žižková, 2008, s. 20).

Závěr

Cílem naší práce bylo zjistit důsledky nitroděložního působení alkoholu a cigaretového kouře na vývoj plodu. Nejen těhotným ženám by měly být poskytovány jasné informace o škodlivém účinku těchto látek. Z této studie vyplývá, že vývoj jedince je ovlivněn celou řadou faktorů a jasně určit, do jaké míry se na něm podílelo působení nikotinu a alkoholu, je obtížné. Závislost na těchto

látkách však není jen zdravotnický problém. Sedláček a Žižková (2007, s. 36) uvádějí, že novorozenci matek užívajících návykové látky v těhotenství jsou mnohdy adepty na pobyt v kojeneckém ústavu. Je tedy potřeba poskytovat cílenou pomoc rizikovým ženám i jejich dětem. Diagnostika alkoholového poškození a vlivu nikotinismu na narozené dítě není snadná, přesto jsou prokázány jejich závažné důsledky. Ačkoli tedy není známo škodlivé množství alkoholu a cigaretového kouře, které již negativně ovlivní plod, stále se jedná o drogy, které vyvíjejícímu se jedinci nic dobrého nepřinesou. ❧

Literatura:

1. Králíková E, Himmerová V. Kouření a reprodukce. 2. část: Kouření a těhotenství. Časopis lékařů českých. 2004;143(4):270–273. ISSN 0008-7335
2. Ratislavová K. Aplikovaná psychologie – porodnictví. 1. vydání. Praha: Reklamní atelier Area s. r. o., 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4
3. Sedláčková K, Žižková B. Dopad užívání psychoaktivních látek v těhotenství. Sestra. 2007;17(7–8):35–36. ISSN 1210-0404
4. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Telefonická konzultace ze dne 2. 9. 2014
5. Velemínský M, Žižková B a kol. Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství. 1. vydání. Praha: Triton, 2008. 341 s. ISBN 978-80-7387-095-9

Recenzovaly:

Bc. Dana Zachová, DiS.
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Mgr. Marie Ptašková
Městská nemocnice Ostrava

Sprevádzajúce osoby pri pôrode z pohľadu zdravotníckych pracovníkov

Súhrn:

Odborná literatúra nám ponúka množstvo článkov o pozitívnom vplyve sprevádzajúcich osôb rodičiek na priebeh pôrodu. Cieľom štúdie bolo zistiť, aké sú názory a skúsenosti zdravotníckych pracovníkov pracujúcich na pôrodnej sále na účasť sprevádzajúcich osôb rodičiek pri pôrode. Štúdie sa zúčastnilo 83 respondentov (vek $40,16 \pm 11,07$). Boli to pôrodné asistentky a gynekológovia/pôrodníci pracujúci na pôrodných sálach. Ako merací nástroj bol použitý dotazník vlastnej konštrukcie. Výsledky štúdie ukazujú, že zdravotnícki pracovníci vnímajú sprevádzajúce osoby rodičiek skôr pozitívne (45,78 %), sú však aj zdravotnícki pracovníci, ktorí ich vnímajú skôr negatívne (14,45 %) a negatívne (2,40 %). Sprevádzajúce osoby neprekážajú vo výkone práce 51,80 % zdravotníckym pracovníkom a niekedy prekážajú 39,75 % zdravotníckym pracovníkom. Najčastejšiu negatívnu skúsenosť má zdravotnícky personál s manželmi/partnermi (50,60 %) a s dulamí (33,73 %). Je potrebné neustále pracovať na vytváraní pozitívneho, podporujúceho prostredia voči sprevádzajúcim osobám zo strany zdravotníkov, ako aj zapracovať na vylepšení podmienok pre účasť sprevádzajúcich osôb, ako aj samotnej prípravy sprevádzajúcich osôb o možnostiach pomoci rodičke, aby sa predišlo konfliktom a negatívnemu vnímaniu, či už zo strany zdravotníckeho personálu, alebo samotných rodičiek a sprevádzajúcich osôb.

Kľúčové slová:

pôrod – sprevádzajúce osoby – rodička – pôrodné asistentky – gynekológovia – pôrodníci.

Summary:

Accompanying persons during delivery from the perspective of health professionals

The literature offers us a lot of articles about the positive impact of accompanying persons to the birth mothers. The aim of the survey was to determine what the opinions, experiences of health professionals working in the delivery room for the participation of persons accompanying mothers in childbirth. The study involved 83 respondents (age 40.16 ± 11.07). They were midwives and gynecologists/obstetricians working in the delivery room. As a measurement tool has been used the questionnaire constructed by ourselves. Our research results indicate that perception of an accompanying person by medical staff is rather positive (45.78 %), but there is a proportion of personnel that perceives them rather negative (14.45 %) or negative (2.40 %). Accompanying person is not hindering fulfillment of professional duties in 51.80 % of responses, they are sometimes hindering in 39.75 % of responses of medical personnel. Accompanying group which most commonly causes negative experience is the husband/partner (50.60 %), followed by the dula (33.73 %). It is necessary for medical personnel to permanently work on creating a positive, supportive surroundings in relation to the accompanying person, as well as contribute either to the improvement of conditions in which the accompanying person can take their part or to the specific training of rules and conditions under which the accompanying person is allowed to offer their help to the woman in labor, so that it is possible to effectively prevent conflict situations or negative perceptions either from the side of medical personnel or from the side of women in labor and their accompanying persons.

Keywords:

delivery – accompanying persons – woman in labor – midwives – gynecologists – obstetricians.

R

Mgr. Lucia Mazúchová, PhD., Ústav pôrodnej asistencie JLF UK v Martine

Úvod

Prítomnosť sprevádzajúcej osoby rodičky na pôrodnej sále je stále častejším javom, s ktorým sa stretáva každý zdravotnícky pracovník pracujúci na pôrodnej sále. Účasť partnera pri pôrode je právom každej rodičky (Charta práv pacienta v Slovenskej republike, článok 7, bod 4), ak to priestorové, materiálne a personálne podmienky zariadenia umožňujú a ak je zo strany partnera dodržaných niekoľko základných princípov (MZ SR, 2008). Je na pôrodnej asistentke, aby pri prvom kontakte so sprevádzajúcou osobou posúdila, či sú podmienky z ich strany splnené.

V literatúre sa stretávame s množstvom odborných článkov, ktoré potvrdzujú teórie o pozitívnom vplyve sprevádzajúcich osôb rodičky na priebeh pôrodu a vnímanie

Prítomnosť sprevádzajúcej osoby rodičky na pôrodnej sále je stále častejším javom, s ktorým sa stretáva každý zdravotnícky pracovník pracujúci na pôrodnej sále





celého procesu samotnou rodičkou. Napriek tomu sa však stretávame aj s negatívnymi názormi zdravotníckych pracovníkov na účasť sprevádzajúcich osôb pri pôrode, taktiež s ich pochybnosťami o význame sprevádzajúcich osôb rodičiek.

Cieľom našej štúdie bolo zistiť názory, skúsenosti pôrodných asistentiek, gynekológov/pôrodníkov pracujúcich na pôrodnej sále s prítomnosťou sprevádzajúcich osôb rodičiek pri pôrode.

Metodika

Ako merací nástroj bol použitý neštandardizovaný dotazník zameraný na zisťovanie názorov, skúseností pôrodných asistentiek, gynekológov/pôrodníkov pracujúcich na pôrodnej sále s prítomnosťou sprevádzajúcej osoby rodičky. Naším cieľom bolo získať 100 respondentov. Štúdie sa zúčastnilo 83 respondentov. Dosiahnutá bola 83% responsibilita. Z toho bolo 58 pôrodných asistentiek a 25 gynekológov/pôrodníkov zo 6 pôrodníc na Slovensku. Vekový priemer respondentov bol 40,16 (\pm 11,07). Administráciu dotazníkov sme zabezpečili zaslaním poštou jednotlivým kontaktným osobám (pôrodným asistentkám), ktoré zabezpečili distribúciu medzi ostatných zdravotníckych pracovníkov pracujúcich na pôrodnej sále.

Výsledky

Najviac respondentov (45,78 %) vníma sprevádzajúcu osobu skôr pozitívne, 13,25 % pozitívne, 24,09 %

Pôrod dieťaťa je každodennou prácou pôrodníkov a pôrodných asistentiek, ale aj vrcholom tehotenstva ženy, nezabudnuteľnou a hlbokou spomienkou pre rodiacu ženu

neutrálne, 14,45 % skôr negatívne a 2,40 % negatívne (tab. 1). Viac ako polovica respondentov (50,60 %) uviedla, že má negatívnu skúsenosť s prítomnosťou manžela/partnera pri pôrode, a 33,73 % respondentov uviedlo, že má negatívnu skúsenosť s prítomnosťou dudy na pôrodnej sále (tab. 2). Len 8,43 % respondentov uviedlo, že im sprevádzajúce osoby rodičiek prekážajú pri práci. Väčšina respondentov (51,80 %) uviedla, že sprevádzajúca osoba rodičky im nevadí pri výkone ich práce, 39,75 % respondentom sprevádzajúca osoba prekáža pri výkone práce niekedy (tab. 3).

Diskusia

Pôrod dieťaťa je každodennou prácou pôrodníkov a pôrodných asistentiek, ale aj vrcholom tehotenstva ženy, nezabudnuteľnou a hlbokou spomienkou pre rodiacu ženu. V našom súbore mali všetci respondenti skúsenosť s prítomnosťou manžela/partnera rodičky pri pôrode. Viac ako polovica respondentov mala skúsenosť aj s prítomnosťou dudy (57,83 %) alebo mamy rodičky (69,87 %). Partner/manžel/otec dieťaťa je najčastejšou sprevádzajúcou osobou. Len milujúci, informovaný partner/manžel môže rodiacej žene poskytnúť oporu v cudzom nemocničnom prostredí plnom neznámych nástrojov, prístrojov a ľudí.

Podľa výsledkov štúdie väčšina respondentov (45,78 %) vníma sprevádzajúcu osobu skôr pozitívne, 13,25 % pozitívne, 24,09 % neutrálne,

14,45 % skôr negatívne a 2,40 % negatívne (tab. 1). Medzi vnímaním prítomnosti sprevádzajúcej osoby rodičky lekármi a pôrodnými asistentkami boli len malé rozdiely, môžeme konštatovať, že pôrodné asistentky sprevádzajúcu osobu vnímajú o trochu pozitívnejšie ako lekári.

Zástancovia účasti manžela pri pôrode najčastejšie udávajú ako pozitívum ich vplyv na psychickú a emocionálnu pohodu rodičky. Zapojenie otca do procesu pôrodu vedie k redukcii strachu a úzkosti a tým i k zlepšeniu zvládania bolesti (Roztočil, 1996). Rodička sa necíti osamelo v cudzom prostredí pôrodnice, partner/manžel je pre ňu oporou, saturuje jej psychické potreby istoty a bezpečia (Vrábelová, 2003). Partner/manžel pozná svoju partnerku/manželku, vie, ako reaguje v chvíľach nepohody a čo práve potrebuje, či slová podpory a útechy, alebo ubezpečovanie o svojej láske, alebo jej viac ako slová pomôže pohladenie, objatie, držanie za ruku. Sleduje náladu partnerky, usiluje sa vyhovieť jej želaniam, stará sa o jej psychickú pohodu (Kristová, Repková, 2006). Účasť otca pri pôrode napomáha k vžitiu sa do role otca, k bezprostrednému naviazaniu emočnej väzby s dieťaťom, k vytváraniu si pozitívneho vzťahu s potomkom (Nolan, 2012). Prítomnosť manžela pri pôrode taktiež vplyva na jeho vzťah s manželkou/partnerkou, vzťah sa prehĺbuje, upevňuje sa citová väzba, partneri si uvedomia zodpovednosť za dieťa (Bolfík, 2005). Medzi klad-

Tab. 1. Vnímanie sprevádzajúcich osôb

Vnímanie sprevádzajúcich osôb	Pôrodné asistentky		Gynekológovia/pôrodníci		Spolu	
	n	%	n	%	n	%
pozitívne	10	17,24	1	4	11	13,25
skôr pozitívne	27	46,55	11	44	38	45,78
neutrálne	13	22,41	7	28	20	24,09
skôr negatívne	7	12,06	5	20	12	14,45
negatívne	1	1,72	1	4	2	2,40
spolu	58	100	25	100	83	100

Tab. 2. Zlé skúsenosti so sprevádzajúcimi osobami

Zlé skúsenosti so sprevádzajúcimi osobami	n	%
Manžel/partner	42	(50,60%)
Dula	28	(33,73%)
Mama rodičky	5	(6,02%)
Sestra rodičky	4	(4,82%)
Kamarátka	4	(4,82%)
Spolu	83	100

Tab. 3. Prekážanie prítomnosti sprevádzajúcich osôb vo výkone práce

Prekážanie sprevádzajúcich osôb vo výkone práce	Pôrodné asistentky		Gynekológovia/pôrodníci		Spolu	
	n	%	n	%	n	%
áno	3	5,17	4	16	7	8,43
nie	34	58,62	9	36	43	51,80
niekedy	21	36,20	12	48	33	39,75
spolu	58	100	25	100	83	100

1,72
percent po-
rodných asis-
tentek vníma
sprevádza-
júce osoby
u porodu
negatívne

50,6
percent zdra-
votníckych
pracovníkov
má negatívnu
skúsenosť
s prítomnos-
ťou manže-
lov/partnerov
rodičiek pri
pôrode

né faktory prítomnosti partnera/ manžela, ale aj inej sprevádzajúcej osoby pri pôrode môžeme zaradiť aj vplyv na zlepšenie komunikácie rodičky s pôrodným tímom (Repková, Padyšáková, 2007). Sprevádzajúca osoba zvyčajne reaguje na dianie na pôrodnej sále veľmi vnímavo a môže primeraným spôsobom preniesť požiadavky personálu na rodičku (Vrábelová, 2003).

Na základe podobnej štúdie z roku 2006 medzi pôrodnými asistentkami, kde pôrodné asistentky vyjadrovali postoje k účasti otca pri pôrode, podporné stanovisko k jeho účasti pri pôrode vyjadrilo len 8 % pôrodných asistentiek a čiastočne podporné stanovisko k sprevádzajúcim osobám zaujalo 79 % respondentiek (Kristová, Repková, 2006), môžeme konštatovať, že postoje k sprevádzajúcim osobám vzhľadom k našej štúdii sa vyvíjajú stále viac pozitívnejšie.

U našich respondentov sme tiež zisťovali, s ktorými typmi sprevádzajúcich osôb rodičky pri pôrode majú zlé skúsenosti. Polovica respondentov (50,60 %) vyjadrila, že má negatívnu skúsenosť s prítomnosťou manžela/partnera pri pôrode, a 33,73 % respondentov uviedlo, že má negatívnu skúsenosť s prítomnosťou duly na pôrodnej sále (tab. 2). Keďže najčastejšou sprevádzajúcou osobou pri pôrode je manžel/partner rodičky, s ktorou mali najčastejšie skúsenosti aj naši respondenti, je logické, že s nimi majú zdravotníci aj najčastejšiu ne-

gativnú skúsenosť. Nakoľko však iba polovica respondentov mala skúsenosť s prítomnosťou duly pri pôrode, ich negatívna skúsenosť v tomto prípade (33,73 %) je dosť vysoká. Voči dulám sú na Slovensku určité predsudky, niektorí zdravotníci ich nevnímajú pozitívne, lebo niektoré duly nie sú zdravotníčky, a tak ich považujú za nekompetentné. Niektorí ich vnímajú ako „votrelcov“ alebo aj ako prejav nedôvery zo strany žien voči zdravotníkom, z čoho môže vyplývať ich negatívne vnímanie. Nedorozumenia medzi dulou a zdravotníckym personálom vznikajú často v prípadoch, keď dula, ktorá zastupuje prania ženy, veľmi dôsledne až nekompromisne trvá na ich splnení a na druhej strane zdravotnícky personál prania nemôže alebo nechce rešpektovať. Je to však všetko individuálne a závisí to od konkrétnej duly, nakoľko je vzdelaná, akú dôveru medzi zdravotníkmi si svojim prístupom vybuduje. Je pozitívne, ak dula podporuje v žene aktívny prístup k tehotenstvu, pôrodu i materstvu, podporuje sebavedomie budúcej matky a posilňuje v nej dôveru vo vlastné telo, podporuje zdravý životný štýl, pripravuje ženu na dojčenie. Podľa etického kódu občianskeho združenia Slovenské duly je poslaním duly poskytovať predovšetkým psychickú (ale aj fyzickú) oporu rodiacej matke a jej rodine. Dula žene poskytuje emocionálnu podporu a potrebné informácie už počas tehotenstva, ženu (a jej partnera)

citlivým spôsobom doprevádza pri pôrode, rodine je nápomocná aj v šestonedelí. Kládne si za cieľ prispievať k dobrej telesnej a duševnej pohode matiek a novorodencov. Dula nemá zasahovať do kompetencií lekárov, pôrodných asistentiek ani ďalšieho zdravotníckeho personálu (Sivá, 2015).

Analýzou odpovedí na otázku, či majú zdravotnícki pracovníci pocit, že sprevádzajúca osoba rodičky pri pôrode prekáža vo výkone ich práce, sme zistili, že len 8,43 % respondentom sprevádzajúce osoby rodičiek prekážajú pri práci. Traja z nich svoj názor špecifikovali: „sprevádzajúca osoba ma vyrušuje“, „treba sa im viac prispôsobovať“, „keď tam má muža, nespôsobuje s personálom“. Polovica respondentov (51,80 %) uviedla, že sprevádzajúca osoba rodičky im nevádi pri výkone ich práce. Celkovo až 39,75 % respondentov uviedlo, že im sprevádzajúce osoby rodičiek na pôrodnej sále vadia niekedy (tab. 3). Najčastejšie špecifikovali túto svoju odpoveď nasledovne: „keď sa nevenuje žene, ale iným činnostiam (mobil a pod.)“, „keď má veľa otázok“, „keď fyzicky zavadzajú (málo miesta, plné boxy...)“, „ak komentuje moje výkony a všetko, čo robím“, „keď rozhoduje za manželku“, „keď je drzý, agresívny – žena je vtedy hysterická – chce byť viac ľutovaná“, „vádi mi pri intímnych výkonoch (vyšetrenie ženy)“.

Simkin (2000) uvádza, že sprevádzajúca osoba by mala byť pri

pôrode aktívna a pomáhať rodičke aj fyzicky, napríklad pri zaujatí úľavovej polohy v prvej dobe pôrodnej, pri zaujatí správnej polohy pri tlačení počas druhej doby pôrodnej. Mala by sa starať o zabezpečenie bezpečného prostredia počas chôdze rodičky, podopierať ju, bezpečnosť pri sede na fitlopte, pri vchádzaní do sprchy a vychádzaní z nej, masírovať oblasť krížov a dierkovej oblasti podľa želania rodičky. V druhej dobe pôrodnej kontrolovať správne dýchanie rodičky, názorne demonštrovať dýchanie, v prípade, ak to situácia vyžaduje, po dohode s pôrodníkom prestrihnúť pupočnú šnúru, po dohode s neonatológom asistovať pri prvom ošetrení novorodenca.

Odporcovia myšlienky účasti otca pri pôrode dieťaťa najčastejšie uvádzajú, že prítomnosť ďalšieho laika na pôrodnej sále je nadštandard, ktorý kladie vysoké nároky na prácu už tak dosť zatažených zdravotníckych pracovníkov, dochádza k zmene organizácie práce a prostredia (vyčlenenie pôrodného boxu pre páry, toalety pre návštevy...). V prípade výskytu komplikácií počas pôrodu môže otec na výzvu, aby sa vzdialil z miestnosti, reagovať rôzne, môže odmietnuť odísť. Pôrodnému tímu sa skomplikuje práca, okrem riešenia urgentnej situácie ohľadom rodičky sa musia zaoberať aj nespolupracujúcim partnerom, ktorý nerešpektuje ich pokyny. V tejto oblasti chýba aj legislatívne usmerenie, norma, vyhláška, o ktorú by sa zdravotnícki pracovníci mohli oprieť v prípade neumožnenia manželovi byť pri pôrode svojej manželky (Čunderlík, Mikulaj, 2000).

Častokrát sa pôrodný tím stretáva aj s nevolnosťou partnera, kolapsovými stavmi. Ak manžel omdlie, ľahko sa pri páde môže zraniť a vyžaduje ošetrovanie – starostlivosť od zdravotníckeho pracovníka, ktorého čas mohol byť využitý inak (Lajtman, 2004). Pôrod môže byť pre sprevádzajúcu osobu, zvlášť partnera/manžela, aj neprijemný, traumatizujúci zážitok, môže sa cítiť bezmocný, zúfalý, že nedokáže manželke počas bolestivých kontrakcií pomôcť. Pohľad na množstvo krvi, nástrojov, prístrojov nemusí spĺňať jeho predstavy o prostredí, do ktorého sa má narodiť jeho dieťa, a prežívanie týchto traumatických pocitov môže byť vzdialené od nádherného nezabudnuteľného zážitku na celý život. Týmto môže byť ovplyvnený nie len vzťah

k dieťaťu, ale aj jeho vzťah k partnerke – najmä v oblasti sexuality manželov (Bolfík, 2005). Odporcovia účasti otca pri pôrode často udávajú, že častokrát ide len o komerčný záujem nemocnice, ktorá privítaním otcov na pôrodných sálach získava nielen dobré meno, ale i finančný profit (Lajtman, 2004). Otcovia zas častokrát podliehajú len módnym trendom a zúčastňujú sa pôrodu len preto, že aj ich známy bol pri pôrode a ak on nepôjde, tak je „padavka“ a nekráča s dobou (Kristová, Repková, 2006). Moraučíková a Hlinková (2011) popisujú úlohy zdravotníckych pracovníkov pôrodnej sály pri prítomnosti sprevádzajúcej osoby rodičky, a to venovať pozornosť nie len rodičke, ale aj sprevádzajúcej osobe, reagovať na vegetatívne zmeny (bdelosť, ospalosť) sprevádzajúcej osoby, nadviazať slovný kontakt na ľubovoľnú tému (s ohľadom na prebiehajúci pôrod), sledovať verbálne vyjadrovanie sprevádzajúcej osoby, môže odhaliť psychický alebo fyzický diskomfort, nevykazovať sprevádzajúcu osobu z pôrodnej sály v prípade hroziacich komplikácií, sprevádzajúca osoba väčšinou ocení tímovú kooperáciu a zvýšenú starostlivosť (rozhodnutie treba zvážiť na základe konkrétnych okolností, osobnosti sprevádzajúcej osoby, obsadenosti pôrodného sálu, závažnosti situácie...).

Záver

Je chvályhodné, že väčšina gynekológov/pôrodníkov, pôrodných asistentiek nášho súboru vníma prítomnosť sprevádzajúcich osôb skôr pozitívne. Je potrebné však ešte zapracovať na vylepšení podmienok pre účasť sprevádzajúcich osôb, ako aj zlepšiť samotnú prípravu sprevádzajúcich osôb o možnostiach pomoci rodičke, aby sa predišlo konfliktom a negatívnemu vnímaniu, či už zo strany zdravotníckeho personálu, alebo samotných rodičiek a sprevádzajúcich osôb. Bolo by vhodné vytvoriť lokálne štandardy prítomnosti sprevádzajúcich osôb pri pôrode, ktoré by zjednotili prístup a postoje všetkých zdravotníckych pracovníkov, najmä v otázkach podmienok prítomnosti sprevádzajúcich osôb rodičiek na pôrodnej sále, špecifikácie prípadov, kedy môže byť sprevádzajúca osoba požiadaná, aby opustila pôrodnú sálu, postupov zaujatia postoja voči špecifickým typom sprevádzajúcich osôb – agresívny, vulgárny, po požití alkoholu a pod., fotografovania na pôrodnej sále. ❧



Literatúra:

1. Bolfík J. Prítomnosť partnera pri pôrode – pohľad sexuológa. *Gynekologická prax*. 2005;3(1):58–61
2. Čunderlík A, Mikulaj V. Účasť otca pri pôrode – „štandard“ alebo „nadštandard“. *Lekársky obzor*. 2000;49(5):169–170
3. Kristová J, Repková A. Prítomnosť partnera pri pôrode – áno či nie? *Ošetrovateľský obzor*. 2006;3(1):7–11
4. Lajtman E. Vývojové trendy v pôrodnickej starostlivosti. *Gynekologická prax*. 2004;2(1):41–42
5. Moraučíková E, Hlinková S. Úloha sprevádzajúcej osoby pri pôrode. In *Jihlavské zdravotnícké dny*. Zborník. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, 2011, s. 446–463
6. MZ SR. Charta práv pacienta v SR [online]. 2008 [cit. 2013-01-07]. Dostupné na: <http://portal.gov.sk/Portal/sk/Default.aspx?CatID=17&eventid=432>
7. Nolan M. Preparation for birth and beyond: our health and wellbeing. *Practising midwife*. 2012;15(7):20–1. ISSN 1461-3123
7. Repková A, Padyšáková H. Sprevádzajúce osoby pri pôrode. *Ošetrovateľský obzor*. 2007;4(1–2):33–35
8. Roztočil A et al. Intenzívna péče na porodním sále. Brno: IDVPZ, 1996. 274 s.
9. Simkin P. Partner u porodu. Praha: Argo, 2000. 246 s.
10. Sivá M. Etický kódex občianskeho združenia Slovenské dudy (SD) [online]. *Matervia*. 2015 [cit. 2015-04-17]. Dostupné na: <http://www.matervia.sk/porod-s-dulou/eticky-kodex/>
11. Vrábelová A. Otecko pri pôrode. *Sestra*. 2003;2(1):31

Více o autorce:

Mgr. Lucia Mazúchová, PhD.

1992: ukonč. stred. zdravot. škola, Topoľčany; 1997: ukonč. Mgr. štúdium Ošetrovateľstvo – JLF UK; 2000: doplň. pedagog. štúdium – PdF UK; 2003: Kurz „Poradenstvo pri dojení“; 2008: ukonč. doktorand. štúdium v odbore Ošetrovateľstvo – JLF UK, Martin; 1997–2002: SZŠ M. R. Štefánika, Martin – učiteľ odb. predmetov; 2003–2011: UK JLF Martin, Ústav ošetrov. – odborná asistentka; od 2011: UK JLF Martin, Ústav pôrodnej asistencie – odbor. asistentka

Recenzovaly:

PhDr. Drahomíra Filausová

Katedra ošetrovateľstva a porodní asistencie, ZSF, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Mgr. Bc. Jiřina Weisová

porodní asistentka, Gynekologicko-pôrodné oddelenie Slezská nemocnice v Opavě



Rizika kombinované
hormonální
antikoncepce

Inkontinence moči
u žen a speciální
urodynamické
vyšetření

gynekologie odborné téma

Rizika kombinované hormonální antikoncepce

Kombinovaná hormonální antikoncepce je nejčastější formou antikoncepce v České republice. Její název odráží složení, tedy kombinaci dvou hormonů – estrogenů a progestinů. Za více než padesát let existence zaznamenala kombinovaná hormonální antikoncepce obrovské změny.



Mgr. Drahomíra Stará, Institut klinické a experimentální medicíny, Ústavní lékárna

Snížila se dávka, upravilo se složení jak estrogenů, tak progestinové složky, přibyla řada režimů a forem užívání. V současnosti představuje kombinovaná hormonální antikoncepce jednu z nejspolehlivějších reverzibilních metod antikoncepce, která pro zdravé ženy představuje jen velmi malá zdravotní rizika. Její užívání naopak přináší i některé neantikoncepční pozitivní efekty: příznivě upravuje intenzitu menstruačního krvácení, umožňuje kontrolu nad pravidelností krvácení, snižuje intenzitu menstruačních bolestí, léčí akné.

V České republice užívá některou z forem hormonální antikoncepce více než 50 % žen, přičemž podíl kombinované perorální antikoncepce je největší. Přesto je řada lidí k hormonální antikoncepci stále nedůvěřivá, jejich obavy jsou obvykle spojovány s přibýváním na váze, rizikem rakoviny, možností dalšího otěhotnění. Mezi nejčastěji uváděné nežádoucí účinky patří nauzea, bolesti prsou, intermenstruační krvácení a bolesti hlavy. Je vhodné na ně ženy dopředu upozornit a zároveň ujistit, že obvykle během několika málo cyklů odezní. Pokud špinění a krvácení mimo cyklus přetrvává i po třech měsících, může pomoci výměna za preparát s vyšším obsahem estrogenů (Grossman Barr; 2010).

Vztah migrény a kombinované hormonální antikoncepce je problematický. Nově vzniklé bolesti hlavy se objevují asi u 10 % žen, ale během několika prvních cyklů obvykle odezní (Loder, Buse, Golub; 2005). Na druhou stranu migréna s aurou je rizikovým faktorem pro rozvoj cévní mozkové příhody, proto je absolutní kontraindikací pro užívání kombinované hormonální antikoncepce, která riziko cévní mozkové příhody zvyšuje také. Naopak v případě menstruační migrény může mít kontinuální podávání kombinované hormonální antikoncepce terapeutický účinek (Grossman Barr; 2010).

Jedinou formou hormonální antikoncepce, která je spojována s přibýváním na váze, je medroxyprogesteron (Depo-provera) podávaný

v depotní injekci (Grossman Barr; 2010). Pro žádnou z forem kombinované hormonální antikoncepce nebyla souvislost s přibýváním na váze nalezena (Gallo et al.; 2014). Studie také vyvrátily další z častých obav ohledně možnosti dalšího otehotnění po ukončení užívání HA, která by jím také být ovlivněna neměla (Mansour et al.; 2011).

Tak jako u spousty jiných léčivých látek se i s užíváním kombinované hormonální antikoncepce pojí určitá závažná rizika. Týkají se však převážně predisponovaných žen, jako jsou kuřačky, ženy s vysokým krevním tlakem, obézní, ženy s vrozenou trombofilií. Největší pozornost je odborníky věnována kardiovasku-

ličtí kombinovanou hormonální antikoncepci ve srovnání s neobézními ženami neužívajícími hormonální antikoncepci (Brito, Nobre, Vieira; 2011). Velmi diskutovanou otázkou je screening trombofilních mutací. Protože výskyt trombofilních mutací v populaci je nízký a plošný screening všech žen žádajících antikoncepci je finančně nákladný, Světová zdravotnická organizace jej zatím nedoporučuje. Uvažovat o něm by však měly ženy s výskytem trombofilie u příbuzných první linie (Maxwell et al.; 2014).

Arteriální trombóza s projevy ischemické choroby srdce a mozku se vyskytují u žen ve fertilním věku velmi vzácně. Jejich vznik souvisí s po-

la mít závažné důsledky (Křepelka, Kolařík; 2012). Souhrn kontraindikací k podávání kombinované hormonální antikoncepci je uveden v tabulce 1.

Častým argumentem pro odmítnutí hormonální antikoncepce je strach z nádorových onemocnění. Gynekologové však v současné době přisuzují kombinované hormonální antikoncepci spíše ochranný efekt vzhledem k celkovému riziku výskytu rakoviny. Byl prokázán její významný protektivní účinek na rozvoj karcinomu endometria a ovariálního karcinomu (včetně nosiček mutace BRCA-1, BRCA-2). Jedná se o jeden z nejdůležitějších příznivých účinků kombinované hormonální antikoncepce, protože dochází ke snížení rizika výskytu těchto nádorových onemocnění až o 50 %. Většina studií také prokazuje snížené riziko kolorektálního karcinomu u žen užívajících kombinovanou hormonální antikoncepci. Naproti tomu nejednotné výsledky přinášely některé studie o vlivu kombinované hormonální antikoncepce na výskyt rakoviny prsu, některé jej potvrzovaly, některé však souvislost vyvracely a upozorňovaly na vyšší záchyt u uživatelky díky pravidelným návštěvám gynekologa a na diagnostiku nádorů v méně pokročilém stadiu. Několik velmi rozsáhlých studií se však shodlo na mírně vyšším riziku rakoviny prsu pro současné uživatelky kombinované hormonální antikoncepce. Toto riziko zřejmě přetrvává ještě dalších 5–10 let po ukončení užívání, kdy se srovnává s ostatní populací. Výskyt rakoviny prsu v rodině však rozhodně není důvodem neužívat kombinovanou hormonální antikoncepci, protože u těchto žen nebylo zjištěno další riziko, stejně tak ani u no-

V ČR užívá některou z forem hormonální antikoncepce více než 50 % žen, přičemž podíl kombinované perorální antikoncepce je největší.

lárním onemocněním, především hluboké žilní trombóze. Užíváním kombinované hormonální antikoncepce se sice zvyšuje riziko žilní trombózy, nicméně u jinak zdravých žen je toto riziko nízké. Protrombogenní efekt je dán hlavně estrogenní složkou a souvisí s použitou dávkou, obsažený progestin jej pouze modifikuje, nejmenší riziko představuje zřejmě levonorgestrel. Uváděné riziko se v různých studiích liší, například v jedné metaanalýze bylo pro nositelky leidenské mutace užívající kombinovanou hormonální antikoncepci zvýšeno 17krát. Jiná studie ukázala 9–24krát vyšší riziko hluboké žilní trombózy pro obézní ženy

škozením endotelu cév, které je dané mnoha faktory: nevhodná strava, sedavý způsob života, kouření, věk atd. Estrogeny obsažené v kombinované hormonální antikoncepci toto riziko v závislosti na dávce dále zvyšují. Proto ženy starší 35 let, které vykouří více než 20 cigaret denně a užívají HA, mají více než desetinásobně vyšší riziko infarktu myokardu než stejně staré nekuřačky (Křepelka, Kolařík; 2012). Opatrnost je nutná i u žen s hypertenzí. Na rozdíl od endogenních estrogenů totiž syntetické hormony krevní tlak zvyšují. U jinak zdravých žen nemá tato změna klinický dopad, avšak u žen, které se již s vysokým krevním tlakem léčí, by moh-

Ženy starší 35 let, které vykouří více než 20 cigaret denně a užívají HA, mají více než desetinásobně vyšší riziko infarktu myokardu než stejně staré nekuřačky

Tab. 1. Souhrn kontraindikací k podávání kombinované hormonální antikoncepce

Absolutní kontraindikace – kombinovanou hormonální antikoncepci nelze předepsat, musí být zvolena jiná metoda (čistě progestinová antikoncepce, bariérové metody atd.).

Relativní kontraindikace – kombinovaná hormonální antikoncepce je málo vhodná. Zůstává metodou poslední volby, vhodné je preferovat jiné metody antikoncepce.

Cirhóza, hepatocelulární karcinom, akutní virová hepatitida	Absolutní kontraindikace
Hluboká žilní trombóza, plicní embolie v osobní anamnéze	Absolutní kontraindikace
Ischemická choroba srdeční, cévní mozková příhoda – akutní, v osobní anamnéze	Absolutní kontraindikace
Karcinom prsu do 5 let po léčbě	Absolutní kontraindikace
Kouření < 15 cigaret/den, věk > 35 let	Relativní kontraindikace
Kouření > 15 cigaret/den, věk > 35 let	Absolutní kontraindikace
Léčená hypertenze > 160/100 mm Hg	Absolutní kontraindikace
Léčená hypertenze 140–159/90–99 mm Hg	Relativní kontraindikace
Migréna bez aury, věk > 35 let	Relativní kontraindikace
Migréna s aurou	Absolutní kontraindikace
Mnohočetné rizikové faktory pro arteriální trombózu (kouření, věk, diabetes, hypertenze)	Relativní kontraindikace
Šestinedělí u kojících žen	Absolutní kontraindikace
Velký chirurgický výkon s dlouhodobou imobilizací	Absolutní kontraindikace
Závažná trombofilní mutace	Absolutní kontraindikace



sitelek mutace BRCA-1 a BRCA-2 (Burkman, Bell, Serfaty; 2011). Naopak významně je zvýšené riziko karcinomu děložního hrdla u žen, které užívají kombinovanou hormonální antikoncepci více než 5 let, toto riziko opět po 10 letech od ukončení užívání zaniká. Zároveň je však dobře prozkoumána souvislost mezi karcinomem děložního hrdla a infekcí HPV (human papillomavirus). Předpokládá se, že kombinovaná hormonální antikoncepce není nezávislým rizikovým faktorem, ale že je jakýmsi kofaktorem, který zvyšuje až čtyřikrát riziko karcinomu děložního hrdla u žen HPV pozitivních (Moreno et al.; 2002).

Kombinovaná hormonální antikoncepce není některými ženami vnímána jako lék, a tak ji ani nevzpomenou při hovoru se zdravotníky. Přitom právě z důvodu rizika hluboké žilní trombózy se obvykle doporučuje ji vysadit 4–6 týdnů před plánovanou velkou operací s dlouhodobou imobilizací. Krátký zákrok, včetně operace varixů, nevyžaduje z hlediska antikoncepce specifická opatření. V případě akutního zákroku je vhodné ji ponechat, ale zajistit pacientku miniheparinizací (Burkman, Bell, Serfaty; 2011).

Dalším aspektem jsou lékové interakce. Při odebrání lékové anamnézy by se zdravotníci měli aktivně ptát na užívání hormonální antikoncepce. Některá léčiva totiž

mohou její účinek snížit a mít za následek nechtěné těhotenství, jedná se především o antiepileptika nebo tzv. antiretrovirotika k léčbě HIV či bylinku třezalku. Stále ještě často zmiňovaná léková interakce mezi antibiotiky a hormonální antikoncepcí byla v nedávné době přehodnocena a nepovažuje se již za nebezpečnou z hlediska selhání účinku. Předpokládalo se, že změnou střevní mikroflóry dojde k rychlejšímu vylučování estrogenů a tím pádem i ke snížení účinku. Studie však tuto hypotézu nepotvrdily. Není proto nutné používat další antikoncepční metodu při krátkodobém užívání antibiotik (do 3 týdnů), pokud ovšem nevyvolají průjem či zvracení jako nežádoucí účinek. Jedinou výjimkou je rifampicin, u kterého interakce probíhá na odlišném principu (Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit; 2005).

Široká škála přípravků kombinované hormonální antikoncepce umožňuje velké části žen výběr preparátu, který pro ně bude představovat minimální zdravotní riziko a zároveň jim bude vyhovovat režimem užívání a formou aplikace. V případě kontraindikací je možné volit například čistě progestinovou antikoncepci. Zásadní je však komunikace mezi ženami žádající antikoncepci a lékaři a sestrami, protože pouze tak mohou být včas odhalena případná rizika. ❧

Literatura:

1. Brito MB, Nobre F, Vieira CS. Hormonal contraception and cardiovascular system. *Arquivos Brasileiros De Cardiologia*. 2011;96(4):81–89
2. Burkman R, Bell C, Serfaty D. The evolution of combined oral contraception: improving the risk-to-benefit ratio. *Contraception*. 2011;84(1):19–34
3. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness unit. FFPRHC Guidance (April 2005). Drug interactions with hormonal contraception. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care / Gynecologists*. 2005;31(2):139–151
4. Gallo MF et al. Combination contraceptives: effects on weight. In: *The Cochrane Collaboration* (Ed.). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. 2014
5. Grossman Barr N. Managing adverse effects of hormonal contraceptives. *American Family Physician*. 2010;82(12):1499–1506
6. Křepelka P, Kolařík D. Hormonální antikoncepce a kardiovaskulární systém. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře*. 2012;14(3):255–260
7. Loder EW, Buse DC, Golub JR. Headache as a side effect of combination estrogen-progestin oral contraceptives: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2005;193(3 Pt):636–649
8. Mansour D et al. Fertility after discontinuation of contraception: a comprehensive review of the literature. *Contraception*. 2011;84(5):465–477
9. Maxwell WD et al. Selection of Contraceptive Therapy for Patients with Thrombophilia: A Review of the Evidence. *Journal of Women's Health*. 2014;23(4):318–326
10. Moreno V et al. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *Lancet*. 2002;359(9312):1085–1092

Více o autorce:

Mgr. Drahomíra Stará

2003–2008: Studium na Farmaceutické fakultě UK v Hradci Králové; od 2008: Ústavní lékárna IKEM; 2013: Atestace v klinické farmacii

Inkontinence moči u žen a speciální urodynamické vyšetření

Lucie Houfková, DiS., Nestátní zdravotnické zařízení GONA, s. r. o. – Urogynekologická ambulance, Praha

Nedobrovolný únik moči v dospělosti je velmi nepříjemný. Neschopnost ovládat základní tělesné funkce je pro většinu žen ponižující a vede k utajování těchto potíží. Strádající ženy se vzdávají mnohého ze svého běžného života a dochází ke zřejmému poškození jejich sociálních vazeb (kamarádi, přátelé), partnerských a sexuálních vztahů, profesního zařazení a celkové spokojenosti. Starost o domácnost, odpočinek a zájmové aktivity jsou tím také ovlivněny.

Druhy močové inkontinence

Stresová inkontinence – zátěžová

Jde o nejrozšířenější typ inkontinence. S touto formou se setkává ve svém životě 40 % žen, a to bez závislosti na věku. Projevuje se únikem moči z nedostatečně uzavřené močové trubice při zvýšení nitrobřišního tlaku. Faktory podílející se na vzniku jsou: pokles pánevního dna, nadměrná fyzická námaha, porod, infekce močových cest, vroze- ná dispozice, nedostatek ženských hormonů (estrogenů) v menopauze, nevhodné návyky v pitném, ale i vymešovací režimu, chronický kašel (astma, kouření), přidružená onemocnění, ev. operace v malé pánvi, životaspráva – obezita.

Urgentní inkontinence – nutká

Do této problematiky patří tzv. hyperaktivní močový měchýř – OAB – Overactive bladder, kdy se močový měchýř vyprazdňuje i při nižším objemu naplnění. Setkáváme se s ní až u 30 % žen, většinou ve vyšším věku. Příznaky jsou náhlé nucení na močení, časté močení – více než osmkrát za den, noční močení a někdy může dojít k úniku moči – inkontinenci.

Smíšená inkontinence

Kombinace obou předchozích.

Léčba močové inkontinence

Stresová inkontinence – fyzioterapie – rehabilitace svalů pánevního dna, elektrostimulační léčba – jedná se o nepřímou elektrostimulaci nervových struktur pánevního dna pomocí poševně umístěné elektrostimulační sondy (vaginálně nebo rektálně). Efekt stimulace je způsoben hlavně kontrakcí příčné pruhovaného svalu. Stimulace je vhodná po dobu 30 minut denně v průběhu jednoho měsíce; **medikamentózní léčba** – léky, jejichž účelem je zvýšit uretrální uzavírací tlak pomocí hladkých svalových vláken v uretře a příčné pruhované svaloviny svěračů a pánevního dna. Nejčastěji se používají poševně podávané estrogeny; **pesaroterapie** –

Mnoho žen svou inkontinenci stále utajuje. Ke zlepšení této situace by měla pomoci nejen osvěta, ale i léčba správnou metodou.

vaginální pesary, jde o silikonový kroužek – upravuje anatomické poměry; **operační léčba** – zejména tzv. páskové metody (TOT – transobturator tape,TVT – tension free vaginal tape), krátkodobý pobyt v nemocnici, rychlá rekonvalescence. Úspěšnost operace volně uložené pásky pod uretrou dosahuje 90–95 %.

Urgentní inkontinence OAB – medikamentózní léčba – využíváme látky, které uvolňují napětí svalstva a tím působí relaxačně na svalstvo močového měchýře (např. parasympatolytika a lék třetí generace agonista beta 3-adrenoreceptorů). Anticholinergika působí především blokadou muskarinových receptorů urotelu a suburotelálních myofibroblastů, čímž snižují uvolňování

Inkontinence je stav, kdy dochází k nechtěnému samovolnému úniku moči. Jedná se o zdravotní i psychický problém, který výrazně ovlivňuje kvalitu života v oblasti hygienické, sociální a ekonomické.

acetylcholinu z uroteliálních buněk a následně ovlivňují aktivaci aferentních nervových struktur; **lokální estrogenní léčba** – hormonální léčba v podobě mastí, čípků a tablet (význam estrogenních receptorů, zejména při jeho nedostatku v době menopauzy – je důležitý pro trofiku močového a pohlavního ústrojí).

Smíšená inkontinence – kombinace obou předchozích.

Gymnastika svalů pánevního dna

Fyzioterapie svalů pánevního dna není určena jen ženám trpícím inkontinencí moči. Je vhodná i pro ženy, které mají ochablé svalstvo a vazivo pánevního dna, způsobené nejčastěji porodem. Cviky se doporučují ženám, které jsou dlouhodobě vystaveny náročné-

mu fyzickému zatížení, a ženám ve vyšším věku, kdy svalstvo a vazivo ochabuje v přirozeném procesu.

Výsledným efektem pravidelného provádění cviků je posílení pánevního dna, zkvalitnění sexuálních prožitků, zlepšení držení těla. Může také vést ke snížení bolesti zad.

Kdy začít cvičit?

Ženy v těhotenství, po porodu nebo ženy, které již trpí problémy s udržením moči, by se měly o vhodnosti cvičení poradit s gynekologem, urogynekologem. Ideální cvičení by mělo probíhat 1–2× denně po dobu 5–10 minut. Cviky by měly být prováděny přesně podle návodu s vyprázdněným močovým měchýřem. (obr. 1)

Urodynamické vyšetření

Urodynamické vyšetření je soubor několika vyšetření (plnicí cystometrie, profilometrie, uroflowmetrie), která se provádějí zpravidla v rámci jediné návštěvy v ambulanci lékaře specialisty. Provádí je urolog, urogynekolog a sestra specialista. Jedná se o minimálně invazivní, nebolestivé vyšetření, které vyhodnocuje funkci dolních močových cest – močového měchýře a močové trubice. Správně provedené vyšetření pacientky pomáhá diagnostikovat pravou příčinu potíží souvisejících s močením a umožňuje včasné zahájení odpovídající léčby. Přístroj pro urodynamické vyšetření by měl být součástí každé odborné urologické nebo urogynekologické ambulance, která poskytuje kompletní péči o inkontinentní pacientky.

Jak se připravit?

Vyšetření může být provedeno pouze v případě tzv. sterilní moči. Proto při prokázané infekci či bakteriurii by měla být pacientka nejprve léčena chemoterapeutiky, popřípadě antibiotiky. Dále je před vyšetřením nutné dodržovat dostatečnou hygienu oblasti genitálu a vyprázdnit konečník (také lze při potížích s plynatostí nebo při střevních potížích dodržet před vyšetřením 1–2 dny bezzbytkové stravy anebo eventuálně využít projímadlo). Zvyklosti pracovišť stran přípravy se mohou lišit.

Kdy se provádí urodynamické vyšetření?

Urodynamické vyšetření je určeno pro pacientky, u kterých byly vyšetřovacími metodami vyloučeny tzv. organické příčiny (záněty, organické příčiny, nádory měchýře či močové trubice, kameny, léky ovlivňující proces močení, stavy po ozáření malé pánve atd.) a nebyly identifikovány příčiny poruchy močení. Také je vyžadováno u pacientů se specifickými problémy, s únikem moči po radikálních chirurgických výkonech, nebo u pacientů s roztroušenou sklerózou a dalšími neurologickými onemocněními.

Co všechno urodynamické vyšetření zahrnuje?

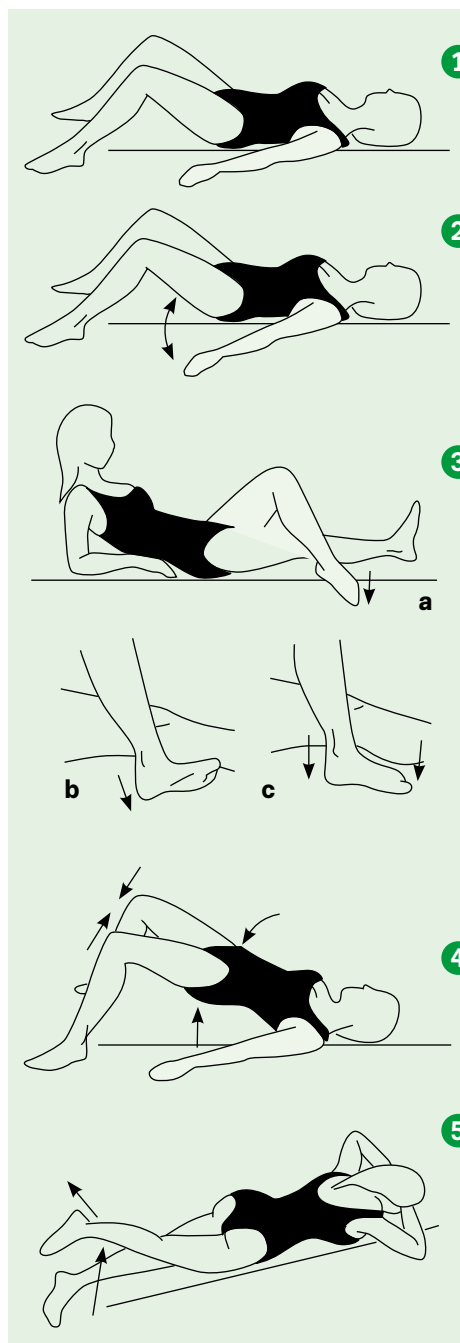
1) Zahajujeme tzv. *plnicí cystometrií*, což je měření vztahu mezi tlakem a objemem v močovém měchýři. Užívá se k měření detruzorové aktivity, pocitů, kapacity močového měchýře a compliance (poddaj-

nost – popisuje vztah mezi změnami objemu měchýře a změnami detruzorového tlaku).

Plnicí cystometrie je vyšetření, které spočívá v zavedení speciální tenké cévky do močového měchýře a do rekta. Přístroj měří rozdíl tlaků během plnění močového měchýře sterilní tekutinou. Vzniká tzv. cystometrická křivka, na níž je zaznamenán první pocit nucení na močení, který pacientka udá vyšetřujícímu, tvar křivky je ovlivněn změnami tlaku v močovém měchýři při plnění.

2) Další součástí urodynamického vyšetření může být tzv. *profilometrie* (uretrální tlakový profil), která spočívá v posunu speciální tenké cévky z močového měchýře a měření tlakových poměrů v močové trubici. Vyhodnocuje se řada parametrů, například maximální uretrální tlak. Kromě měření uretrálního tlakového profilu za klidových podmínek se u žen provádí i měření stresové profilometrie. Uretrální tlakový profil je měřen spolu s intravezikálním tlakem při stresových manévrech – při opakovaném zakašlání.

Obr. 1. Cviky na posílení svalů pánevního dna



1. cvik

Leh na zádech, pokrčené dolní končetiny. S nádechem zapněte svěrač močové trubice, vtáhněte pochvu, doporučuje se výdrž postupně 3, 5 až 7 vteřin, s výdechem v opačném pořadí, než jste zapínaly, postupně uvolňujte.

2. cvik

Leh na zádech, pokrčené dolní končetiny. V nádechu zapněte svěrač močové trubice, vtáhněte pochvu, podsadte pánev. Bez spínání hýžďových svalů! Doporučujeme dechovou výdrž 3, 5, 7 vteřin. S výdechem uvolněte pánev a postupně svaly pánevního dna (pochvu a svěrač močové trubice).

3. cvik

Leh na zádech s oporem o lokty, jedna dolní končetina je natažená, druhá pokrčená v kolenní v překřížení. Střídatě protlačujte s nádechem špičku do podložky – při protlačení zapínejte svěrač močové trubice a vtažte pochvu, s výdechem odlehčujte nohu a uvolněte pochvu a svěrač močové trubice. Potom protlačte patu do podložky – při protlačení vtažte konečník, s výdechem odlehčete patu a povolte konečník. Nakonec protlačte celou plošku – kompletně postupně zapínejte svěrač močové trubice, pochvu i konečník – s výdechem odlehčujte nohu a vše v opačném pořadí.

4. cvik

Leh na zádech, pokrčené dolní končetiny, paže rozpažené. V nádechu zvedněte pánev, postupně zapínejte svalovinu celého pánevního dna (svěrač močové trubice, pochvu a konečník). Stlačte vnitřní kolena k sobě a protlačte ramena a paže do podložky. Dle zdatnosti doporučujeme dechovou výdrž 3, 5, 7 vteřin. S výdechem povolte kolena a v opačném pořadí, než jak jste zapínaly, pánevní dno postupně uvolněte a pánev položte zpět na podložku.

5. cvik

Leh na břicho, ruce složte pod čelo. Pravidelně zhluboka dýchejte. S nádechem zanožte pravou dolní končetinu proprnutou v kolenní a křižte přes druhou, s výdechem vraťte zpět a uvolněte. Opakujte druhou nohou.

3) Konečnou fází měření je tzv. *uroflowmetrie* (UFM) – jde o močení do speciální toalety zaznamenávající parametry močového proudu a následné vyhodnocení (délka močení, maximální a průměrná rychlost proudu moči, objem moči atd.). Tyto údaje mohou lékaři pomoci s diagnózou mikčních potíží, např. zúžené močové trubice, dále u špatně navčičeného procesu močení z dětství, různých neurologických poruch apod.

Má urodynamické vyšetření nějaký negativní účinek?

Jde o výkon minimálně invazivní, přesto se může u malého procenta vyšetřovaných vyskytnout po výkonu příměs krve v moči, nucení na močení či pálení a řezání. Tyto potíže by měly odeznít během 1–2 dnů. Pokud by však přetrvávaly nebo se navíc objevily teploty, zimnice nebo třesavky, je dobré kontaktovat pracoviště, které urodynamické vyšetření provádělo, a je potřeba nasazení antibiotické léčby. Závěrem je třeba zdůraznit, že urodynamického vyšetření se nemusí pacientka bát. Nezbytná je dobrá spolupráce pacienta s lé-

kařem a sestrou. Průměrná doba vyšetření je 45 minut a v průběhu celého vyšetření je zachována intimita pacientky.

Správně provedené vyšetření dokáže lékaři napomoci ke správnému diagnostickému cíli a z toho plynoucí vhodně zvolené terapii.

Pro zajímavost uvádím výsledky dotazníkového šetření z Týdne kontinence (7. ročník The international continence society, který se v ČR konal v roce 2014), kdy ženy odpovídaly na dvě otázky, jak řeší únik moči a zda se svěřily odborníkovi. Oslovených 120 respondentek odpovědělo takto: 1. *Jak řeší ženy únik moči* – 39 % menstruační vložkou, 38 % vložkou pro inkontinenci, 6 % léky, 17 % jiné.

2. *Svěřily se odborníkovi?* – 49 % žen nikomu, 19 % obvodnímu lékaři – urogynekologovi, 16 % gynekologovi, 13 % urologovi, 3 % jiné.

Je tedy zřejmé, že mnoho žen inkontinenci stále utajuje. Cesta, jak tuto situaci zlepšit, spočívá nejen v osvětě žen, ale i v léčbě správnou metodou. Zlepší se tím jejich společenský, ale i sexuální život. Inkontinence se netýká pouze starších žen. ☘



Literatura:

1. Krhut J. Hyperaktivní močový měchýř. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-125-7
2. Martan A a kol. Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-094-1
3. Martan A a kol. Nové operační postupy v urogynekologii – Řešení stresové inkontinence moči a defektů pánevního dna u žen. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-233-9
4. Incoforum, o. s. – dotazníkové šetření – Týden kontinence – The international continence society, r. 2014
5. Žena-in.cz – cvičení pánevního dna

Více o autorce:

Lucie Houfková, DiS.

1998: ukonč. SZŠ sv. Anežky České, Odry – obor Ošetřovatelka; **2002:** ukonč. SZŠ Nový Jičín – obor Všeobecná sestra; **2005:** ukonč. Vyšší zdravotnická škola, Praha – obor Diplomovaná dietní sestra; **2005–2007:** Kožní ambulance, MUDr. Andrea Vocilková spol. s r. o., Praha – všeobecná sestra a nutriční terapeut; **2007–2011:** Ústav dědičných metabolických poruch, VFN, Praha – nutriční terapeutka, všeobecná sestra; **od 2011:** Nestátní zdravotnické zařízení GONA, s. r. o. – Urogynekologická ambulance, Praha – všeobecná sestra – sestra specialista urogynekologie

INZERCE

Národní divadlo

Umělecký šéf: Petr Zúška

Repertoár Baletu Národního divadla v sezoně 2015–2016:

- LOUSKÁČEK A MYŠÁK PLYŠÁK
- SNĚHOVÁ KRÁLOVNA
- VERTIGO
- La Bayadère
- Labutí jezero
- Romeo a Julie
- Čarodějův učeň
- Breil–Vysockij–Kryl / Sólo pro tři
- Česká baletní symfonie II
- Ballettissimo
- Valmont
- Ohad Naharin: decadance

Tančíme srdcem ...

balet

INZERCE

ZNÁTE SESTRÍČKU, KTERÁ POMÁHÁ LÉČIT PACIENTY SVÝM ÚSMĚVEM?
TŘEBA JSTE TO PRÁVĚ VY, KOMU BUDE SLUŠET KORUNKA SESTRY SYMPATIE.

PŘIHLASTE SE DO SOUTĚŽE

SESTRA SYMPATIE

REGISTRACE DO SOUTĚŽE PROBÍHÁ OD 1. 8. 2015
NA STRÁNKÁCH WWW.SESTRASYMPATIE.CZ.

VÍTEŽKA BUDE VYHLÁŠENA 12. 2. 2016 V NÁRODNÍM DOMĚ NA VINOHRADECH
PŘI PŘÍLEŽITOSTI 7. REPREZENTAČNÍHO PLESU SESTRY NA SÁLI!

WE MAKE MEDIA, S. R. O. | ORLICKÁ 2176/9 | 130 00 PRAHA 3
TEL: +420 778 476 475 E-MAIL: INFO@WEMAKEMEDIA.CZ

we make media

Nenechte si ujít šanci pro Váš profesní růst v Německu!

Hledáte zaměstnání na pozici zdravotní sestry?



MBO®
Medizinisch-berufsorientierte
Rehabilitation



BAG Phase III
Bundesverband der
Arbeitsgemeinschaft der
Rehabilitation



DEKRA
ISO 9001
www.dekra.de



BAR
Bundesverband der
Arbeitsgemeinschaft der
Rehabilitation



QM
Quality Management

Pak zašlete Váš životopis do Klinik Bavaria Kreischa. S námi máte možnost začít zajímavou pracovní změnu a profesně se začlenit v Německu.

Naše moderní klinika, jen 5 km vzdálená od Drážďan, hlavního města spolkové země Sasko, se může stát Vaším novým atraktivním pracovním místem. Tato soukromá nemocnice a klinika, specializovaná na rehabilitaci, je jedna z nejuznávanějších na národní úrovni. V rámci speciálních terapeutických programů se zaměřujeme na pacienty, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu, trpí multiorganickou insufiencí, jsou po úrazu nebo se podrobili obzvláště agresivní léčbě rakoviny.

Hledáme proto všeobecné zdravotní sestry a všeobecné ošetřovatele pro obory: neurologie, interní medicína, psychosomatika a ortopedie.

Dokážete si představit spolupráci s námi?

Z naší strany Vám poskytneme veškerou nutnou podporu pro Váš pracovní začátek v Německu, a to v rámci projektu Internacionální spolupráce. Tento projekt, organizovaný klinikou, funguje již přes tři roky a má velký úspěch. S jeho pomocí získalo dodnes přes sto zdravotníků z Evropy právní uznání profese v Německu a jsou zaměstnáni na různých stanicích kliniky Bavaria.

Co požadujeme?

- ▶ odpovídající diplom všeobecné zdravotní sestry (diplom o ukončení studia ve studijním programu ošetřovatelství ve studijním oboru všeobecná sestra, Bc.) nebo diplom všeobecného ošetřovatele (Diplom o ukončení studia ve studijním oboru diplomovaná všeobecná sestra, DiS.)
- ▶ nadšení pro výkon tohoto povolání
- ▶ ochota pracovat v třisměnném provozu jakožto ochota k převzetí specializované a komplexní péče orientované na pacienta (nejen ošetřovatelská ale i základní péče)
- ▶ motivaci k začlenění se do nové kultury a nového pracovního prostředí

- ▶ znalosti němčiny na úrovni alespoň A2 a nasazení při dalším studiu jazyka

Nemáte žádné znalosti němčiny?

- ▶ pak Vám nabízíme online-kurz kliniky Bavaria
- ▶ ten Vám poskytne první znalosti (úroveň A1 a A2), které jsou nutné k nastoupení do jazykového kurzu přímo v klinice
- ▶ online-kurz je bezplatný, financovaný a organizovaný klinikou
- ▶ kurzy vedou kvalifikovaní a certifikovaní lektori německého jazyka jako cizí jazyk

Co nabízíme?

- ▶ dobře zorganizované zaučení a asistenci v českém, anglickém nebo německém jazyce za pomoci našich překladatelů
- ▶ prezenční kurs němčiny orientovaný na praxi až do dokončení úrovně B2 dle GER, financovaný a organizovaný klinikou
- ▶ převzetí vyřízení žádosti na Prověření ekvivalence Vašeho diplomu (včetně překladu) a Povolení k užívání profesního označení „Gesundheits- und Krankenpfleger“ (zdravotní sestra)
- ▶ podporu našeho zdravotnického personálu při zapracování na stanici, semináře k zapracování a školící možnosti v rámci oboru
- ▶ adekvátní ohodnocení od začátku pracovního úvazku, to zn. i během jazykového kurzu
- ▶ bydlení v zařízených bytech ve stylu sdílené domácnosti za férovou cenu
- ▶ zaměstnání nejprve jako zdravotník pracující pod odborným dohledem a připravující se na výkon zaměstnání jako kvalifikovaná zdravotní sestra
- ▶ pracovní úvazek na dobu neurčitou s min. smluvní vazbou na dva roky jako kvalifikovaná zdravotní sestra ihned po přidělení Povolení k užívání profesního označení v Německu



Zaujala Vás naše nabídka?

Pak zašlete Váš životopis v českém, německém nebo anglickém jazyce (motivační dopis, životopis, kopie diplomu a platné registrace) na e-mail personal@klinik-bavaria.de nebo poštou na adresu: Klinik Bavaria Kreischa, Personalabteilung, An der Wolfsschlucht 1-2, D-01731 Kreischa/ Sachsen. Rádi Vás kontaktujeme zpět a zodpovíme Vaše případné dotazy v češtině.



Soňa Ročková (druhá zprava) pracovala v arabských zemích jako sestra sedm let

Sestra na Středním východě: V arabských zemích si nás váží a jsou k nám přátelší

Soňa Ročková je všeobecná sestra s více než desetiletou praxí a zkušenostmi ze zahraničí. Čtyři roky působila jako kardiologická a kardiologická sestra v kardiologickém centru v Bahrajnu a další tři roky strávila v Saúdské Arábii (SA), kde pracovala v prestižní vojenské nemocnici National Guard Affairs Hospital jako sestra na pooperační jednotce intenzivní péče, později jako instrumentářka na operačních sálech.

Kdy jste začala uvažovat o vycestování do Saúdské Arábie?

Původně jsem tam vůbec neměla v plánu jet. Má první pracovní pozice na Středním východě byla v Bahrajnu na kardiologickém oddělení. Pak se mi však naskytla příležitost získat atraktivnější pozici v SA, tak jsem se rozhodla ji využít. V Bahrajnu jsem již se saúdskými pacienty pracovala, takže jsem přibližně věděla, co mohu očekávat. Obě tyto práce mi našla pražská agentura G5 Plus – mezinárodní kariéra ve zdravotnictví.

Bála jste se něčeho?

Co vás definitivně přesvědčilo a proč jste se vůbec rozhodla do arabských zemí vycestovat?

Největší obavy jsem měla z kulturních omezení a také z bezpečnosti v obou zemích. Nakonec jsem ale zjistila, že k obavám nebyl důvod. V Saúdské Arábii sice striktní omezení jsou, a cítelná, ale i tak se dá vždy najít způsob, jak si pobyt zpříjemnit. Co se týče bezpečnosti, tak v Bahrajnu to funguje tak, že když si například zapomenete v taxíku kabelku, někdo vám ji vrátí. To samé platí i v SA. Musíte se však řídit určitými pravidly, například v oblékání, protože Evropanka s odhalenými vlasy

vzbuzuje pozornost, což může být někdy i nepříjemné. Hlavním motivem, proč jsem se rozhodla vycestovat, byla touha po poznání a cestování. Po vyčerpávající a finančně nedocenené pracovní zkušenosti v ČR jsem hledala možnosti jinde. Arabské země mi nabídly sice hodně tvrdé práce, ale také hodně dovolené a nadstandardní finanční ohodnocení, takže jsem si mohla začít plnit své sny.

Jak probíhal přípravný proces s agenturou?

S agenturou G5 Plus jsem začala spolupracovat už před několika lety, kdy jsem chtěla vycestovat do USA, kam jsem však kvůli byrokratické náročnosti nakonec neodjela. V agentuře jsem prošla přípravnými kurzy, které byly velmi zajímavé a pro mě přínosné. Lektoři byli kvalifikovaní a plní entuziasmu. Před odjezdem jsem prošla také interkulturním tréninkem, který nám poskytl, zejména uchazečům, kteří odléтали do SA, velmi dobré vstupní informace. Přesto si myslím, že žádný interkulturní trénink vás nemůže stoprocentně připravit na to, jaké reálné zkušenosti budete v SA mít. Během přípravy na odlet vyřídila agentura G5 Plus překlady všech potřebných dokumentů a víza. Spolupráci s touto agenturou hodnotím ze-

jména díky profesionálnímu přístupu a vstřícnosti konzultantů jako výbornou. U některých jiných agentur si musejí sestry vyřizovat mnoho věcí samy bez jejich pomoci.

Arabská kultura je hodně odlišná od té naší. Dokázala byste říct, jak jste tyto odlišnosti vnímala před odletem, v prvních měsících pobytu a jak je hodnotíte s odstupem času teď?

Myslím si, že mnoho lidí má poněkud zkreslené informace o tom, co arabská kultura opravdu je. Spousta lidí nerozlišuje ani mezi jednotlivými arabskými národy a specifiky jejich kultur. Když jsem poprvé odjízďela, měla jsem informace z agentury, něco z médií a trochu jsem se bála, ale spíš jsem se těšila. Jedna z věcí, na které si člověk musí zvyknout, je určitá zpomalenost. Když jste unavení, je to příjemné, ale jakmile něco naléhavě potřebujete, musíte se obrnit trpělivostí a připravit se na zdlouhavá vyjednávání a byrokratické postupy. Jako zaměstnanec ale musíte být k dispozici vždy a co nejrychleji. Dále si musíte zvyknout i na jinou komunikaci, být si vědom, že jste tu pro pacienta a budete plně respektovat jeho přání. Bahrajn je v tom trochu uvolněnější, ale i přesto tu mohou být některé u nás běžné návyky vnímány jako provokativní. Já jsem se na začátku cítila poněkud nejistě, protože některé reakce místních byly zvláštní a nečekané. Během pár měsíců jsem si však zvykla a uměla jsem i lépe odhadnout situaci. Do SA jsem odjízďela s tím, že budu hodně pracovat a mnoho radostí nebude, ale nakonec se i radosti kořaly a zůstala jsem tam tři roky.

Jsou v Saúdské Arábii nějaké možnosti společenského využití? Jak jste trávila volný čas?

V porovnání s tím, na co jsme zvyklí, jsou možnosti v SA omezené. Pro mě nejpříjemnější relaxací bylo cestování mimo SA. Měla jsem štěstí, že jsem pobývala v Jeddah (Džiddě), kde je moře, takže většinu volného času jsem trávila potápěním. Najdete zde také spoustu dobrých restaurací, které stojí za návštěvu,

a příjemnou relaxací jsou tu také nákupy, což ocení hlavně ženy.

Je něco, co vás v SA mile překvapilo?

Co hodnotím velmi pozitivně, je fakt, že Saúdi si naší práce a dovedností váží a přistupují k nám přátelsky. Dále to, že k pacientům se naprostá většina lékařů a sester chová s respektem a s vřelým zájmem. Zajímavé jsou i rodinné vztahy, kdy v rodinách fungují velmi silné emoční a materiální vazby. Pacienta v nemocnici navštíví během dne klidně 15 členů rodiny a někteří se dokonce domáhají toho, aby s ním mohli zůstat nepřetržitě. To může být pro sestřičky někdy dost náročná situace, ale z pohledu pacienta je to vítáno jako velká podpora. Pro mě osobně byla SA zajímavá především z ekonomických důvodů. Byla to pro mě možnost, jak si splnit své sny mimo tuto zemi. Ale není nic lepšího než si udělat vlastní názor po své vlastní zkušenosti. Je ale třeba připravit se na to, že život v SA může být pro Evropany minimálně v začátcích komplikovaný a přinese s sebou také frustraci. Vše do jisté míry závisí i na tom, jaká je vaše motivace tam odjet, koho potkáte, jaká bude vaše nemocnice, jaké vám zprostředkuje ubytování, jaké budete mít možnosti relaxace apod.

Co vám pobyt v Saúdské Arábii z profesního i osobního hlediska přinesl?

Život v Bahrajnu jsem si velmi užila. SA mi dala možnost změnit své profesní zaměření – ze sestry na kardiologické oddělení jsem se stala sestrou na post-anesthesia care unit a díky štěstí a mnoha zkouškám jsem přešla na instrumentářku na centrálních operačních sálech. Vše, čím jsem prošla, mě velice obohatilo, rozšířilo mé znalosti a přineslo nové možnosti do budoucna. Naučila jsem se být více otevřená, pružná a zároveň to vše bylo velkou zkouškou mé trpělivosti, pokory a sebekřepování. Samozřejmě jsem si zlepšila angličtinu, prošla mnoha vzdělávacími kurzy, ale hlavně jsem potkala spoustu zajímavých lidí z různých kontinentů. S několika přáteli jsem v kontaktu dosud. 🇸🇦



Supervize
a mentoring
v ošetrovatelství

Humanistický
přístup
ke kardiologickým
pacientům

recenzované články

Supervize a mentoring v ošetrovatelství – Koncepty podporující profesionální rozvoj a identitu sester

Souhrn:

Příspěvek přináší na teoretické rovině ukotvení a vzájemné vymezení pojmů mentoringu a supervize jako konceptů zprostředkovávajících v posledním desetiletí profesionální rozvoj sester. Zatímco mentoring je v českém ošetrovatelském kontextu již ukotven, koncept supervize se začíná postupně etablovat a hledá uplatnění v klinické praxi. V textu článku se zaměříme na konceptualizaci těchto pojmů a zejména problematiku vzájemného vymezení konceptu mentoringu a (klinické) supervize v kontextu ošetrovatelství tak, jak jsou pojímány nejen v zahraniční ošetrovatelské perspektivě, ale také rozvíjeny v posledním desetiletí třetího milénia v ČR. Předkládaný příspěvek je založen na teoretickém zpracování problematiky a integraci poznatků tematicky a obsahově relevantních, zejména zahraničních textů. Vyhledávaly jsme pomocí elektronických vyhledávačů přístupných pro Univerzitu Karlovu v Praze (např. ProQuest; The Pub Med; CINAHL).
ošetrovatelství – mentoring – supervize – vzdělávání – profesní podpora.

Klíčová slova:

Supervision and mentoring in nursing – Concepts supporting professional development and identity nurses

Summary:

At the theoretical level this article is aimed at establishing and mutual defining of the terms mentoring and supervision as the concepts facilitating nurse professional education in the last decade. While mentoring has already been established in the Czech nursing context, the supervision concept is beginning to gradually gain ground and searches for the ways of its application in clinical practice. In the article we will focus on the conceptualisation of these terms and mainly on mutual defining of the mentoring concept and of (clinical) supervision in the nursing context, in which they have been used in nursing in abroad, as well as developed in the Czech Republic during the last decade of the third millennium. This article is based on the theoretic elaboration of the issue and integration of thematically and contextually relevant knowledge, mainly from foreign texts. We were searching those texts by means of electronic browsers accessible for the Charles University in Prague (for example ProQuest; The Pub Med; CINAHL).

Keywords:

nursing – mentoring – supervision – education – professional support.

R

Mgr. Milena Vaňková, Ústav teorie a praxe v ošetrovatelství, 1. LF UK v Praze

Doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D., Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

1. Úvod

Změny, které postihují současné vzdělávání sester, navozují potřebu nově nastavit či definovat profesní hranice, rámec pro pochopení profesionality a profesního rozvoje nejen sester, ale také samotných vzdě-

lavatelů sester [1; 2; 3 aj.]. V ošetrovatelství existuje mnoho různých způsobů, jakými lze poskytovat profesionální podporu, vzdělávání a zprostředkovávat rozvoj [4; 5]. Koncepty, které jsou v této souvislosti v zahraniční literatuře zmiňovány nejčastěji a neobjevují se pouze v oblasti ošetrovatelství, ale používají se univerzálněji také v odlišných oborech a oblastech lidské profesní činnosti, jsou pojmy „mentoring/mentorship/perceptorship“ a „supervize“ [6; 7]. V rozporu s aktuálností a pozorností, jež je tématu

a problematice uplatnění supervize věnována v zahraničí, je v České republice pro zájemce o uplatnění supervize v ošetrovatelství k dispozici velmi skromný počet titulů nejen v oblasti teoreticko-metodické, ale také výzkumné. V následujícím textu se přednostně zaměříme na problematiku konceptu mentoringu a supervize, jak jsou pojímány a rozvíjeny v současnosti v ČR. V aspektech problematiky, ve kterých se nám bude jevit jako přínosné přinést názory, podněty či srovnání zahraničních autorů, zmiňujeme také

informace ze zahraničních ošetrovatelských zdrojů.

2. Pojem mentoring/mentorship/perceptorship a mentor v českém ošetrovatelství

2.1 Pojetí, definice a význam pojmů mentor a mentoring/mentorship – perceptorship

Pojmy „mentor“ a „mentoring/mentorship“ – „perceptorship“ se neobjevují pouze v oblasti ošetrovatelství, ale používají se univerzálněji také v odlišných oborech a oblastech lidské činnosti. V ČR je pro oba zmiňované pojmy, tj. „mentoring“ a „perceptorship“, používán v literatuře jako ekvivalent pouze jeden pojem, tj. „mentoring“. V anglosaské literatuře se setkáváme také s termínem „protégé“ [protežé] – volně přeloženo jako chránělec [8, s. 17].

Pojem školitel/mentor je podle Lazarové [9, s. 436] odvozen od slova škola (z lat. *schola*), využívá se spíše v kontextu vzdělávání dospělých. Je chápán jako edukátor ve vzdělávacích aktivitách celoživotního učení, např. dalšího profesního, zájmového vzdělávání [10]. Mentoring je dle Horské [11, s. 14] „způsob vedení zaměstnanců“. Je zaměřen především na předávání zkušeností v určité oblasti či profesi, resp. modelů, principů, postupů a přístupů uplatňovaných v určité organizaci. V Pedagogickém slovníku [12, s. 150–151] je pod pojmem „mentor“ uvedena „osoba uvádějící do znalosti oboru prostřednictvím vedení v reálných situacích, provádějící supervizi“. Nároky na vzdělání školitelů nejsou obecně vymezeny, obvykle záleží na požadavcích organizace, pro kterou pracují.

2.2 Cíle mentoringu a mentorský vztah – specifika mentoringu v kontextu ošetrovatelství
Koncept „mentoringu/mentorship/perceptorshipu“ se rozvíjí v čase a v různých mezinárodních ošetrovatelských kontextech a může manifestovat velice různorodé významy. Výběr vědomostí, dovedností, postojů a schopností, jež by měly být mentorům vlastní, a na straně druhé pokusy o kategorizaci různých rolí, funkcí a povinností, jež vzdělavatelé sester plní a které vytvářejí různé kontexty, v nichž se specifické kompetence a role mají prakticky uplatňovat, je v zahraniční odborné literatuře poněkud konfušní [srov. např. 13; 14; 15; 16; 17 aj.]. Při aplikaci zahraničních modelů do českého ošetrovatelského kontextu tak může do-

jít k situacím, kdy jsou oba pojmy na základě nedostatečné znalosti kulturní tradice a specifík obou konceptů nejasně vymežovány, definovány, či dokonce zásadně zaměňovány.

V následujícím textu přibližujeme současnou podobu konceptu mentoringu realizovaného v ČR, byt se ne zcela vždy svým pojetím shoduje s konceptem a podobou mentoringu/perceptoringu, jak je popisován v dostupných teoretických zahraničních pramenech a zdrojích v kontextu ošetrovatelství.

Pojem „mentoring“ zahrnuje u nás jednak odborný vztah v organizaci, kdy zkušený zaměstnanec nabízí podporu, pomoc v účinnějším vedení a rozvoji kariéry nového zaměstnance/sestry, absolventky v období adaptačního procesu, ale současně je tento pojem a koncept používán také pro vedení studentů ošetrovatelství/mentee během odborné praxe zkušenou sestrou z klinické praxe/mentorkou odborné praxe v průběhu kvalifikační přípravy studentů na výkon profese sestry [srov. 18; 19]. V ČR směřujeme k formálně strukturovanému modelu mentoringu s nařízenými a oporou v legislativě, profesionální strukturou, výcvikem a supervizí mentorů. Avšak uvedení institutu mentoringu studentů ošetrovatelství do klinické praxe i realizace mentoringu v kontextu adaptačního procesu sester se v realitě a komplexitě klinické ošetrovatelské praxe potýká s mnohými překážkami a bariérami, což reflektují ve svých analýzách a výzkumných závěrech také mnohé zahraniční studie [např. 20; 21].

Mentorský vztah má vždy charakter dyády a mentor se snaží naplnit zejména vzdělávací potřeby svéřence a funkci mentorského vztahu. Může trvat různě dlouhou dobu, vyvíjí se v čase a jeho charakter, zrovna tak jako přínos pro strany v mentoringu zúčastněné, se s jeho délkou trvání mění. Jedním z cílů téměř všech podob mentoringu je získání nových vědomostí, dovedností a profesní rozvoj. Podle autorek Bru-movské, Málkové Seidlové [8] může proces učení probíhat ve vztazích charakterizovaných jako vysoce kvalitní, ale i v těch, které nenaplnují očekávání jedné ze stran v mentorském vztahu zúčastněných.

Mentoring v rámci zdravotnictví a sociální péče, podoba vztahu mezi mentorem a mentee, jímž je studentka ošetrovatelství, však není klasickým mentoringem. Ten nejvýznamnější rozdíl spočívá v tom, že

studenti jsou umísťováni do klinické praxe řízeně na relativně krátkou dobu (jeden až deset týdnů maximálně), a tak se mentorský vztah nerozvíjí a neprohlubuje dlouhodobě. Dále platí, že studenti mají vždy jiného mentora v každém dalším místě konání odborné praxe a nemají možnost si svobodně zvolit mentora dle vlastního výběru, nýbrž je jim přidělen direktivně podle rozpisu vzdělávací instituce [srov. 22].

Mentor podporuje mentorované při objevování a definování jejich rozvojových potřeb a při stanovování individuálních cílů posilováním nezávislého učení. Mentor většinou nabízí vlastní pohled a zprostředkovává vlastní praktickou zkušenost a jeho hlavním úkolem je provést svého svéřence úskalími určitého oboru či profese, včetně hodnocení jeho výkonu [srov. 11]. Pravomoc mentora hodnotit mentorovaného je také v ošetrovatelské literatuře poměrně diskutované a nejednotné téma. Vedle sebe se tak ocitají takové aktivity a činnosti, jejichž vzájemná slučitelnost a koexistence je nejen mentory, ale i supervizory nahlížena jako velmi problematická, kontradiktorní a může působit obtížně až nemožně, neboť se jedná o téma zacházení s mocí na obecné rovině, ale také v konkrétním vztahu (mentora a mentee či supervizora a supervizanta).

Jedním z cílů téměř všech podob mentoringu je získání nových vědomostí, dovedností a profesní rozvoj



2.3 Nejasné hranice a průsečíky v činnosti a roli mentora/perceptora a supervizora v ošetrovatelství

V následujícím textu se soustředíme na některé existující podobnosti, ale i odlišnosti, které jsou pro pochopení konceptualizace samotného pojmu a využití supervize v českém ošetrovatelském kontextu dle názoru autorek textu relevantní či inspirující.

Autoři Klassen a Clutterbrucks [23] uvádějí následující role mentora podle četnosti jejich využití: „*roli poručníka, poradce a facilitátora využívá mentor poměrně často, avšak nikdy nehodnotí pro třetí stranu a neprovádí supervizi.*“



„Průměrný/nevalný učitel popisuje. Dobrý učitel vysvětluje. Vynikající učitel ukazuje. Skvělý učitel inspiruje.“

(William Artur Ward)

Jak jsme již naznačily, tento aspekt činnosti mentora, tzn. hodnocení a supervize, je jednotlivými autory vnímán a vymezován nejednotně. Např. Jirkovský [24, s. 109] jako metodu v supervizi, realizovanou vysokoškolskými pedagogy ošetrovatelství v rámci odborné praxe a výcviku budoucích mentorů klinické ošetrovatelské praxe, tzn. frekventantů certifikovaného mentorského kurzu, uvádí „metodu nezúčastněného strukturovaného pozorování a strukturovaného rozhovoru“. Z výkladu výše uvedených definic tedy není zřejmé, zda existují podobnosti a odlišnosti v činnosti vysokoškolského pedagoga ošetrovatelství a mentora, vykonává-li supervizi. Jedná se tedy o „dvojroli“?

Přikláníme se k názoru, že nepodstoupil-li akademický vzdělávatel sester či mentor specifický supervizní výcvik, nemůžeme hovořit o tom, že provádí supervizi, avšak ve své práci může nepochybně využívat určité supervizní techniky, přístupy a dovednosti, jimiž disponuje a které využívá také kvalifikovaný supervizor v kontextu externí supervize. *Funkce mentoringu je a priori orientovaná především na oborově-obsahové, odborné a instrumentální souvislosti výkonu praxe, předávání osvědčeného know-how, avšak vykazuje i prvky poskytování psychosociální opory.* Vzájemný respekt a důvěra jsou základem pro kognitivní rozvoj mentee. Vzájemná tolerance, loajalita

xi o pracovních tématech, jež jsou pro studentku, sestru absolventku, mentee důležitá a aktuální, však v sobě zahrnuje mnohem více než jen dovednost supervizora naslouchat, umění klást otázky, předkládat výzvy a poskytovat podporu. Např. v kontextu *vzdělávací supervize*, poskytované samotným mentorům klinické ošetrovatelské praxe, spočívá významná úloha supervizora v „přemostění“, integraci oborových kompetencí a pedagogicko-didaktických kompetencí. Jde o to, aby se profesionalita, profesní růst a kompetence nejen supervidovaných studentů, ale i samotných mentorů klinické ošetrovatelské praxe neutvářely aditivně, na základě pasivní kumulace a přijímání znalostí, tzn. bez vzájemné provázanosti, nýbrž kumulativně a smysluplně, s důrazem na kompetence k jednání a porozumění souvislostem, mnohdy přesahujícím samotný obor ošetrovatelství. Mají-li být učení a profesní rozvoj smysluplné, nelze oborové znalosti reduko-

„Průměrný/nevalný mentor, supervizor popisuje. Dobrý mentor, supervizor vysvětluje. Vynikající mentor, supervizor ukazuje. Skvělý mentor, supervizor inspiruje.“

(M. Vaňková)

a zájem jsou základním aspektem také pro *emocionální podporu a intelektuální rozvoj* [8, s. 14].

Zprostředkování oborových znalostí vyžaduje od mentora hlubší vhled do specifických a odborných souvislostí a zprostředkování této kompetence pro mentee je v první řadě oborově didaktickou úlohou. Avšak nejen metakognitivní, ale také psychosociální rovinu procesu profesionalizace, socializační a enkulturační rovinu odbornosti sester, je nezbytné posunout do centra pozornosti ošetrovatelského vzdělávání, a to jak na úrovni kvalifikační, tak na úrovni celoživotního vzdělávání sester. Supervize směřuje do oblastí základajících a významně utvářejících podstatu profesní identity a profesní kultury sester. Tyto aspekty odbornosti se zpravidla vymykají běžné pozornosti nejen akademických, ale i neakademických vzdělávatelů sester – mentorek, neboť vzdělávání je výhradně či převážně zaměřeno na vysoce odborné, technicistní a specializované problémy samotného oboru ošetrovatelství.

Supervize jako ucelený koncept a prostor pro *strukturovaný a supervizorem vedený rozhovor, refle-*

vat na izolované, převážně kognitivní učební znalosti a věcnou analýzu, ale je potřeba také zohlednit každodenní zkušenosti supervidovaných studentů ošetrovatelství, sester (tzn. každodenní a implicitní teorie), jejich předporozumění, předpoklady, názory a hodnotovou orientaci, tzn. postoje a emocionální aspekty ovlivňující profesní rozvoj sestry [srov. 25].

Formální mentor je školen a profesionálně veden, aby byl s mentee schopen vytvořit přínosný profesionální vztah, avšak vzdělávání mentorů pro poskytování emoční podpory a rozvoj psychosociálních kompetencí mentee se nám jeví v mentoringu jako ne zcela dostatečné. Potřeba sociální opory a jejího poskytování má podle názoru některých sociálních psychologů přímou souvislost s uspokojováním sociálních potřeb [8]. Sociální opora přispívá k pozitivnímu vývoji profesionální socializace, protože reaguje na profesní, ale také psychosociální potřeby sester a naplňuje je. Povzbuzování a podpora (empowerment), jež může poskytovat v supervizi sestrám supervizor, jsou definovány jako zážitek pocitu, kdy se člověk cítí osobně povzbuzován,

podporován, vyzýván nebo inspirován druhým k nějaké činnosti či akci.

Supervizor v supervizi zohledňuje a dokáže nahlédnout a vědomě reflektovat i takové oborové a obor ošetrovatelství přesahující interdisciplinární vztahy, jejichž existenci mentoři, jakožto oboroví specialisté/experti, mohou velmi často i předpokládat, avšak v běžné každodenní praxi pouze spíše výjimečně vědomě reflektovat. K tomu patří také na dovednosti metareflexe postavená schopnost zvědomovat předpoklady (nejen své). Supervize se tak dotýká nejen teoretických předpokladů, ale i např. kontroverzních témat či etických dilemat z každodenní ošetrovatelské praxe. Reflexi spojenou s interpretací každodenních aspektů klinické praxe můžeme pokládat za nejlepší způsob, jak rozvíjet profesní kritické myšlení sester a jak demonstrovat funkčnost propojení teorie pro praxi na základě zkušenostně-reflexivního učení. *Profesní rozvoj sestry* nespočívá ani tak v tom, že sestra více ví, tedy že došlo k nárůstu v jejích znalostech, ale v tom, že je/bude vnímavější také k praktickému kontextu, v němž se učí či pracuje. Souvislost mezi kognicí a chováním shrnují autoři Maturana a Varela [26, s. 27] následovně: „*Veškeré konání je poznávání a veškeré poznávání je konání.*“

Poznatky o profesním růstu pomáhajících profesionálů obecně a potřeba jejich podpory jsou reflektovány v různých modelech profesního rozvoje a koncepcích vzdělávání studenta či pomáhajícího profesionála, jež dobře ilustrují paradigmatickou pluralitu, typickou také pro oblast vzdělávání sester. V ošetrovatelství, ale také v supervizi je k dispozici nepřehledné množství teoretických rámců, modelů a přístupů, kterými je možné v supervizi sdílené zkušenosti „zarátovat“.

Úkolem ošetrovatelského managementu v klinické praxi by mělo být *budování týmů*, jejichž cílem je bezpečné soužití a tvořivý přesah osobních individuálních rozdílů jednotlivců. V dobře fungující organizaci se organizační kultura projevuje také systematickou péčí o zaměstnance, díky níž je možné snižovat fluktuaci zaměstnanců. Omezit lze i výskyt pracovního stresu u sestry, a to nejen v adaptačním období, metodickou podporou poskytovanou ve formě mentoringu a rozvojem podpůrných skupin (network), formou průběžně poskytované pro-

fesní klinické supervize. Koncept supervize, v jehož rámci mohou být reflektovány podstatné elementy ošetrovatelské praxe, se jeví jako vhodný rozvojový a podpůrný systém pro sestry do budoucna.

Problematiku vymezení konceptu mentoringu ve vztahu k supervizi stručně přehledňuje tabulka, kterou naleznete v tomto článku na webu www.florence.cz. Pojmy mentoring a supervize se vyvíjejí v čase a v různých mezinárodních kontextech a oblastech profesní činnosti či oborech mohou manifestovat velice různorodé významy. Některé aspekty a předpoklady jsou platné shodně pro oba koncepty, některé jsou odlišné. Právě na tyto shodné aspekty a rozdíly jsme se zaměřily v našem příspěvku. Na základě odkazů na zahraniční literaturu, rozšiřující se „diverzifikaci/stratifikaci“ a současně také profilaci vzdělavatelů sester, jejich rolí, včetně deklarování zájmu a pozornosti, jež je tomuto tématu přikládána v zahraniční odborné ošetrovatelské literatuře, lze konstatovat, že poměrně vysoký počet a především rozmanitost rolí mimoškolních, neakademických vzdělavatelů svědčí o rozšiřujícím se trendu, v rámci něhož je kladen důraz na profesionalizaci jedinců, kteří budou v budoucnu zajišťovat kvalitní výuku sester, a to nejen v kvalifikačních programech studijního oboru ošetrovatelství, ale také v kontextu celoživotního vzdělávání sester.

3. Závěr

Škála rozvojových konceptů a podpůrných vztahů a rolí, jež mají v zahraničí sestry a nelékařští zdravotničtí pracovníci obecně ve zdravotnictví k dispozici, je diferencovanější, než je tomu v ČR. Autorky v textu identifikovaly a explicitně jednoznačně popsaly dílčí průniky a průsečíky těchto oblastí a konceptů. Domníváme se, že u mentoringu v ošetrovatelství a konceptu vzdělávací supervize je možné, více než u kteréhokoli jiného konceptu, nalézt společná východiska a základy, i když těžiště práce mentora a supervizora v ošetrovatelství jsou svým obsahem a zaměřením odlišná. Význam tématu a podrobnější objasnění problematiky spatřujeme jako smysluplné pro koncipování pozice supervizora v českém ošetrovatelství, ale také pro definování a vymezení jednotlivých rolí a identit akademických i neakademických vzdělavatelů sester do budoucna. ❧



Literatura:

na www.florence.cz u tohoto článku v rubrice Recenzované články

Více o autorkách:

Mgr. Milena Vaňková, Ph.D.

1987: ukonč. SZŠ Kladno – obor Všeobecná sestra; **1992:** ukonč. Mgr. studium FF UK v Praze – Pedagogika ošetrovatelství; **2005:** ukončen supervizní a koučovací výcvik, Praha; **2015:** ukonč. doktorský studijní program Ošetrovatelství ZSF JU v Českých Budějovicích; disertační práce na téma „Současná praxe a možnosti uplatnění supervize v ošetrovatelství“; **2007–2014:** ÚO 3. LF UK v Praze – odborná asistentka; **2012–2014:** Studentská poradna 3. LF UK Praha (poradenství, osobnostní rozvoj a koučing); **od 2006:** soukromá poradenská a supervizní praxe; **1999–2007:** Vyšší odborná škola zdravotnická a střední zdravotnická škola, Praha – metodická vedoucí oboru Všeobecná sestra, vyučující odborných předmětů; **1992–1999:** Církevní SZŠ, Praha – vyučující odborných předmětů; **2006–2011:** ÚVN Střešovice, Praha, Útvar hlavní sestry – externí supervizorka týmu edukačních specialistek; **2001–2005:** NMSKB, Praha – asistentka hlavní sestry; zdravotní sestra – chirurgická jednotka intenzivní péče; **1994–2005:** FN Motol, ARK, Resuscitační oddělení – zdravotní sestra; **1990–1994:** FN Motol, chirurgická klinika – JIP, zdravotní sestra



Doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

2007–2011: ZSF JU České Budějovice, docent, koordinátor vědeckovýzkumné činnosti – katedra ošetrovatelství a porodní asistence; **1992–2007:** Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno – pedagogický pracovník; **1990–1992:** LF MU v Brně – odborný asistent; **1994–1996:** PF MU v Brně – odborný asistent; **1995–1997:** FF MU v Brně – odborný asistent; **od 1998:** FSS MU v Brně – odborný asistent; **1974–1987:** Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, Brno – odborný asistent

Recenzovaly:

Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha

Humanistický přístup ke kardiologickým pacientům

Souhrn:

Tento příspěvek představuje humanistický přístup ke kardiologickým pacientům se snahou poukázat na problematiku moderních léčebných metod v kardiologii oproti základním principům ošetřovatelství a ošetřovatelské péče u kardiologických pacientů, konkrétně u pacientů s fibrilací síní. Autoři vycházejí z analýzy moderního ošetřovatelství, zejména z koncepčního modelu Watsonové a jeho následné aplikace v kontextu léčebných postupů u pacientů s fibrilací síní.

Klíčová slova:

ošetřovatelská péče – koncepční model – ošetřovatelství – humanismus – kardiologický pacient.

Summary:

Humanistic approach to cardiac patients

This paper presents a humanistic approach to cardiac patients, with highlighting an issue of modern treatment methods in cardiology versus basic principles of nursing and nursing care for cardiac patients, particularly for patients with atrial fibrillation. The authors build on an analysis of modern nursing care, mainly on Watson's conceptual model and its subsequent application in the context of therapeutic procedures.

Keywords:

nursing care – conceptual model – nursing – humanism – cardiovascular patients.



Mgr. Zdeňka Pavelková, Katedra ošetřovatelství a porodní asistence, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích;
doc. MUDr. Alan Bulava, Ph.D., Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Kardiocentrum, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Úvod

Na prahu 21. století dochází k velkým vědeckým a technickým pokrokům nejen v medicíně, ale i v oboru ošetřovatelství, který vychází mnohem více z vědeckého poznání, než tomu bylo ve století předešlém. Výsledky výzkumných šetření se následně odrážejí i v praxi, zejména ve snaze dosahovat kvalitní ošetřovatelské péče (Farkašová, 2006; Plevová, 2011). Hodnocení úrovně ošetřovatelské péče však není jednoduchým procesem, protože je zde mnoho determinant. Mezi ně můžeme uvést například rozdíly ve vnímání ošetřovatelské péče ze strany pacienta, rodiny či zdravotnického personálu podílejícího se na zajišťování ošetřovatelské péče a jejího kontinuálního zlepšování. Dále je nutné brát na zřetel i úroveň pacientových vědomostí, životních hodnot, kultury, interakce s prostředím a mnoho dalších faktorů ovlivňujících přístup ke zdraví člověka (Plevová, 2011). Jiným možným kritériem pro hodnocení úrovně ošetřovatelské péče

je spokojenost pacientů, což je dáno posláním ošetřovatelství, které má za úkol uspokojovat potřeby pacienta se zaměřením na zachování, podporu či navrácení zdraví.

I přesto, že v současnosti dochází k již zmíněným vědeckým pokrokům a snaže zvyšovat kvalitu péče, je potřeba péči o pacienty orientovat s podporou humanistických přístupů. Velmi dynamickým oborem v oblasti pokroku je kardiologie, kde by neměla chybět takto koncipovaná ošetřovatelská péče.

Humanisticky zaměřená péče o kardiologicky nemocné

Hlavním principem současného ošetřovatelství je člověk, na kterého je nahlíženo jako na holistickou bytost

Ošetřovatelství jako vědní disciplína vyžaduje odborně vzdělané sestry, jež budou zajišťovat kvalitní péči.

s jeho problémy a potřebami (Tóthová, 2009). Rolí sestry je problémy identifikovat, stanovit stupeň jejich závažnosti a najít nejhodnější způsob řešení. Takto koncipovaná péče předpokládá osobní zodpovědnost sestry a současně aktivní zapojení jak nemocného, tak jeho rodiny do samotného procesu ošetřování. Ošetřovatelské modely nabízejí řadu možností, jak aktivně zapojit nemocného a jeho blízké do péče. Tyto mo-

dely zároveň obohacují teoretickou základnu ošetřovatelství jako vědní disciplíny a v praxi řídí jak myšlení, tak i jednání sester v konkrétních situacích (Fawcett, 2005; Pavlíková, 2006). Jejich užitečnost spočívá ve způsobu organizace myšlení, pozorování a interpretaci toho, co bylo zjištěno a viděno. Zároveň umožňují systematický přístup k praxi, řízení a výzkumu a stejně tak i usnadňují komunikaci mezi sestrami (Berman et al., 2012; Žiaková, 2007). Ošetřovatelské modely neboli koncepční rámce vycházejí z určitého filozofického názoru, který propojuje filozofický rámec, teorii a praxi. Jedním z filozofických směrů, jež je podstatou ošetřovatelství, je i humanismus.

Humanismu v ošetřovatelství se začala věnovat větší pozornost z důvodu reakce na technický pokrok pronikající do ošetřovatelské péče (Kozierová a kol., 1995; Berman et al., 2012). V polovině 20. století nastal ve zdravotnictví tzv. kult technologie, který vychází z filozofických základů materialismu. Do vztahu mezi sestrou, lékařem a pacientem začala masivně vstupovat technika a moderní technologie, což vedlo k technokratické orientaci na výkon a na biologickou stránku člověka. V reakci na uváděnou „přetechnizovanost“ ošetřovatelské praxe i jako důsledek vědeckých aspektů se začala od 80. let minulého století prosazovat snaha zaměřovat se více na humanistickou filozofii s respektováním holistických principů (Pavlíková, 2006).

Podstata humanismu v ošetřovatelství je založena na postojích a přístupech k pacientovi a jeho blízkým, kdy je potřeba vidět v nich lidské bytosti s jejich potřebami a ne jen jejich část. Do humanistických projevů se řadí například empatie, soucit, lítost, milosrdenství či úcta k životu.

To všechno je velmi důležité pro profesi sestry a vůbec zdravotníků tak, aby byla poskytována ošetřovatelská péče kvalitní. Sestra využívající prvky humanistického přístupu v ošetřovatelské péči musí brát v úvahu všechna známá fakta o pacientovi, to znamená jeho myšlenky, pocity, hodnoty, zkušenosti, náklonnosti, touhy, chování a fyzickou oblast. Takto by mohla být charakterizována podstata moderního ošetřovatelství, na

keré by se měla zakládat současná profesionální praxe sester (Kozierová a kol., 1995; Berman et al., 2012).

Jedním z modelů, jež odrážejí humanistický přístup, je i model „Filozofie a vědy ošetřovatelství“ autorky Margaret Jean Watsonové. Tento model se opírá o filozofii humanismu a v praxi byl již mimo jiné aplikován i u pacientů s kardiologickým onemocněním, konkrétně u hypertoniků. Koncepční model Watsonové se opírá o teorii, která se zakládá na transpersonální teorii péče, pečovatelském momentu či pečovatelské příležitosti, pečovatelském uvědomění a na klinických pečovatelských procesech (Watsonová, 2008). Zároveň tento model uplatňuje v praxi své poznatky o empatii, interpersonálních a transpersonálních kvalitách jako rovnocenných, o lidském chování, vzájemném porozumění, sebepoznání, objasňování pocitů a postojů a lidském přístupu ve snaze jedince změnit směrem k péči o sebe a k vlastnímu osobnímu růstu (Farkašová, 2006).

Cílem ošetřovatelství je podle Margaret Jean Watsonové ulehčení jedinci dosáhnout vyššího stupně harmonie mysli, těla a duše, která vychází z poznání sebe samého, úcty k sobě, vede k uzdravování a k procesu péče o sebe. Toho lze dosáhnout procesem péče člověka o člověka a vzájemnou interakcí mezi nimi (Watsonová, 2008; Farkašová, 2006).

Vztah ošetřovatelské péče u pacientů s fibrilací síní a modelu Watsonové

Ošetřovatelská péče viděná humanistickým modelem Margaret Jean Watsonové si klade za cíl zlepšení a posílení zdraví kardiologického pacienta s fibrilací síní, kdy je potřeba vyvolat u něj pozitivní změnu v péči o své zdraví ve smyslu úpravy životního stylu a snahu eliminovat rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. Takový pacient potřebuje kvalifikovanou ošetřovatelskou péči, zakládající se na účinné komunikaci, empatickém přístupu, vzájemném učení, vedoucí k pochopení a podpoře při uspokojování tělesných, emocionálních, sociálních a spirituálních potřeb pacienta. Úlohou sestry je působit na pacienta s fibrilací síní pomocí svých odborných vědomostí, své zručnosti, ale i dle poznání sebe sama a své vůle. Je potřebné, aby sestra akceptovala pacienta takového, jaký je a jakým bude během jejího působení. Vždy by se měla snažit pochopit, co pacient s kardiologickým onemocněním

Hlavním principem současného ošetřovatelství je člověk, na kterého je nahlíženo jako na holistickou bytost s jeho problémy a potřebami



ním prožívá, a vytvořit s ním vztah založený na důvěře. Zároveň je sestra v souvislosti se zajišťováním ošetřovatelské péče zodpovědná za své počínání a také své působení neorientuje pouze na výkon a uspokojování tělesných potřeb pacienta, ale i na jeho duši a mysl, aby bylo dosaženo jeho harmonie, a tím i humanistické péče (Farkašová, 2006).

Závěr

Vývoj moderní medicíny, zvláště v odvětví kardiologie, potvrzuje nutnost změnit chápání a postavení sestry v péči o pacienta. Proto je také důležité posilovat prestiž a postavení sestry ve společnosti. Opodstatnění zmíněného spočívá také v tom, že ošetřovatelství jako vědní disciplína vyžaduje odborně vzdělané sestry, jež budou zajišťovat kvalitní ošetřovatelskou péči. Filozofii těchto myšlenek je potřeba aktivně podporovat a rozvíjet i v praxi, především pak u pacientů se srdeční arytmií, u kterých jsou prováděny invazivní arytmiologické zákroky, jako je například radiofrekvenční katetrová ablace či endoskopická izolace plicních žil.

Prezentované informace směřují i k zaměření provedení výzkumného šetření, ve kterém se budeme orientovat na zmapování problémových oblastí u pacientů s fibrilací síní v návaznosti na moderní léčebné metody, konkrétně radiofrekvenční ablaci. Další oblastí zájmu je zjištění vnímání ošetřovatelské péče jak z pohledu pacientů s kardiologickým onemocněním, tak i z pohledu sester o ně pečujících. ❧

Literatura:

1. Berman A, Snyder S et al. Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practise. 9th ed. New Jersey (USA): Pearson International Edition, 2012. 1631 p. ISBN 978-0-13-261137-4
2. Farkašová D a kol. Ošetřovatelství – Teorie. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-3
3. Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2005. 623 s. ISBN 978-0-8036-1194-8
4. Kozierová B, Erbová G, Olivierová R. Ošetřovatelstvo 1. Martin: Osveta, 1995, 836 s. ISBN 80-217-0528-0
5. Pavlíková S. Modely ošetřovatelství v kostce. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3
6. Plevová I a kol. Ošetřovatelství I. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-0
7. Tóthová V a kol. Ošetřovatelský proces a jeho realizace. 1.vyd. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1
8. Watson J. Nursing: The Philosophy and Science of Caring. Revised ed. USA: University press of Colorado, 2008. ISBN 978-0-87081-898-1
9. Žiaková K. Ošetřovatelské konceptuální modely. 1. vydání. Martin: Osveta, 2007. 200 s. ISBN 978-80-8063-247-2

Recenzovali:

Mgr. Petra Podrazilová, DiS.

Ústav zdravotnických studií, Technická univerzita v Liberci

PhDr. Jiří Frei, Ph.D.

Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni

Nejen pacientům FNKV nově slouží knihovna z telefonní budky

Martina Krynská, Monika Zemanová, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Cílem zdravotnických zařízení je poskytovat pacientům tu nejvyšší péči. V celé řadě nemocnic však zároveň probíhá postupný proces, ve kterém se nemocnice otevírají veřejnosti a s pomocí dobrovolnických programů, výtvarných aktivit, zpívání nebo canisterapie jsou pacientům poskytovány služby, které rozšiřují nabídku k uspokojování jejich psychosociálních potřeb napříč věkovým spektrem.

Nemocnice a hlavně lidé v nich mají prostředí, které je obklopuje, ve většině případů rádi. Nakonec, tráví v něm v danou chvíli svůj život. Ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze je na první pohled vidět, že na to, aby byla nemocnice příjemným místem, je kladen velký důraz. Pro ty, kdo tu pracují, je samozřejmě hlavním prostorem, v němž tráví svůj čas, to které nemocniční oddělení. Pro pacienty, kteří mohou oddělení opustit a jít se projít, ať už sami, nebo v doprovodu svých blízkých, je to zase park v centrální části nemocnice, v němž se mohou ve stínu stromů potěšit pohledem na krásně udržovaný prostor. Letos do něj nově přibyla i Knihobudka, která nám byla poskytnuta Nadací O₂ a kterou naši šikovní zaměstnanci z od-

dělení služeb připravili k použití. Dobrovolníci ji natřeli načerveno a opatřili nápisem.

Knihobudka je neziskový projekt, který vznikl v létě roku 2013 za podpory programu „Think Big“ společnosti Telefónica O₂. Vyřazené telefonní budky se díky němu mění na malé veřejné knihovny. První Knihobudka byla otevřena v lednu 2014 v pražském IKEM, další byly po Praze umístěny během několika následujících měsíců. Knihobudky slouží k bezplatnému půjčování knih bez jakékoliv registrace či evidence, a to každý den v týdnu po celý rok. Můžete sem přinést knížky, které už nechcete mít ve své domácí knihovně, určitě udělají radost dalším čtenářům. Naopak titul, který vás zaujme, si tu můžete půjčit a opět jej sem vrátit anebo si ho nechat.

Knihobudka je neziskový projekt, který vznikl v létě roku 2013 za podpory programu „Think Big“ společnosti Telefónica O₂



Ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze je na první pohled vidět, že na to, aby byla nemocnice příjemným místem, je kladen velký důraz.



Malá veřejná knihovna ve veřejném prostoru nemocnice však nebude jediným počinem, který slouží zaměstnancům, návštěvníkům a pacientům nemocnice. Chystáme i umístění šachového stolku, který bude připraven pro hru těch, kdo se u stolku náhodně potkají, nebo těch, kdo si tam třeba po skončení služby domluví setkání. Už teď se na to těšíme. ☺

Soutěž Florence pro předplatitele

Vyhraje pozvánku pro 2 osoby na divadelní představení „Dobře rozehraná partie“ do Divadla ABC u příležitosti výročí časopisu Florence.

Po představení následuje slavnostní raut.

Soutěžní otázka:

Kolik let oslaví letos v říjnu časopis Florence?



Správnou odpověď zasílejte na adresu florence@ambitmedia.cz.

Do předmětu zprávy napište „soutěž FLO9“.

Výhru získá pět vylosovaných správných odpovědí od našich předplatitelů.

Ošetrovatelský proces u pacientky po operaci prsu podle modelu Myry Estrin Levineové

V průběhu let se vyvinuly různé modely, které sdílejí čtyři hlavní pojmy: člověk, prostředí, ošetrovatelství a zdraví. Konceptní model Levineové je model, který je zaměřen na podporu, přizpůsobení se a zachování celistvosti osobnosti. Všeobecná sestra se podle tohoto modelu zaměřuje na vlivy vnějšího prostředí a prostřednictvím zachování energie, osobnostní a sociální integrity adaptuje pacienta v jeho nejlepším zájmu. Cílem ošetrovatelského týmu je rozpoznat, pomáhat, propagovat a podporovat adaptivní procesy, které pacientovi prospívají.

Bc. Jaroslava Knapová,
Chirurgické centrum KNL, a. s.

Karcinom prsu je nejčastější nádorové onemocnění žen v České republice. Vysoký výskyt nádorového onemocnění prsu v populaci zařazuje problematiku tohoto onemocnění mezi společenské problémy. Onkologicky nemocný pacient vyžaduje před zahájením léčby a v jejím průběhu informace o rozsahu nemoci, dostupné léčbě, komplikacích, pravděpodobnosti vyléčení a informace o návratu do normálního života. Tyto informace a důvěra v ošetrovatelský personál mu pomohou překonat velmi vážné a náročné období.

Myra Estrin Levineová se narodila v roce 1920 v Chicagu, ve státě Illinois. Byla nejstarší ze tří dětí, měla sestru a bratra. Její vztah k ošetrovatelství se vyvíjel postupně, její otec byl velmi nemocný a vyžadoval zdravotní péči. To bylo hlavním podnětem, proč Levineová absolvovala zdravotnickou školu Cook County School of Nursing, na které získala v roce 1944 ošetrovatelský diplom a začala pracovat jako sestra. Pracovala v armádě USA, v roce 1949 ukončila bakalářské vzdělání na University of Chicago a v roce 1962 získala magisterský titul na Wayne State University. Poté, co pracovala jako sestra a vedoucí sestra na Univerzitní chirurgické klinice v Chicagu, pokračovala na akademické půdě. Jako hostující profesorka přednášela a byla koordinátorkou univerzitního ošetrovatelského programu v onkologii. Roku 1987 odešla do penze, ale v práci pokračovala jako emeritní profesorka interního a chirurgického ošetrovatelství na University of Illinois



Onkologicky nemocný pacient vyžaduje před zahájením léčby a v jejím průběhu informace o rozsahu nemoci, dostupné léčbě, komplikacích, pravděpodobnosti vyléčení a informace o návratu do normálního života

v Chicagu. Zemřela v roce 1996 ve věku 76 let. Za svůj život publikovala odborné články, napsala kapitolu *The Conservation Principles Twenty Years Later*, která byla součástí knihy *Conceptual Models for Nursing Practise*. V roce 1992 obdržela čestný doktorát z Loyla University.

M. E. Levineová neměla v úmyslu vyvinout ošetrovatelskou teorii, ale její bohatá praxe jí přinesla tolik podnětů, že nakonec na teorii začala pracovat. Její teoretická východiska vycházejí z holistického pojetí člověka, opírají se o poznatky z biologie, fyziologie, fyziky a její mentorské činnosti. Byla ovlivněna pracemi J. Gibsona, E. Eriksona, H. Selyeho a M. Batesa. Mezi hlavní jednotky řadí Levineová pacienta, kterého chápe jako holistickou bytost s projevy poruchy vlastní integrity, a sestru, kterou chápe jako osobu podpo-

rující a udržující zdraví a celistvost pacienta, což je i cílem ošetrovatelství. Prostřednictvím čtyř konzervačních principů postupně vhodným způsobem pozitivně ovlivňuje adaptaci a obnovuje integritu. Konceptce teorie zohledňuje základní metaparadigmata – osobu, prostředí, zdraví a ošetrovatelství. Adaptace je přitom chápána jako proces změny, při kterém si jedinec v realitě svého prostředí zachová vlastní integritu. Zapojením síly jedince je buď zachován současný stav, nebo jeho změna, úspěšná adaptace poté vede k ochraně a stabilitě organismu člověka.

M. E. Levineová stanovila následující čtyři konzervační principy:

→ Princip zachování energie – vztahuje se na vyrovnání energetického vstupu a výstupu, aby se zabránilo nadměrné únavě.

Doporučujeme přiměřený doplněk, vhodnou výživu a rehabilitaci k obnově energie, která je nejvíce spotřebovávána procesy hojení a stárnutí.

- Princip zachování strukturální integrity – vztahuje se na zachování a obnovení struktury těla, včasné rozpoznání oblastí, které je třeba obnovit, prevenci funkčních změn, podporu hojení.
- Princip zachování osobnostní integrity – uznává jednotlivce jako toho, kdo usiluje o uznání, respekt, sebeuvědomění a sebeurčení. Sestra vytváří a chrání soukromí pacienta.
- Princip zachování sociální integrity – uznává jedince jako součást sociální interakce, je uznáván jako někdo, kdo je součástí rodiny, skupiny náboženské či etnické. Sestra vytváří pozitivní interpersonální vztahy.

M. E. Levineová klade v ošetřovatelském procesu důraz na obnovení a následné udržení v porušené oblasti ve smyslu holistické teorie. Po fázi posuzování následuje fáze plánování s cíli zaměřenými na zachování energie a integrity člověka. Ve fázi realizace zabezpečuje sestra pomocí vhodných intervencí potřeby člověka. Výsledek své činnosti průběžně vyhodnocuje a upravuje dle potřeb člověka.

Jak tento model vypadá v praxi, bych chtěla prezentovat na následující kazuistice pacientky s diagnózou karcinomu prsu. Rozdělila jsem ji do tří částí – předoperační přípravu, pooperační péči a přípravu pacientky na zvládnutí sebezpečí v domácím prostředí po ukončení hospitalizace ve zdravotnickém zařízení.

Předoperační příprava

Pacientka 56 let, vysokoškolsky vzdělaná, pracující jako profesorka na střední škole. Před pěti lety ovdověla, nyní žije sama. Je sportovně založená, neudává žádné příznaky onemocnění a pravidelně neužívá žádné léky. V únoru 2015 jí byl na pravidelném preventivním vyšetření mammo grafem zjištěn útvar, který byl diagnostikován jako karcinom prsu a byla navržena operační léčba – segmentektomie a lymfadenektomie. Pacientka informovala o svém stavu dceru, která jí byla po celou dobu velkou oporou. Do chirurgického centra přichází pacientka v jejím doprovodu. Pacientka je v dobré nutriční kondici,

soběstačná v běžných denních činnostech. Přestože byla o operačním zákroku a průběhu operace informována v mammologické poradně a následně v chirurgické ambulanci, má obavy, jak bude vše probíhat a jak to sama zvládne. Je ráda, že je jí dcera nablízku.

Pacientce jsem se věnovala s velkou empatií, snažila jsem se získat si její důvěru a myslím si, že i pacientka se cítila při komunikaci se mnou dobře. Vyhodnotila jsem

Onkologická diagnóza má výrazný vliv na psychiku pacientky a to vyžaduje vysokou profesionalitu přístupu všech členů ošetřovatelského týmu.

její potřebu respektovat soukromí, možnost psychické podpory od její dcery a zajištění dostatku informací, které by pacientce pomohly zvládnout nejistotu a obavy před operací. Cílem péče před operací tedy bylo:

- zajistit pacientce soukromí, udržet sociální integritu s rodinným příslušníkem,
- zajistit dostatek informací před operací a tím pacientce zajistit psychickou rovnováhu.

Realizace cílů byla následující:

- pacientka byla uložena na nadstandardní pokoj s přistýlkou a byla jí navržena možnost, aby jí dcera byla nablízku po celou dobu hospitalizace,
- ošetřovatelský tým pacientce aktivně odpovídal na její dotazy.

Večer před operací byla pacientka klidná, neměla žádné dotazy, rozuměla plánu ošetřovatelské péče. Dcera z pokoje odešla navečer, před podáním premedikace před operací.

Pooperační péče

Pacientka byla předána na operační sál klidná, připravená k operačnímu výkonu dle standardů chirurgického centra. Po operaci zůstala tři hodiny na dšpávacím pokoji, kde byla zajištěna monitorace životních funkcí pod dohledem anesteziologické sestry a lékaře. Poté byla převezena na standardní oddělení chirurgického centra. Pacientka byla bdělá, komunikovala, bolest byla vyhodnocena jako bolest mírné intenzity, operační rána byla kryta sterilním obvazem bez prosáknutí a z rány byl vyveden jeden Redonův drén.

Pacientka po operaci nemočila, začali jsme jí podávat čaj. Pocit na zvracení neměla.

Cílem péče po operaci bylo:

- zajistit obnovení energie – dbát o dostatečnou hydrataci pacientky a následně vhodnou stravu, monitorovat její fyziologické funkce a sledovat projevy bolesti,
- zajistit celistvost tkáňových poškození – sledovat krvácivé projevy, monitorovat množství tekutiny v Redonově drénu a funkčnost podtlakové drenáže, kontrolovat obvaz, zajistit elevaci končetiny, zajistit bezinfekčnost invazivního vstupu, pokračovat v prevenci tromboembolické nemoci,
- zajistit soukromí, respektovat přání pacientky,
- i nadále udržet sociální integritu s rodinným příslušníkem.

Realizace cílů byla následující:

- pacientce byl v prvních dvou hodinách podáván pouze čaj, nepocítovala pocit na zvracení ani nezvracela, a proto byla večer podána lehká večeře – dieta šetrčí. Od dalšího dne měla pacientka možnost vybírat si z jídelního lístku dle chuti a na podporu hojení dostávala jeden nutridrink. Příklad si mohla zvolit sama a s významem popíjení tohoto nápoje byla seznámena, chutnal jí. Na bolesti byla první den podávána analgetika dle časového rozpisu, v dalších dnech dle pocitů pacientky, v den propuštění již pacientka analgetika nepožadovala. Fyziologické funkce byly monitorovány do stabilizace stavu pacientky. Pacientka byla bez projevů tromboembolické nemoci, s dopomocí ošetřovatelského personálu proběhla postupná vertikalizace a dopomocí v samoobslužných činnostech, rehabilitace s fyzioterapeutem,
- bylo monitorováno množství odváděné tekutiny do Redonova drénu, který byl druhý pooperační den odstraněn spolu s převazem operační rány,

M. E. Levineová neměla v úmyslu vyvinout ošetřovatelskou teorii, ale její bohatá praxe jí přinesla tolik podnětů, že na ní nakonec začala pracovat





Karcinom prsu je nejčastější nádorové onemocnění žen v ČR

- pacientka měla soukromí na pokoji, aktivně se zapojovala do konverzace při lékařské vizitě a spolupracovala s ošetřovatelským týmem,
- i nadále byla pacientce nablízku její dcera, která jí vypomáhala se samoobslužnými činnostmi a byla jí velkou oporou.

Pacientka pooperační období zvládla bez komplikací, hojení proběhlo per primam, pacientka se cítí dobře.

Propuštění do domácího prostředí

Pacientka byla před propuštěním klidná, těšila se na domácí prostředí. Vzhledem k tomu, že karcinom prsu je onemocnění velmi náročné na psychiku, je vhodné navrhnout po dohodě s pacientkou možnost intervence psychologa. Onkologické onemocnění vyvolává výraznou psychickou reakci, která má několik fází. Tempo vývoje reakce je přitom individuální a představuje několik stadií – šok, popření faktu nemoci a stažení se do izolace, fáze zloby a hněvu, smlouvání, deprese a akceptace. Tato stadia popsala E. Kübblerová-Rossová. To vše vyžaduje od ošetřovatelského týmu vysokou profesionalitu. Důležitou roli hraje také věk nemocného, jeho osobnostní vlastnosti, zdravotní uvědomění a vztah k vlastnímu zdraví. Úkolem ošetřovatelského

týmu je, aby pacientka cítila podporu svého okolí, spoluúčast a zájem ze strany ošetřujícího personálu, především pak úctu, empatii, individuální přístup a pozitivní vztah k ní.

Pacientka byla seznámena s časnými a pozdními komplikacemi a bylo jí vysvětleno, jak v těchto situacích postupovat. Byla seznámena i s pohybovým režimem po operaci karcinomu prsu, spolupráce s fyzioterapeutem bude probíhat formou ambulantních návštěv na rehabilitačním oddělení. Pacientka obdržela propouštěcí zprávu, kde byla upozorněna na stanovený termín návštěvy v mammologické poradně, kde budou odstraněny stehy z operační rány, sděleny výsledky histologického vyšetření a nastavena následná péče na onkologickém oddělení. Pacientka odcházela domů v doprovodu své dcery klidná, bez dalších dotazů. Pobyť na chirurgickém centru hodnotila velmi kladně, s přístupem ošetřovatelského týmu a péčí byla spokojena.

Závěr

Onkologická diagnóza má výrazný vliv na psychiku pacientky a to vyžaduje vysokou profesionalitu přístupu všech členů ošetřovatelského týmu. Využívání koncepčních modelů se těší stále větší oblibě, což je velkým přínosem pro rozvoj ošetřovatelské profese.

Koncepční model Myry Estrin Levineové, který vznikl po dobu šesti let, mi byl blízký především jejím pojetím člověka jako holistické bytosti, zohledňujícím všechny potřeby pacienta osobitým a citlivým přístupem. Její čtyři konzervační principy – princip zachování energie, zachování strukturální integrity, zachování osobnostní integrity a zachování sociální integrity – jsou vhodné právě u onkologicky nemocných pacientů. Znovu se můžeme přesvědčit, že každého pacienta je nutné chápat jako celistvou bytost a to, co může být někdy prioritní pro nás – ošetřovatelský tým, nemusí být shodné s pocity pacienta. Citlivost přístupu, aktivní naslouchání, empatie a efektivní komunikace a následná efektivní spolupráce celého ošetřovatelského týmu s pacientem jsou pro mě priority, které udávají směr celému ošetřovatelskému procesu. ☒

Literatura:

1. Archalousová A. Přehled vybraných ošetřovatelských modelů. Hradec Králové: Nucleus, 2003. 99 s. ISBN 80-86225-33-X
2. Coufal O, Fait V a kol. Chirurgická léčba karcinomu prsu. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. 416 s. ISBN 978-80-247-3641-9
3. Křívohlavý J. Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing, a. s., 2002. 140 s. ISBN 80-247-0479-0
4. Pavlíková S. Modely ošetřovatelství v kostce. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3
5. Žiaková K a kol. Ošetřovatelské konceptuální modely. 1. slovenské vydání. Martin: Osveta, 2007. 190 s. ISBN 978-80-8063-247-2

Více o autorce:

Bc. Jaroslava Knapová

1987: ukonč. SZŠ Liberec – obor Dětská sestra; **1988:** ukonč. SZŠ Most – obor Porodní asistentka; **2014:** ukonč. Bc. studium, UZS TUL, Liberec – Ošetřovatelství; **od 2014:** Mgr. studium VŠZ a SP sv. Alžběty Příbram – obor Ošetřovatelství; **1987–1996:** Okresní nemocnice Liberec – porodní sály – porodní asistentka na sále; neonatologie – dětská sestra, gynekologie – sestra na standardním oddělení; **1997–2009:** Ekonom, asistentka, pracovní stáž Stockholm 6 měsíců; **2009–2010:** Soukromá zubní ambulance, Liberec – všeobecná sestra – instrumentářka; **2010–2012:** KNL, a. s., Liberec, Gynekologie JIP – všeobecná sestra; porodní asistentka; **od 2012:** KNL, a. s., Liberec, Neurochirurgie, Chirurgické centrum – všeobecná sestra



Předplatte si časopis Florence a získejte knihu Co by měl vědět správný kuchař

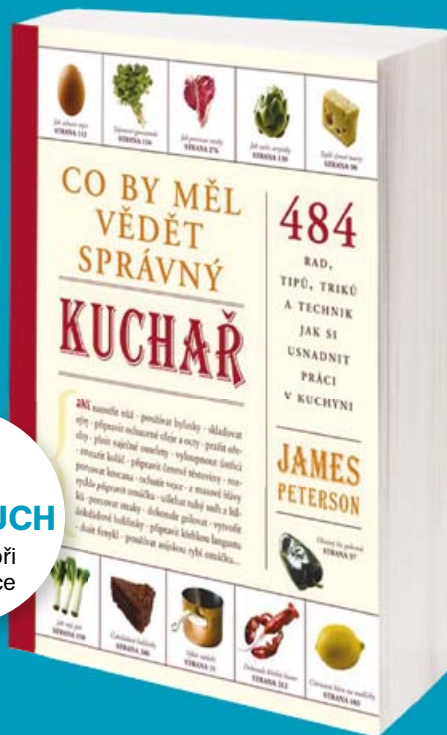
**+ Přístup do elektronického archivu
časopisu na www.florence.cz**

**Standardní roční
předplatné – 570 Kč**

**Předplatné objednávejte
na www.florence.cz**

Nabídka s kódem **FLO15KUCH** platí do 11. 10. 2015 nebo do vyčerpání zásob pro standardní roční předplatné pouze pro nové předplatitele. Dárky jsou rozesílány do 5 týdnů od obdržení prvního čísla časopisu. Změna dárku vyhrazena.

Mistr kuchař vám nabízí 484 triků, technik a způsobů, které vám usnadní práci a zdokonalí postup tak, že kulinářský výsledek bude na jedničku. Návodů krok za krokem s barevnými fotografiemi, stovky inspirativních nápadů a tucty lahodných receptů.



Kód
nabídky
FLO15KUCH
uvádějte při
objednávce

INZERCE



**Zde přicházím na svět -
zde Tě potřebuji!**

Hledáme k okamžitému nástupu

porodní asistentku / porodního asistenta

V naší gynekologicko-porodnické klinice v Gelnhausenu provádíme ročně přibližně 1 500 porodů. Za tímto účelem nám slouží tři moderně vybavené porodní sály. V rámci péče o riziková těhotenství a porody úzce spolupracujeme s naším perinatologickým centrem II. stupně.

Náplň Vaší práce:

- › individuální péče o matku a dítě
- › používání konvenčních a alternativních porodních procesů
- › sledování a dohled při rizikových těhotenstvích a porodech
- › používání moderní diagnostiky a monitorovacích metod

Důvody, proč si vybrat kliniku Main-Kinzig-Kliniken:

- › výborně vybavené porodní sály
- › strukturovaný systém zapracování
- › otevřený, kolegiální a profesionální tým
- › velmi dobrá mezioborová spolupráce
- › příjemná pracovní atmosféra
- › podpora při účasti na interních a externích akcích dalšího vzdělávání
- › zaměstnanecké benefity

Vaše odborné a sociální dovednosti:

- › ukončené vzdělání pro porodní asistentku / porodního asistenta
- › zkušenosti v oblasti rizikových těhotenství
- › pracovitost, flexibilita a motivace
- › zájem o poskytování porodní asistence orientované na rodinu a potřeby matek

Rádi bychom se dozvěděli, co je pro Vás důležité, jaké máte potřeby a na jakých zlepšeních bychom měli pracovat - Váš názor nás zajímá!

► Těšíme se na Vás

Heike Klüber
Vedoucí porodní asistentka
06051 / 87.2320

Upozornění:

Pro urychlení zpracování Vaší žádosti nám prosím neposílejte žádná portfolia ani originály dokumentů, pouze kopie nebo elektronickou žádost emailem na adresu

bewerbung@mkkliniken.de

Vaše uchazečské podklady nebudou zasílány zpět, ale řádně zničeny při dodržení požadavků na ochranu dat.



Main-Kinzig-Kliniken

Studijní obor Zdravotnický asistent je realizován na středních zdravotnických školách od školního roku 2004/2005, kdy nahradil obor Všeobecná sestra. Od roku 2010 je výuka uskutečňována dle jednotného rámcového vzdělávacího programu, který si školy přetvořily dle svých vizí do školních vzdělávacích programů. Tyto dokumenty vymezují mimo jiné rozsah, způsob a metody výuky praktického vyučování na jednotlivých školách.



Střední zdravotnická škola Kroměříž zpracovala a ve školním roce 2014/2015 realizovala projekt zaměřený na ověření nových přístupů k realizaci praktického vyučování

Proč a jak inovovat praktické vyučování žáků středních zdravotnických škol



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE
DO ROZVOJE
VZDĚLÁVÁNÍ

PhDr. Ludmila Hanáková,
SZŠ Kroměříž, l.hanakova@post.cz

Praktické vyučování je realizováno formou cvičení a formou učební a odborné praxe. Cvičení probíhají ve školních odborných učebnách, praxe ve zdravotnických, ev. doplňkové v sociálních zařízeních. Principy a organizace praktického vyučování se v základních rysech nezměnily od 80. let 20. století. Lze říci, že praktické vyučování zaostává za aktuálními možnostmi rozvoje a jen minimálně reflektuje změny ve zdravotnictví (technologický rozvoj, diferenciaci a specializaci oborů, změny v organizaci zdravotní péče aj.). Sladění praktického vyučování s reálnou potřebou zaměstnavatelů asi nejvíce brání omezený personál a finanční potenciál škol, ale i zžitá tradice.

Střední zdravotnická škola Kroměříž zpracovala a ve školním roce 2014/2015 realizovala projekt zaměřený na ověření nových přístupů k realizaci praktického vyučování. Cílem projektu bylo zařadit do praktického vyučování inovativní prvky, zintenzivnit spolupráci školy se zaměstnavateli a podpořit tak rozvoj odborných kompetencí žáků.

Středisko praxe

Klíčovým prvkem projektu bylo zřízení střediska praxe, které po celý školní rok zajišťovalo organizační, personální a materiální podmínky pro průběh inovovaného praktického vyučování. Středisko praxe se stalo drobnou autonomní jednot-

kou (jeden pracovník s vlastní kanceláří) včleněnou do organizační struktury školy. V pracovní náplni pracovníka střediska praxe bylo zpracovávat a archivovat veškerou administrativní agendu a podporovat organizační zajištění praktického vyučování při úzké spolupráci s vedoucí učitelkou praktického vyučování. Vytvořením tohoto pracovního místa s úvazkem 0,25 se jak vedoucí učitelce praktického vyučování, tak učitelům odborných předmětů značně „uvolnily ruce“ od administrativních činností k odborným.

Učební a odborná praxe

Při plánování učební i odborné praxe jsme respektovali kontinuitu vzdělávání, profil absolventa i požadavky zaměstnavatelů a vytvořili

školních odborných učeben základním ošetrovatelským postupům, jako je péče o pomůcky, úprava lůžka, hygienická péče, podávání jídla, je namístě, aby si tyto dovednosti ověřili na závěr školního roku v praxi. Pozitivní hodnocení zainteresovaných žáků, učitelů i zdravotnického personálu potvrdilo smysluplnost tohoto opatření. Samozřejmě bylo třeba praxi důkladně připravit, a to např. i ve smyslu výcviku žáků v psychosociální odolnosti.

Ve 3. ročníku probíhala celoroční učební praxe pod vedením učitelů odborných předmětů v rozsahu 12 vyučovacích hodin týdně, přičemž týdenní rozvrh výuky byl následující: 3 hodiny výuky v odpolední směně + 9 hodin v dopolední směně rozloženo ve dvou po sobě následujících dnech. Z hlediska ob-

Praktické vyučování oboru Zdravotnický asistent na SZŠ zaostává za aktuálními možnostmi rozvoje a jen minimálně reflektuje změny ve zdravotnictví.

jsme inovovaný model pro výuku praxe. První kontakt se zdravotnickou realitou zažívali naši žáci již v závěru 2. ročníku, kam jsme nově situovali jeden týden odborné praxe, při níž probíhá výuka na pracovištích zaměstnavatelů, a to bez účasti učitelky, ale pod vedením pověřených pracovníků. Odvážné? Ale zároveň úspěšné! Uvážíme-li, že žáci se po celý 2. ročník v předmětu Ošetrovatelské postupy šest hodin týdně učí v simulovaném prostředí

šahového byla praxe rovnoměrně členěna do čtyř bloků: chirurgický, interní, diagnostický a blok péče o dlouhodobě nemocné. V závěru 3. ročníku byla zařazena třítýdenní odborná praxe probíhající za podobných podmínek jako ve 2. ročníku, ovšem s rozšířeným obsahem výkonů i pracovišť.

Ve 4. ročníku byl navýšen počet hodin celoroční učební praxe o 2 hodiny, přičemž výuka pokračovala na chirurgickém a interním

pracovišti a nově byl přiřazen blok praxe na dětském a gynekologicko-porodnickém oddělení a blok malých klinických oborů, jehož součástí byla praxe v ambulantní péči. I ve 4. ročníku žáci absolvovali odbornou praxi. V rozsahu dvou týdnů byla realizována na přelomu kalendářního roku, týden před a týden po vánočních prázdninách. Výuka praxe byla završena krátkou předmaturní praxí.

Nový model výuky praxe spolu s nižším počtem žáků ve výukových skupinách (maximálně 8 žáků) nám umožnil rozšířit počet lokalit praxe o deset pracovišť (z původních 8 na 18). Žáci tak získali mnohem větší přehled o reálném pracovním prostředí a o práci v oboru. Širší repertoár pracovišť, prodloužení odborné praxe a snížení počtu žáků ve skupinách považujeme za podstatné kroky pro zkvalitňování praktického vyučování zdravotnických asistentů. 📍

Inovativní formy výuky



Do praktického vyučování jsme vřadili řadu inovativních forem a metod výuky. Zejména jsme usilovali o to, abychom intenzivněji spolupracovali s odborníky z praxe. V tomto smyslu se nám osvědčily následující způsoby spolupráce:

Zapojení pracovníka zdravotnické záchranné služby do běžné výuky první pomoci – záchranář se výuky zúčastňoval celoročně, a to dle předem stanoveného harmonogramu zpracovaného v souladu s tematickým plánem předmětu.

Workshopy – experti z praxe uspořádali na svém pracovišti cca dvouhodinové prezentace odborných postupů s možností praktického nácviku žáků. Bylo nutno vypracovat podrobný rozpis workshopů, neboť naším záměrem bylo, aby každý žák absolvoval všechny workshopy určené pro daný ročník. Témata workshopů byla volena tak, aby

analogicky doplňovala probírané učivo praxe. Celkem jsme realizovali 10 typů workshopů (polohování, hojení ran, ošetřování dekubitů, katetrizace močového měchýře u žen aj.).

Oponentury – odborníci z praxe posuzovali a klasifikovali seminární práce žáků. Pro oponenty jsme vytvořili poměrně podrobnou metodiku hodnocení.

Využití technologií sociálního partnera – spolupracující nemocnice poskytla škole software – nemocniční informační systém, který jsme v kooperaci s pracovníky nemocnice upravili pro potřeby školní výuky (vytvořili jsme fiktivní školní nemocnici). Žáci se tak naučili používat nemocniční informační systém ještě před vstupem na praxi.

Scénáře animací – specialisté z praxe zpracovali literární scénáře jako podklad pro vytvoření 3D videoanimací 12 vybraných

pomůček a přístrojů ze zdravotnické praxe. Animace žákům názorně zprostředkují princip účinnosti těch pomůček, které škola nemá k dispozici nebo jejichž vnitřní konstrukci není možno prohlížet (dialyzační přístroj, endotracheální kanyla, kardiostimulátor, cystoskop aj.).

Psychosociální podpora žáků – tým odborníků zdravotnické záchranné služby vyškolených k poskytování psychosociální intervenční služby poskytl žákům psychosociální podporu po dobu odborné praxe, čímž jsme se snažili zvýšit připravenost žáků na setkání s náročnými situacemi a podpořit jejich schopnost zvládat emocionální prožitky, které s výkonem praxe nutně přicházejí.

Deník praxe – odborníci z praxe se spolupodíleli na koncipování Deníku praxe, který kromě rozpisů učiva, výsledků vzdělávání a plánů praxe obsahuje pokyny k BOZ žáků, pravidla pro chování žáků, detailní záznamy o praxi a přehled realizovaných výkonů. Brožovaný Deník praxe je přehledným portfoliem postupně mapujícím absolvovanou praxi žáka po dobu studia.

INZERCE

Centrum spokojeného stáří

Alzheimer Care®

Přijmeme všeobecnou zdravotní sestru s registrací do nově zrekonstruovaných Center spokojeného stáří Alzheimer Care

- místo pracoviště - Lázně Bohdaneč nebo Svoboda nad Úpou
- práce na HPP
- SZŠ, VOŠ, VŠ
- příjemné a moderní prostředí
- přátelská atmosféra
- motivující finanční ohodnocení
- dodatková dovolená
- závodní stravování nebo stravenky
- zaměstnanecké benefity

Kontakt:

Mgr. Luděk Kopa

Tel.: +420 601 586 793 nebo +420 466 860 529

l.kopa@llb.cz



Účastníky 49. výročního sjezdu AEPC přivítal i prof. MUDr. Jan Janoušek, Ph.D., přednosta dětského kardiocentra FN v Motole

navštívili jsme

Brno 2015

Vzdělávací program
Pracovní terapeut a Terapeut
v psychosociální rehabilitaci

Praha 13. 5. 2015

Jarní konference FNKV

Praha

20.–23. 5. 2015

49. výroční sjezd Evropské
asociace pro dětskou
a kongenitální kardiologii
(AEPC)

Vancouver

8.–11. 7. 2015

Mezinárodní konference
o ošetřovatelství v onkologii
(International Conference
on Cancer Nursing)

nenechte si ujít

Plzeň

16. 9. 2015

Základy KPR v civilním
životě zdravotníka a specifika
KPR v ZZ

Praha

30. 9. 2015

První pomoc u dětí aneb
dítě v ohrožení života

Luhačovice

12. 9. 2015

Jak odbourat bariéry
minulosti a zůstat
sám sebou

**Bližší informace o akcích
naleznete na www.florencie.cz
v rubrice Kalendář**

Dětské kardiologové z celého světa se po 26 letech sešli opět v Praze

Bc. Nikola Blaškovanová, Bc. Lucie Laciaková, Zdeňka Babková,
Dětské kardiocentrum – JIP, 2. LF UK a FN Motol

Ve dnech 20.–23. května 2015 se v Kongresovém centru v Praze konal 49. výroční sjezd Evropské asociace pro dětskou a kongenitální kardiologii (AEPC). Praha tuto akci organizovala již podruhé, naposledy v roce 1989 pod záštitou prof. Milana Šamánka. Kongres se nesl v přátelském duchu a měl velice zajímavý odborný program.

Jeho hlavní témata se zabývala vrozenými srdečními vadami v dospělosti a operační technikou dle Fontána. Díky výborné diagnostice, operační technice a péči o děti s vrozenou srdeční vadou se zvyšuje počet dospělých lidí, kteří v dětském věku prodělali kardiokirurgickou operaci. Je otázka, zda by o tyto pacienty měl pečovat kardiolog pro dospělé, nebo zda by měla péče přináležet dětskému kardiologovi, který má s pacientovou vrozenou srdeční vadou více zkušeností.

Kongresu se zúčastnilo celkem 1110 delegátů ze 61 zemí.

Workshopy, které byly pouze pro lékaře, byly zaměřeny na pravou komoru srdeční. Po celou dobu bylo vystaveno 280 posterů, z nichž deset velmi zajímavých bylo sesterských. Sesterská sekce byla součástí této akce teprve podruhé v její dlouhé historii. Akci po celou dobu také provázela výstava uměleckých děl s názvem „Děti dětem“, kterou organizovaly sestry z Dětského kardiocentra FN Motol v Praze. Jedno z děl, plastika „Láska léčí“, bylo věnováno Jeho Svatosti papeži Františkovi, protože příští kongres bude hostit vatikánská dětská nemocnice Bambino Gesù. Důležitou součástí

bohatého společenského programu byla i slavnostní večeře na Žofíně.

Sesterská sekce trvala dva dny a byla plná úžasných a velice zajímavých přednášek. Odbornost jednotlivých sdělení byla velmi vysoká. S kolegyněmi jsme až žasly, kam se ve světě ubírá moderní ošetřovatelství. Jak samostatné a aktivní jsou sestry z jiných zemí. Naše sekce se zaměřila na tato témata: edukace rodiny, holistický přístup, kvalita života dítěte po operaci vrozené srdeční vady, přechod dítěte od dětského kardiologa k dospělému, srdeční selhání a možnosti jeho terapie. Největší zastoupení měla Velká Británie, Finsko, Česká republika a Švédsko. Programu se však zúčastnily i sestry z jiných zemí, jako například z Turecka, Itálie či Ruska. K největším kapacitám sesterské sekce bezpochyby patřili dr. Philip Moons, profesor ošetřovatelství, a dr. Bratt.

I děti po kardiologické operaci by měly sportovat

Jednou ze zajímavých přednášek byla přednáška zabývající se problematikou sportovních aktivit u dětí po kardiokirurgické operaci. Stěžejní otázky zněly, v jakém množství jsou

děti schopné sportovních aktivit a které aktivity jsou pro ně vhodné. Přednášejícím byl zdravotní bratr z Velké Británie, kde je u zdravé populace doporučeno třicetiminutové cvičení pětkrát týdně. Síla intenzity je u aerobní fyzické aktivity stanovena na minimálně dvacet minut třikrát týdně. Podle výsledků měření z roku 2003 však u dětí sportovních aktivit ubývá. Velkým otázkem, který během přednášky zazněl, bylo, proč není cvičení jako ta-

Příští kongres bude hostit vatikánská dětská nemocnice Bambino Gesù.

kové lékaři předepisováno. Odpovědí může být, že mnoho kardiologů ani netuší, jak sportovní aktivity předepisovat a v jakém množství, a s velkou pravděpodobností ani neumějí nalézt atraktivní alternativy. Nejen proto je důležité zapojit do této problematiky celou rodinu.

Další neméně zajímavou přednáškou s následnou diskuzí byla přednáška od G. Stoffel, R. Spirig, B. Stiasny, W. Knirsch z Dětské nemocnice v Curychu. Přednáška měla název Psycho-

logický dopad na rodinu u dětí se syndromem hypoplastického levého srdce během jednotlivých stupňů operací. Úvodem byla krátce vysvětlena anatomie hypoplastického levého srdce. Přežití novorozence je po narození závislé na přítomnosti otevřeného foramen ovale a průchodné tepenné dučeji, která zajišťuje hlavní přítok krve nejen do sestupné aorty, ale retrográdně také do aortálního oblouku i do koronárního řečiště. Dnes je i tato extrémně složitá vada chirurgicky řešitelná. Následně byl řečen počet dětí trpících tímto onemocněním ve Švýcarsku, kterých je 15 za rok. Dle výsledků průzkumu bylo zjištěno že rodiče v období mezi každou kardiologickou intervencí prožívají směr šoku, stresu, ztráty naděje, strach, zlost a velice často prožívají pocity zármutku a žalu. Rodiče dětí trpících tímto onemocněním také popisují vyšší míru

stresu s pocity mimořádné nejistoty než rodiče dětí trpících jinými kardiologickými onemocněními. Dle Ghanayem et al. z roku 2003 lze tyto subjektivní pocity a také riziko úmrtí pacienta zmírnit pomocí domácího režimu vykonávaného rodiči po první fázi operačního řešení dle Norwooda následovně: monitorace oxygenace pomocí pulzního oxymetru třikrát denně a denní sledování váhy pacienta (dolní a horní limity jsou dány ošetřujícím kardiologem) – díky tomu klesla mortalita pacientů mezi první a druhou fází operace z 15,8 % na 0 %!

Po tomto sdělení se rozprúdila bohatá diskuze, během níž bylo opakovaně upozorňováno na fakt, že časté domácí monitorování saturace kyslíkem může vést k opětovnému zvýšení stresu rodičů. ❏



Ludmila Janečková a Eva Vrbovcová převzaly ocenění za svou obětavou a celoživotní práci ve FNKV

Jarní konference Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Mgr. Ivana Trnková, Mgr. Jana Matušinská – koordinátorky akce

Na půdě 3. lékařské fakulty UK v Praze se 13. května 2015 konala Jarní konference, která se stala oslavou Mezinárodního dne sester. Záštitu nad konferencí převzali děkan 3. LF UK prof. MUDr. Michal Anděl, CSc., a MUDr. Jan Šturma, CSc., tehdy pověřený řízením Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (FNKV) v Praze.

Před zahájením odborné části konference zazněly v úvodních slovech prof. MUDr. Michala Anděla, CSc., a MUDr. Jana Šturmy, CSc., myšlenky úzce související s historií, současností a budoucností spolupráce 3. LF UK a FNKV. Oba na závěr svého vystoupení poděkovali dlouholetým zaměstnankyním interní kliniky Ludmile Janečkové a Evě Vrbovcové za jejich obětavou celoživotní práci ve FNKV.

Na úvod odborné části programu přivítaly účastnice také náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FNKV PhDr. Libuše Gavlasová, MBA, a přednostka Ústavu ošetrovatelství 3. LF UK PhDr. Hana Svobodová.

Přednášky Bc. Ivany Šturmové a Bc. Jany Duškové nás zavedly až do roku 1902, kdy byla založena dnešní Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, tehdy ovšem s názvem Všeobecná veřejná nemocnice císaře a krále Františka Josefa I.,

okresu Vinohradského a Žižkovského. Historická data a představení významných osobností naší nemocnice v mnohých z nás vyvolaly pocity hrdosti a sounáležitosti s naší nemocnicí.

V průběhu konference dále zazněly prezentace týkající se oblasti poskytování vysoce specializované léčebné a ošetrovatelské péče ve FNKV, které zároveň poukázaly na vzájemnou dlouhodobou spolupráci nemocnice a fakulty při vzdělávání všeobecných sester.

Sociální a podpůrnou péči prezentovala vrchní zdravotně-sociální pracovníce Bc. Blanka Radjenovičová z Oddělení zdravotně sociálního, která představila spektrum činností a intervencí sociálních pracovníků v rámci péče o hospitalizované i ambulantní pacienty FNKV. Svým sdělením vyjádřila nezbytnost a důležitost propojení zdravotních a sociálních služeb.

Dobrovolnický program FNKV, který se intenzivně rozvíjí na



mnohých pracovištích naší nemocnice a přispívá tak ke zpříjemnění a zkvalitnění hospitalizace pacientů zejména po psychické stránce, představila vedoucí činnosti dobrovolníků v rámci FNKV PhDr. Martina Krynská, PhD.

Občanské sdružení Bolíto zastoupené Mgr. Lenkou Šetelíkovou, vrchní sestrou Kliniky popáleninové medicíny, nám ukázalo, jak pracuje a pomáhá dětem po popáleninových úrazech. Sportovní, kulturní a sociální aktivity jsou pro popálené děti neocenitelnou pomocí v jejich boji s následky úrazu a v jejich postupné integraci.

Sestřičky z novorozeneckého oddělení Gynekologicko-porodnické kliniky nás seznámily s projektem „Život v kufříku“, který vznikl na základě spontánního rozhodnutí zdravotníků a je určen novorozencům, kteří jsou již po narození zatíženi nemožností vy-

růstat v biologické rodině. Každé dítě určené pro náhradní rodinnou péči je vybaveno kufříkem, který svým obsahem může v budoucnu přispět k poznání identity dítěte a jeho prvních dnů života.

Projekt Život v kufříku pomáhá dětem určeným pro náhradní rodinnou péči přispět v budoucnosti k poznání jejich identity.

Kufřík obsahuje tzv. „první knížku“, první otisky nohou a rukou, pletené bačkůrky a čepičku, fotografie a jiné maličkosti pro novorozence. Na základě pozitivní zpětné vazby od náhradních rodin či ústavů, kam jsou děti umístovány, zasluhuje tato aktivita naše uznání a podporu.

Do odborné části programu byla zařazena i posterová sekce, která se týkala odborných postupů v rámci specializované péče o nemocné ve FNKV.

V rámci doprovodného programu byly v předšálí Syllabovy posluchárny 3. LF UK k dispozici stánky s charitativním prodejem. Dobrovolnický program FNKV nabízel výrobky dobrovolníků a ve stánku Adžamal si mohli zájemci koupit ručně šité panenky vyrobené v českých domovech důchodců, psychiatrických léčebnách i školách. Výtěžek z prodeje jde v rámci humanitárního projektu na úhradu rohovek pro děti a mladé lidi v Afghánistánu. S touto aktivitou i s jedinečnou funkcí Oční tkáňové banky (OTK) FNKV nás v odborné části semináře seznámila vedoucí manažerka OTK Mgr. Yveta Urbanová.

V průběhu celého programu byl účastníkům k dispozici „Stá-

nek proti melanomu“, který pod vedením prim. MUDr. Gkalpakiotise Spyridona, Ph.D., a vrchní sestry Dermatovenerologické kliniky FNKV Jarmily Karlové nabízel zájemcům bezplatné vyšetření dermatoskopem.

Všechny příspěvky, které na konferenci zazněly, měly vysokou úroveň, vypovídaly o nadšení a pozitivním vztahu sester k svojí práci. Celý den jsme strávily v příjemné, přátelské atmosféře a odcházely jsme s vědomím, že Jarní sesterská konference bude mít příští rok své pokračování.

Děkujeme všem za účast a těšíme se příště. 🌈

(Informace o akci a fotogalerii najdete na <http://www.lf3.cuni.cz/3LF-477.html?news=1006&locale=CZ>.)

Projekt „Tvorba a pilotní ověření vzdělávacího programu Pracovní terapeut a Terapeut v psychosociální rehabilitaci“

Účastníci projektu



J sme velice rádi, že se Národním centru ošetřovatelství a nelékařských oborů (NCO NZO) v Brně podařilo zorganizovat a uskutečnit vzdělávací program Pracovní terapeut pro ty, kteří pracují v psychiatrických nemocnicích v rámci projektu „Tvorba a pilotní ověření vzdělávacího programu Pracovní terapeut a Terapeut v psychosociální rehabilitaci“, reg. č. CZ.1.04/1.1.00/D3.00001, který je spolufinancován z prostředků ESF prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a státního rozpočtu České republiky.

Projekt svým zaměřením reagoval na potřeby zdravotnické praxe, především v oblasti získávání způsobilosti jiného zdravotnického pracovníka, která je uvedena v § 43 zákona č. 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon). Projekt vycházel ze zjištěných potřeb cílových skupin, podporoval naplnění zákonných podmínek pro výkon povolání pracovního terapeuta. Jednotlivé aktivity byly zaměřeny především na naplnění potřeb praxe.

I když spojení péče o rodinu, zaměstnání a účasti na vzdělávání nebylo vždy jednoduché, mělo pro nás velký přínos, ze-



Účastníci kurzu si vyzkoušeli i některé terapeutické aktivity

jména v získání nových vědomostí, dovedností a terapeutických metod, ale i v seznámení s lektory, kteří jsou nejen odborníky, ale i lidmi zapálenými pro svoji práci. Velmi často to byla zajímavá forma učení a osvojování si nových informací prožitkem, dobré pochopení diagnóz, upozornění na možnosti kontrindikace ze strany terapeuta a komunikace mezi terapeutem a pacientem.

Některé terapeutické aktivity budou určitě inspirací pro za-

vedení na našich pracovištích. Bylo zajímavé poznat prostředí jiných nemocnic a pracovišť, která se starají o psychicky nemocné lidi.

V kurzu bylo dvacet účastníků z různých částí naší republiky a z různých zařízení, se kterými jsme si mohli předat zkušenosti a seznámit se i s jejich prací. Výkon činností jiného odborného pracovníka je součástí poskytování zdravotní péče přibližně patnáct či dvacet let. Aktuálně je jen v psychiatrických nemocnicích v ČR přibližně 150 pracovníků s náplní práce související s poskytováním zdravotní péče v oblasti pracovní terapie, kteří nemají potřebné zastřešující vzdělání. Účastí na tomto projektu jsme tento počet snížili.

Cílem projektu bylo sjednotit a poskytnout vědomosti a dovednosti pracovních terapeutů a odborně zabezpečit tak, aby připravil jiného odborného pracovníka k získání způsobilosti k výkonu povolání pracovního terapeuta dle zákona. Absolování kurzu Pracovní terapeut bylo velkým přínosem pro naši další práci a děkujeme celému realizačnímu týmu NCO NZO za tuto možnost. 🌈

Projekt „Sestry pomáhají přestat kouřit“ slavil úspěch na mezinárodní konferenci v Kanadě

Vladislava Felbrová, Stanislava Kulovaná, Kateřina Malá, Iveta Nohavová, Eva Roubíčková, sesterská sekce Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku

Mezinárodní společnost sester v onkologické péči (International Society of Nurses in Cancer Care, ISNCC) byla organizátorem Mezinárodní konference o ošetřovatelství v onkologii (International Conference on Cancer Nursing), která se konala ve dnech 8.–11. července 2015 v kanadském Vancouveru. Mezi 400 účastníky ze 41 zemí bylo také nás pět českých sester, které prezentovaly mnohaletou činnost ve vzdělávání sester v kontrole tabáku a intervencí u kuřáků.

Téma konference znělo Výzkum v onkologickém ošetřovatelství: Globální strategie pro praxi založenou na důkazech. Abstrakta přednášek jsou volně k dispozici na webu ISNCC (www.isncc.org). Na konferenci se organizačně podílely také Asian Oncology Nursing Society, European Oncology Nursing Society, International Psycho-Oncology Society, Multinational Association of Supportive Care in Cancer a Oncology Nursing Society USA.

Vancouver je přístavní město v jihozápadní části kanadské provincie Britská Kolumbie a je to největší metropolitní centrum v západní Kanadě. Po více než devítihodinovém letu se nám naskytlá úžasná podívaná na výškové budovy, rozlehlý přístav a krásnou scenérii největšího vancouverského parku – Stanley parku, poblíž kterého se konference konala.

Akci jsme využily také k setkání s hlavními představitelkami ISNCC – prezidentkou prof. Stellou Aguinaga Bialous, RN, DrPH, FAAN, prof. Lindou Sarana, PhD, RN, a Marjorií Wells, PhD, RN. Tématem našeho setkání bylo vyhodnocení projektu „Sestry pomáhají přestat kouřit“ a možnosti další spolupráce ISNCC s českými sestrami.

Díky aktivitám ve vzdělávání nelékařských zdravotnických profesí v rámci sesterské sek-

ce Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku (SLZT) se stalo Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze centrem excelence pro sestry východní Evropy v kontrole tabáku. Projekt „Sestry pomáhají přestat kouřit“ měl za cíl především prohlubování znalostí, jak kuřáky motivovat k odvykání a jak správně intervenovat. V jeho rámci jsme uspořádaly jednoduché kurzy pro sestry v ČR, Rumunsku, Slovensku, Slovinsku, Bulharsku a Maďarsku. Byla to pro nás velká zkušenost a těšilo nás mezinárodní ocenění. Vzdělávání sester v kontrole tabáku, zejména praktický nácvik, jak mluvit s pacientem, u nás stále plošně chybí. Přitom je to velmi důležité, protože sestry mají velký potenciál k úspěšné intervenci u kuřáků. Pokud by jej všechny opravdu využívaly, mohlo by to mít výrazný dopad na léčbu pacientů a její výsledky.

Během čtyřdenní konference jsme ve Vancouveru vyslechly mnoho zajímavých přednášek napříč celým světem z oblasti onkologie. Naše prezentace se týkala bariér v odvykání kouření pro sestry v ČR a v posluchačích vzbudila velký zájem – mj. je zajímaly také důvody, proč je v české populaci oproti jiným zemím tak vysoké procento kuřáků (v ČR je cca 2,2 miliónu kuřáků, což činí přibližně třetinu populace ve věku nad 15 let). Pro po-



České sestry prezentovaly v kanadském Vancouveru svou mnohaletou činnost ve vzdělávání sester v kontrole tabáku v ČR

sluchače bylo též velmi překvapující vysoké procento kuřaček z řad našich sester – kouří bohužel 40 % z nás.

Závěrem lze říci, že naše účast na této velké mezinárodní konferenci byla pro nás velkým přínosem, a to nejen po odborné stránce, ale snad pomohla i zvýšit prestiž českých sester v zahraničí. Přesvědčily jsme se, že naše aktivity v kontrole tabáku jsou namířeny správným směrem, i když v bývalé východní Ev-

ropě jsme první. V rozvinutých zemích Evropy je zájem o kouření pacienta a intervence ze strany sester samozřejmě součástí ošetřovatelské péče.

V příštím roce se bude tato konference konat ve dnech 4.–8. září v Hong Kongu. ☺

(Podpořeno projektem International Society of Nurses in Cancer Care „Eastern Europe Nurses Helping Smokers Quit“.)

INZERCE

Kurz německého jazyka v Drážďanech pro zdravotní sestry / zdravotní pečovatele

Máte diplom v oboru všeobecná sestra, ale neumíte německy? – Žádný problém!

Během prvních dvou měsíců od nás dostanete finanční podporu ve výši 300 € měsíčně.

Podle úrovně znalosti německého jazyka dostanete pracovní smlouvu s týdenní cca 20 hodinovou pracovní dobou a vyděláte si cca 700 € čistého.

Dva dny v týdnu se budete zdarma účastnit kurzu německého jazyka. Podle úrovně znalosti němčiny budete mít možnost složit jazykovou zkoušku B2 a získat tak certifikát o tom, že jazyk na této úrovni ovládáte.

Po získání certifikátu můžete s naší podporou požádat o uznání Vašeho diplomu v Německu.

Po uznání diplomu od nás získáte smlouvu na plný úvazek a vyděláte si minimálně 1.300 € čistého.



Ozvěte se nám – tohle je Vaše šance!

Kontaktujte nás od pondělí do pátku od 08:00 do 12:00 hodin. Kurzu se může zúčastnit jen omezený počet osob. Začátek kurzu bude stanoven po společné dohodě s účastníky dle jejich potřeb.

Podle stanoveného modelu pracovní doby si můžete po 8 týdnech práce v Německu vzít jako kompenzaci přesčasů týden dovolené ve své zemi.

Jednou měsíčně Vám proplatíme cestovní náklady na cestu domů a zpět. Co se týče Vaší roční dovolené – v prvním roce Vám připadají vždy 2 dny dovolené na měsíc. Tyto dva dny dovolené můžete každý měsíc uplatnit.

Získáte od nás

- α Ubytování zdarma
- α Proplacení cestovních nákladů
- α Bezplatný kurz německého jazyka

Naše kontakty jsou Vaší šancí!

✉ KMarkova@personalservice-alpha.cz

Tel.: +49 351 64 75 65 14

www.personalservice-alpha.cz

Alpha
Personal-Service GmbH
Zeitarbeit & Personalvermittlung

Altplauen 1 · 01187 Dresden

Komplexní přístup v péči o chronickou ránu při použití metod vlhkého hojení

Péče o chronickou ránu má na 1. oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice, a. s., dlouhou tradici. S novými materiály k ošetření ran byl personál postupně seznamován na různých seminářích, školeních a vedení oddělení umožnilo ve spolupráci s lékaři a primářem jednotlivé prostředky u vytipovaných nemocných vyzkoušet. Personál tak byl aktivně zapojen do péče o ránu, naučil se přemýšlet nad jednotlivými převazy a organizovat je tak, aby navazovaly na ostatní ošetrovatelskou péči.

Mgr. Jindra Hašková, DiS., vrchní sestra, 1. oddělení následné péče, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Postupně byly v hojení ran proškoleny staniční sestry, které své zkušenosti předávaly a stále předávají dalším sestřím, které se touto problematikou zabývají. Své zastoupení má oddělení i mezi konzultantkami nemocnice na hojení ran.

Podnětem k zahájení provozu ambulance pro hojení ran byly opakované hospitalizace některých nemocných vždy s výrazně zhoršeným stavem defektů. V současné době sleduje lékařka se specializací v problematice hojení ran stav defektu po propuštění z nemocnice a při zhoršení stavu může léčbu co nejdříve změnit nebo nemocného včas hospitalizovat. Problematické defekty u hospitalizovaných nemocných konzultuje ošetřující lékař s vrchní sestrou, s lékařkou pro hojení ran a s primářem oddělení. Na základě toho je navržena léčba a frekvence převazů. Oddělení má k dispozici fotoaparát, tudíž je možné použití materiálů se souhlasem pacienta dokumentovat. Tak tomu bylo i při použití pro nás nového materiálu WoundEx®.

Kazuistika

Na oddělení byl přijat 79letý muž k pokračování léčby chronických defektů obou dolních končetin. Jednalo se o polymorbidního pacienta, který měl opakovaně problémy s hojením defektů dolních končetin. Pacient se již několik let léčí pro hypertenzi, ICHS, v minulosti prodě-

s Prontosanem střídat s 0,05% Persterilem, ráno + večer vyměnit prosáklé krytí s ponecháním poslední vrstvy gázy na defektu a zvlhčením této vrstvy oplachovým roztokem. Po koupeli byl vždy proveden débriement se snahou odstranit zrohovatělou odumřelou kůží. Před novým obkladem se okolí defektů zno-

Senioři si často myslí, že péči o defekty zvládnou sami doma, a pomoc agentury domácí péče odmítají.

lal povrchní flebitidy, před 20 lety trombozu obou DK a v roce 2009 erysipel PDK.

Při přijetí měl na obou bérkách defekty na zevních i vnitřních stranách kotníků zasahující do poloviny bérců. V okolí defektů byly barevné mapy po ošetření genciánovou violetí, zbytky mastí s odumřelými zrohovatělými kožními buňkami, spodiny defektů povleklé bez známek granulace s hojnou sekrecí. Oba bérce lividně zbarvené, lymfedém více vpravo. Stav pravé dolní končetiny při přijetí je na obrázku 1.

Léčba byla zahájena obkladovou terapií: jednou denně koupel obou DK ve slabě růžovém roztoku hypermanganu 30 minut, pak obklady

vu ošetřilo vaselinou albou, která dobře změkčovala ztvrdlou kůži.

Po 14 dnech obkladové terapie byla změněna léčba LDK. Obklady byly nahrazeny materiálem WoundEx®. Materiál byl použit jen na jedné končetině proto, abychom mohli porovnat rychlost účinků léčby, a defekty na LDK lépe odpovídaly různým velikostem a množství materiálu WoundEx®, které jsme měli k dispozici. Již druhý den nás překvapilo prosáknutí sekundárního krytí, které se výrazně snížilo. Ani obvaz, ani podložka pod DK nebyly za 24 hodin prosáklé. Materiál byl spotřebovaný a většinu exsudátu zachytily sáčky WoundEx® (obr. 2). Spodina defektu byla vyčištěna na zevním

Obr. 1
Stav PDK při přijetí k hospitalizaci

Obr. 2
Exsudát z rány na LDK zachycený na sáčcích WoundEx®

Obr. 3
Defekt na LDK po třech dnech léčby s pomocí WoundEx®



i vnitřním kotníku za pouhých 24 hodin s místy již naznačenou granulací. Vzhledem ke zmírnění sekrece byla stanovena další frekvence výměny sáčků WoundEx® jednou za 48 hodin. Vždy po sejmutí materiálu byla provedena koupel v roztoku hypermanganu, pak obklad s Prontosanem na 30 minut a následně byl přiložen nový materiál. Celková doba převazu trvala asi 1 hodinu.

Je to sice časově náročné, ale je nutné dodržet i ošetření kůže v okolí defektu a dezinfekci rány správným typem roztoku. Chronické defekty jsou totiž vždy kolonizovány a správnými postupy se snažíme snížit riziko infekce v ráně na minimum. Na obrázcích 3 a 4 je zachycen defekt na LDK – zevní kotník po odstranění materiálu WoundEx® po třech dnech léčby a po cca 3 týdnech léčby. Nahnědlé zbarvení kůže je po koupelích v hypermanganu. Zlepšilo se i vysychání pokožky bérce, protože při každém převazu se pokožka v okolí důkladně promazávala vaselinou albou.

Po celou tuto dobu se PDK stále léčila obklady s frekvencí převazů dvakrát denně. Stav pokožky PDK v okolí defektů byl značně podrážděný, i když samotné defekty se zmenšily a měly čistou spodinu se známkami granulace (obr. 5). Vzhledem k velmi dobrému efektu léčby LDK bylo rozhodnuto použít WoundEx® i na PDK. Fotodokumentace nám posloužila k urychlenému vyřízení objednávky materiálu a zavedení tohoto materiálu do objednávkového systému nemocnice. I když jsou náklady na jeden převaz vyšší, ve svém důsledku jsou celkové náklady na léčbu nižší, neboť se převazy provádějí jednou za dva dny místo dvakrát denně, výrazně se zkrátila i doba léčby. Jeden převaz s obklady vyšel na zhruba 126 Kč na den. Převaz s použitím WoundEx® stál zhruba 350 Kč. Za týden však sestry musely udělat celkem 14 převazů s obklady, kdežto WoundEx® měnily jen třikrát, což je i výrazná časová úspora pro personál. Rozhodně se zvýšil komfort nemocného, neboť se snížila sekrece i bolestivost při převazech. Nemocný byl i více pozitivně naladěný, když viděl, jak se defekty zmenšují.

Stav PDK po měsíci léčby WoundExem® ukazuje obr. 6. Dolní končetiny již nebyly tak oteklé, ale stále bylo třeba ošetřovat kůži obou bérců, která vysychala a měla tendenci k tvorbě šupin a prasklin, které mohou být vstupní branou pro



infekci, tím bylo riziko vzniku dalších defektů u nemocného velmi vysoké.

Po téměř třech měsících hospitalizace na našem oddělení byl pacient propuštěn do domácího léčeni. Cestou sociální sestry mu byla zajištěna agentura domácí péče, která prováděla převazy dle doporučení v domácím prostředí. Léčba WoundExem® byla ukončena. Na drobné defekty obou DK mu byl doporučen Inadine a důraz byl kladen na celkovou péči o pokožku obou bérců. Za měsíc byl pacient pozván na kontrolu v naší ambulanci, kde ho i nadále sledovala jeho ošetřu-

jící lékařka. Po první kontrole byl stav defektů velmi příznivý. Agentura domácí péče prováděla převazy s velkou pečlivostí, což se odrazilo na výrazném zmenšení defektů. Stav DK po asi třech měsících domácí léčby ukazuje obr. 7.

Závěr

Žádný materiál není všelékem, nedá se použít univerzálně na určitý typ defektu. U tohoto nemocného byla odpověď organismu na zvolený typ materiálu příznivá a výrazně zkrátila dobu hojení. Současně s tím byla prováděna komplexní péče o okolí defektu i pokožku obou DK. Mnohdy se však u polymorbidních nemocných s poškozenými cévami DK po prodělaných flebitidách či trombózách nepodaří defekty zahojit. Vždy je proto nutné dávat si reálné cíle a v tomto směru edukovat i nemocného. Péče o chronické defekty je péče dlouhodobá, časově náročná, s ne vždy jistým dobrým výsledkem. Proto každý takovýto úspěch v léčbě považujeme za chvályhodný výsledek spolupráce celého týmu. V tomto případě byla bonusem péče v domácím prostředí poskytovaná domácí agenturou a rodinou. Senioři si často myslí, že péči o defekty zvládnou sami doma, a pomoc agentury domácí péče odmítají. Pokud však nefunguje rodina, je to začarovaný kruh, který je po nějakém čase vrátí znovu do nemocnice.

Na 1. oddělení následně péče Nemocnice České Budějovice, a. s., se péči o chronické defekty věnujeme již několik let. Máme sestry, které jsou v této problematice školené, a nebráníme se ani novým trendům či novým materiálům v péči o rány. Výborně funguje spolupráce sester s lékaři při volbě materiálu a frekvenci převazů. Pokud má být materiál na ráně čtyři dny, tak lékař ránu kontroluje za čtyři dny. Vždy se snažíme najít vhodný materiál pro každého konkrétního nemocného. Velkou péči věnujeme šetrnému débridementu a očištění okolí při každém převazu. Dodržují se i frekvence převazů s tím, že se převazy snažíme plánovat tak, aby navazovaly na celkovou koupel nemocných a na víkendy, kdy je všeobecně na stanicích personálu méně. S péčí o chronickou ránu máme dobré výsledky díky mravenčí práci všech, kteří nad defekty ohýbají svá záda a po troškách odstraňují nekrózy, čistí spodiny, oplachují, dezinfikují a obvazují. Výsledek totiž rozhodně stojí za to. ❧

Obr. 4
Defekt na LDK po cca třech týdnech léčby s pomocí WoundEx®

Obr. 5
Defekt na PDK s výrazně podrážděnou pokožkou po měsíci léčby obklady, před použitím sáčků WoundEx®

Obr. 6
Stav PDK po měsíci léčby s pomocí WoundEx®

Obr. 7
Stav DK po cca třech měsících léčby v domácím prostředí

Danielle STEEL



Z manželky kriminálního královny romantiky

Sláva, úspěch, život v luxusu, velká rodina, ale i nešťastná manželství, rozvody a sebevražda syna. Život Danielle Steel je plný zvratů, vzestupů a pádů stejně jako její romány pro ženy, se kterými dobyla svět.

Osmašedesátiletá spisovatelka patří k nejbohatším spisovatelům světa. Jen za loňský rok podle časopisu Forbes vydělala 25 milionů dolarů. Každý rok publikuje v průměru 3 knihy a během své kariéry jich vydala již více než 120. K jejím nejznámějším románům patří *Rodinné album*, *Jednou za život*, *Hvězda* nebo *Palomino*, které byly také zfilmovány.

MANŽELKA ZLOČINCE

Zatímco v kariéře se Danielle Steel daří, její osobní život nebyl vůbec snadný. Poprvé se vdala už v osmnácti letech. Manželství s bankéřem jí ale vydrželo pouze devět let.

Druhý sňatek, který Steel uzavřela ve vězení, kde si její vyvolený odpykával trest za sérii loupeží a znásilnění, byl ještě kratší. Nepovedlo se ani manželství s Williamem Tothem, který byl pro změnu závislý na heroinu. Dočasný klid jí přinesl až sňatek s obchodníkem s vínem Johnem Trainou. Měli spolu pět dětí a vzájemně adoptovali své potomky z předchozích manželství. V roce 1997 ale do života Steel zasáhla sebevražda syna Nicka, který trpěl bipolární poruchou a měl problém s drogami. Spisovatelka o jeho životě napsala knihu *Jeho světlo*.

6000 PÁRŮ BOT I ŘÁD ČESTNÉ LEGIE

Danielle Steel je milovnicí umění, módy, a malých psíků. Kromě předních míst žebříčků nejprodávanějších knih figuruje spisovatelka také mezi osobami, které vlastní nejvíce párů bot. Podle slov slavného návrháře Christiana Louboutina vlastní jenom jeho modelů s legendární červenou podrážkou 6000. Danielle Steel má také vlastní parfém s názvem *Danielle* a od roku 2014 je držitelkou Řádu čestné legie, který jí udělila francouzská vláda za celoživotní dílo. ■

Aktuální novinkou Danielle Steel v českých knihkupectvích je román *Pegas*.

Příběh dvou aristokratických rodů, které rozdělil nástup Hitlera k moci a opět je spojil ušlechtilý bílý hřebec.



Danielle Steel V ČÍSLECH

68

Narodila se 14. srpna 1947

9

Má devět dětí. Sedm vlastních a dvě adoptované.

5

Tolikrát byla vdaná.

650 000 000

Počet celosvětově prodaných výtisků jejích knih.

69

V tolika zemích světa vycházejí její knihy.

1 093 760

Počet fanoušků Danielle Steel na Facebooku.

390

Tolik týdnů se nepřetržitě držely její knihy na seznamu bestselleru deníku New York Times. Zapsala se tím do Guinnessovy knihy rekordů.

22

Počet televizních adaptací jejích románů.



Romány Danielle Steel vydává
Euromedia Group, k.s. – Ikar
www.bux.cz

Tento článek popisuje životopisnou formou na pozadí historických událostí vliv Alice G. Masarykové na vývoj oboru ošetrovatelství u nás. Blíže popisuje její působení v pozici ošetrovatelky ve vojenské nemocnici v Pardubicích před 100 lety a poukazuje na její činnost pro ČSČK v roli předsedkyně, kterou vykonávala 20 let, se zřetelem na místní a mezinárodní kontext.



Vliv Alice G. Masarykové na vývoj československého ošetrovatelství

Mgr. Bára Kvapilová, ZZS ZK, výjezdové stanoviště Rožnov pod Radhoštěm

Alice Garrigue Masaryková byla významnou osobností oboru ošetrovatelství a oboru sociální práce u nás. Bohužel ze zřejmých důvodů nesmělo být po únorových událostech v roce 1948 a následujících více než 40 let její jméno propagováno. Význam její práce je proto odbornou veřejností dodnes málo doceněn.

Vliv rodiny a studia

Alice se narodila 3. května 1879 ve Vídni jako nejstarší dcera prvního československého prezidenta Tomáše Garrigue Masaryka a jeho ženy Charlotty. Abychom plně pochopili její činy a samotnou osobnost, musíme zmínit značný vliv prostředí, v němž vyrůstala, především rodičů, kteří ji velmi kultivovaně a s citem, v osvíceném, vzdělaném a demokratickém prostředí, formovali do podoby, která později tolik prospěla nejen oboru ošetrovatelství, školství, sociální otázce, politice, ženám a ženskému hnutí, ale v podstatě každému činu, kterého se Alice dotkla, byť jen myšlenkou.

V roce 1882 se rodina přestěhovala z Vídně do Prahy, neboť Tomáš G. Masaryk opustil místo vídeňského univerzitního profesora a nastoupil na českou část Karlo-Ferdinandovy univerzity v Praze. Alice navštěvovala v Praze několik škol. Nejdříve vyšší dívčí školu, dále měšťanskou školu a ve třinácti letech nastoupila na první dívčí gymnázium v Praze – na Minervu. V roce 1898 složila maturitní zkoušku a nastoupila na lékařskou fakultu. Po roce studia přestoupila na fakultu filozofickou, v roce 1903 obhájila svou disertační a posléze rigorózní práci jak z filozofie, tak z historie a stala se jednou z prvních doktorek filozofie a vůbec první doktorkou historie. I když se teoreticky věnovala studiu historie a filozofie, sociální otázka a otázka zdravotnictví, nevyjímaje ošetrovatelství, ji velmi zajímala, a proto se rozhodla svůj život nasměrovat právě do této oblasti. Své myšlenky a postoje formovala během studií nejen v ženském spolku Slavie, ale i ve spolku České srdce a v abstinenčním protialkoholním hnutí, jehož propagátorem byl i její otec.

Alice se narodila 3. května 1879 ve Vídni jako nejstarší dcera prvního československého prezidenta Tomáše Garrigue Masaryka a jeho ženy Charlotty



Její zájem o sociální oblast dokazují i její zahraniční studijní pobyty, zejména v USA – Chicago v roce 1904, kam přijela na pozvání Charlese Cranea a jeho známých, Mary Elzy McDowellové (socioložka) a Jane Addamsové (socioložka, spisovatelka a držitelka Nobelovy ceny míru). Právě M. E. McDowellová byla v té době ředitelkou univerzitního settlementu, což bylo, řekněme, „kulturní středisko“ sloužící hlavně přistěhovalcům. V té době se Chicagu přezdívalo „České město“ pro množství zde žijících Čechů. Po ročním pobytu v USA se Alice vrátila a nastoupila na československé dívčí lyceum jako pedagožka. Stejný post zastávala i od roku 1909 v Praze, kde nastoupila na nově otevřené dívčí lyceum v Holešovicích. V průběhu svého působení na jihu Čech i později v Praze se aktivně účastnila mezinárodních konferencí s protialkoholní tematikou. Zároveň se stala členkou Ženského klubu českého a Spolku akademicky vzdělaných žen, ve kterém v roce 1911 založila „sociologickou sekci“. Její činnost byla velmi prospěšná nejen po praktické stránce, ale i po stránce teoretické, neboť v podstatě suplovala řádné vysokoškolské semináře v tomto oboru. Uvědomí-li si, v jakém období se pohybujeme a jaký význam mělo ženské emancipační hnutí, pochopíme důkladněji význam činnosti obou spolků a hlavně angažovanosti Alice Masarykové.

1. světová válka a ošetrovatelství

V období první světové války nastupuje Alice dobrovolně jako ošetrovatelka do Pardubic do vojenské nemocnice, které se říkalo „Karanténa“ – jediné svého druhu na území Rakouska-Uherska. Z této doby také pochází deník, do něhož si zapisovala své myšlenky a dění v této nemocnici. Deník se dochoval a dnes je majetkem archivu Masarykova ústavu AV ČR v Praze.

Pakliže jsme do této doby znali její slabost pro oblast sociální, této dobrovolné praxi můžeme přičítat její zájem o ošetrovatelství. Díky vyprávění na stránkách tohoto deníku, který je přesně sto let starý, se nám přibližuje nejen složitá válečná doba, chod a organizace této stanice, složitě životní podmínky (jak Alice samotné, tak nemocných a jejich ošetrovatelů), ale jedná se i o určitou sondu do citění a prožívání osobních pocitů Alice Masarykové. V neposlední řadě se jedná i o jasný

důkaz jejího nesmírného sociálního a filantropického smýšlení a náboženského založení. Zastavme se proto na chvíli u tohoto jejího pobytu, který ji pro budoucí práci velmi ovlivnil.

Do vojenské nemocnice, která měla oficiální název „C. k. pozorovací stanice v Pardubicích“, nastoupila Alice Masaryková jako dobrovolná sestra. Místo jí bylo propůjčeno od 12. srpna do 11. září 1915. Údajně se jednalo o její čtvrté dobrovol-

né působení na této pozici (předchozí bylo např. v Těšíně). Deník je psaný popisnou formou v určených chvílích volna mezi náročnou prací. Zachycuje tedy prvotní myšlenky, v žádném případě se nejedná o umělecké literární dílo, což dokládá i charakter písma (často neuhlašené, se škrty, přepisy a pravopisnými chybami). O to je rukopis cennější – pro svoji autentičnost. Pro zajímavost jsem se pokusila některé pasáže přenést na tyto stránky:

„Psáno v Pardubicích. Karanténní stanice v Pardubicích, zařízení pro 10.000 nemocných. Baráky nemocniční jsou papírové, střechy dehtované. Baráky stojí ve třech řadách a ve třech hlavních odděleních. Každý barák pojme asi 100 pacientů. Jsou zařízeny moderně. Dostí lázni, umyvadel. Zde jsem byla od 20. srpna do 11. září. Čas ten byl mi požehnaním. 20. VIII. 15. Prší. Na papírové střechy baráků bubnují kapky. Pod okapem pleská voda. Mám čistou světničku v c. K. pozorovací stanici Pardubické. Je zde pěkná skříň, oplývá věšáky a příhradami a to je připomínkou mého časného blaha. Taký jsem sama a to mne velmi těší. Ačkoli teď mám k pánu bohu blízko... Pěkně jsem si všechno uložila přečetla jsem ... četby Tolstého a zrovna mi bylo vhod co dnes praví ‚Všichni lidé, kteří se zabývají vážnou prací, jsou prosti, neboť nemají čas, aby se zabývali zbytečností.‘“

„Přišli jsme na nádraží. Šálky nebyly, všechny umyty, umývala jsem některé. Na peróně už byli lékaři, komisař, kurát, oberlajtnat... Bylo chladno, jasno. Vlak už jede. Pomaloučku, tiše, krok za krokem, vjížděl vlak do nádraží. Míhla se červená čepice... v okně objevila se hlava důstojníka – správce vlaku. Prošel štíhlý důstojník nakračuje elegantně nachýlený kupředu. ... Vycházeli lehce ranění. Málomocný přijal můj lipový čaj a chléb s máslem. Pak nosítka s těžce raněnými. Nejdřív byli uvedeni do síně, kde jim byly vlasy hladce oholeny i vousy a pak v další síni svezeni ze šatstva, které se posílá do desinfekce a konečně vykoupaní a dostali prádlo a převedeni jsou na operační sál. Poslední vynášeli a vyváděli Rusy.“

„Tichou nocí měsíční kráčky jsme se sestrou Gabrielou do operační síně. Tam v pokoji sester jsme si uvařily kávu a snědly obložené chleby. Šla jsem na síň. Z měsíční noci vystupovaly figury z transportu zabalené v deky... Některé zlé

fraktury, hlavy. Jeden Rus v červené košili zvlášť měl zasaženo centrum řeči. Zápach hnisu... Sestra Emi, růžová, baculatá, zlatovlasá s modrýma očima uplatňovala svou lehkou ručkou – s přitékající lehkostí přirozenou ... člověku. Byly to velmi silné, velmi silné dojmy. Lehla jsem si v šatech – nespala do rána. V ½ 6 zavzvonili. Umyla jsem si obličej, zvlášť oči studenou vodou, vzala zástěru, čepec a po kávě jsem šla do zarosného slunného jitra.“

„Měl 40°, Erysipel – a teď horečka klesla. Až do dnes jsem ho krmla. – Ránu jsem mu čistila i dávala obvaz. Včera, když jsem ho myla etherem, tak řekl, nechci, vážně. ‚Kdybyste to nebyla Vy, tak už jste měla jednu přes hubu. Doktorovi jsem jednu vrazil. – Mouchy ho zlobily a lezly mu pěkně rozvážně po červené loupající se tváři.“

„Byla jsem v operačním sále. Na stole bledý hubený člověk. Drenáže. Měl čtrnáct ran, opravdu. Chtěl nám umřít, prohodil primář. Já se mu nedivím, že chtěl. Jinak zločina. Svět. Všechny noviny slěta, všechny popisy jsou malé. Postavíš se tváří v tvář válce a žasneš, že je to možné. Žasneš. Nejdříve jsem se zachvěla a pak jsem zas cítila, že neztratím svou životní niť.“

„Dnes jsem byla s naším Maďarem na operačním sále. – Zda proklínat – či tužit se a pracovat. Tužit se a pracovat! Maszarus neslyšel ani slova maďarsky, už dlouho. Když ležel na stole – celou nohu mu zas rozřízli, drény vytáhli a v největší bolesti a když tak na stole, zavolali mu sestru tlustou ošetřov. – umí maďarsky – v té bolesti zaleskly se mu oči, slabýma rukama ji objal – a usmál se jako dítě! – Noha je v bolestném stavu – pro amputaci je slab – ták nasvačila jsem se a běžím.“

Z deníku Alice G. Masarykové

„Tak. Za Pardubicemi je les – několik kroků od karanténní stanice – a louky na obzoru, modravé vrchy. Šla jsem lesem 1/2 hodiny, jeřabiny červenají se, smrky černají a za loukami rýsují se krásné aleje topolů. Musela jsem stále myslet na Maďara. Viděla jsem jeho nohu, ten člověk už je kost a kůže. Levá noha zlobí od kolena dolů je celá víceméně v rozkladu, nárt ohromně oteklá a živé maso – všude hnis. Dnes ho nesli na operační sál. Šla jsem vedle nositek se sestrou Gabi. Plakal bezmocně jako dítě. Sestra mu hladila vychlou ptačí hlavičku. Ubohý! Ubohý! – Stál dlouho venku a slyšel steny jiných. Pak přišla na něho řada. Položili ho na stůl. ... Noha je rudá, několik gumových rourek má sbírat hnis – a neshbírá, neboť crčí od jinud. Hezký medik vytáhl drény a prořízl nohu řezem asi 20 cm a několik cm hlubokým do živého masa. Ubohý Maďárek se probudil a konec proběhl při plném vědomí, ale co to? Všude nosítka s podobnými.“

„Maszarovi se daří moc zle. Celá noha septická, sám hnis, sám absces. Dnes přišel doktor v ... černé toalette, usmíval se. Rozřízne absces! Nejdřív si sundal kabát, vzal bílý – ... a usmál se nevýslovně hloupým úsměvem jímž měl získat obdiv sympatie a zároveň měl vyjádřit ... pohoršení. Co je vlastně ‚hloupý člověk‘?... ten člověk se převléká několikrát za den neboť je ješitný. Že je ješitný to je spíš znak symptomu hlouposti než příčinu ... (znám?) Vůbec nesnaží se, aby jeho činy nesly ovoce, chce obdiv, to je mu cílem! Ne dobrý, krásný, užitečný čin! Jiný člověk byl by s naším barákem svázán zdravotními svazky. Zde měl by zájem o ránu, horečku, jinak aby doma byl informován o tom, jak se pacientu vede ... On však přijde

Deník A. G. Masarykové je psaný popisnou formou v určených chvílích volna mezi náročnou prací. Dnes je majetkem archivu Masarykova ústavu AV ČR v Praze



a každý nejjednodušší pacient cítí, že přišla nula – ... točí-li se jako holub na báni ve své nové ‚toilette‘ tak marně jeho zrak žebra o obdiv a ke všemu má ten fešák – dědouš – monokl... Pánové a dámy, nebudte hloupí, nebudte ješitní!“

„Z noci stal se den, růžové slunce stálo na východě ... A tu táhli s hudbou po hlavní cestě domobranci s muzikou. Dnes je v Pardubicích posvícení. ... A skutečně, z baráku vybíhali pacienti v podvlikačkách v košilích. Pěkný černý Čech utíkal, měl ještě obvaz na noze. O, u nás je dnes taky posvícení, už jsem byl v králikárně, myslel jsem, že už budu doma ... Hudba prošla celou alejí, u operáky postáli déle, pak se vracely. Stáli jsme se sestrou Johannou před osmičkou a tu se banda zastavila a spustila: Má roztomilá Baruško – harmonika, housle, klarinet. Nejlepší byl ale mladík v bílých kalhotách, hrál na futro od houslí. Foukal do něho a prohýbal se s úžasným citem. Na bobček a zas nahoru! – Báječné. – Pak spustili: ‚Kde domov můj.‘“

„Po obědě jsem vyšla ven po silnici – a najednou jsem cítila, že ve mně je zadržovaný proud slz. ... draly se do očí a derou se také nyní. ... Šla jsem dál, pozdravila se s houbaři, český má košíky a zadávala jsem se do rovinného kraj. ... Dnešní masakr smyl z paměti všechnu krásu. A když jsem ji teď spatřila znovu, vsála jsem ji do sebe všemi smysly.“

„3. VIII. -915. Jak ten čas letí. Dnes nechce se spát. Vidím ty velké hrozné rány, těla krásná, jako diskoboli – a oči jasně dětské a vděčné. V mém srdci je velký klid – vím, že není život lehký, nečekám to a jsem šťastna.“

„Už tu bude jen dva dny. Bude se mi stýskat po tomto životě. Zde není problémů – je jasno, co je třeba dělat. Nemocní jsou vděční. Škoda. Ale i dobře. Stačí.“



To byly jen některé ukázky z deníku, který Alice Masaryková napsala přesně před sto lety. Sté výročí však letos neuplyne jen od jejího ošetřovatelského pobytu v Pardubicích, ale i od jejího zatčení za údajné protirakouské spiknutí a činnost jejího otce. Alice Masaryková byla uvězněna v Praze a posléze ve Vídni. Obzvláště druhé zařízení na ní zanechalo značné následky, především duševní. Po intervenci ze zahraničí byla propuštěna a až do roku 1918 žila v Praze v ústraní s nemocnou matkou.

„První dáma“ a Československý červený kříž

Po vzniku republiky a poté, co se její otec Tomáš G. Masaryk vrátil z exilu v zahraničí a byl zvolen prezidentem Československé republiky, přebrala Alice Masaryková roli první dámy, protože její matka Charlotta byla vážně nemocná a v roce 1923 zemřela.

Alice Masaryková se po vzniku republiky zapojila i do politiky, ale ne na dlouho. V únoru roku 1919 byl totiž ustanoven Československý červený kříž (dále jen ČSČK) a Alice se od prvních okamžiků jeho vzniku velmi angažovala v jeho prospěch, takže jí nezbyl čas na politické aktivity. Proto 11. září 1919 rezignovala na svůj poslanecký post a nadále se věnovala pouze ČSČK. Určitým způsobem tak navázala na svou práci v Sociologické sekci Spolku akademicky vzdělaných žen před I. světovou válkou a ČSČK jí pomohl tuto činnost mnohonásobně rozvinout. Dalo by se říci, že tak, jak ČSČK potřeboval Alici Masarykovou, potřebovala i ona jej. Na rozdíl od politických aktivit byla práce pro ČSČK

Alice Masaryková při svém projevu k diplomovaným sestřím

pro Alici něčím, co ji zcela naplňovalo, přinášelo jí uspokojení a dávalo jejímu životu smysl pro další období. Byť to bylo vykoupeno značným množstvím práce.

Byla jmenována první předsedkyní Červeného kříže (dále jen ČK) a tuto funkci velmi zodpovědně a precizně zastávala více než 20 let. Veškerá její činnost pro obor ošetřovatelství se velmi úzce dotýká samotného ČSČK. Ať už se budeme zmiňovat o pomoci při otevření ošetřovatelských škol (Praha, Ostava), o povolání amerických sester, které byly pověřeny vedením pražské ošetřovatelské školy, aby bylo možno zapojit nové moderní postupy do praxe, o otevření první Vyšší sociální školy v Praze, otevření ošetřovatelské školy v rámci Ústavu M. R. Štefánika v Martině (první svého druhu na Slovensku), přeložení učebnic pro sestry z angličtiny a jiných aktivit, vždy to byla činnost, která byla úzce spjata s ČSČK (ošetřovatelské školy v minulosti pod ČK náležely). Alice Masaryková byla také autorkou myšlenky, aby se pedagogové z jednotlivých ošetřovatelských škol setkávali a tím se obor ošetřovatelství dále rozvíjel. Za zmínku stojí i její publikační a překladatelská činnost, přednášková činnost a účast na mnohých konferencích a slavnostních aktech (např. udílení diplomů sestřím absolventkám, přítomnost na školení dobrovolných sester, přípravy a podílení se na vzniku samaritánských spolků, předchůdců dnešních zdravotnických záchranných služeb, pomoc při zřizování pojiždných automobilových stanic, organizace významných konferencí a jejich před-

sedání aj.). Nemůžeme opomenout ani založení tradice Velikonočních mířů, které byly posléze převzaty celosvětově a dnes jsou oslavovány 8. května v podobě Světového dne ČK. Stejně tak nemůžeme opomenout ani její humanitární práci, finanční sbírky konané ve prospěch válkou zbídačeného Československa, značné finanční příspěvky samotné Alice a jejího otce na činnost ČK, např. vzdělávání dobrovolných sester, či výstavbu „Sociálního domu“ v Lánech, který rovněž věnovala ČK a ve kterém v dnešních Pamětní síň Alice Masarykové. Vzpomeňme dále založení stipendijního výboru Florence Nightingalové, který měl na starost získávání finančních prostředků, díky nimž se podařilo umístit několik diplomovaných sester na speciální ošetřovatelské kurzy v Torontu a v Londýně. Tím byly posíleny nejen zahraniční kontakty, ale předně se do republiky dostávaly informace ohledně nových trendů v ošetřovatelství, které následně mohly být etablovány i do českých ošetřovatelských podmínek. Několik evropských poboček ČK, které poskytlý nemalé finanční částky, prosadilo i vznik tzv. mezinárodní ošetřovatelské školy, která byla nakonec zřízena za pomoci britského ČK, který poskytl budovu, v Bedford College právě v Británii. Jednou ze štědrých sponzorů této myšlenky byla opět Alice Masaryková, čímž na jedné straně získala značné uznání, na straně druhé i několik stipendijních míst pro české sestry v této mezinárodní škole.

Exil a práce v zahraničí

V roce 1937 zemřel Alicin otec Tomáš G. Masaryk, čímž skončila i její neoficiální funkce „první dámy“. O to více se věnovala práci pro ČSČK, práci na mezinárodním poli a v rámci ČK se zapojila i do příprav na možný válečný konflikt.

V prosinci roku 1938, téměř po 20 letech, rezignovala na svůj post předsedkyně ČSČK a v březnu 1939 odešla do exilu, kam se před druhou světovou válkou uchýlila jako čestná předsedkyně ČK pokračovala ve své dosavadní práci. Snažila se organizovat pomoc ze zahraničí a založila československé pobočky Amerického ČK, které vykonávaly humanitární pomoc pro válkou ztímané Československo a především uprchlíky. Ještě týž rok obdržela Alice pozvání z Pittsburghské univerzity, kde posléze převzala čestný doktorát za humanitární práci, ale zároveň i ja-

kési poděkování za vytvoření československé učební místnosti právě na univerzitě v Pittsburghu.

Bohužel během exilového pobytu v USA se vlivem značného pracovního vypětí, stesku po domově a rodině a válečných událostí začaly u Alice Masarykové projevovat psychické problémy, které zdědila po své matce. Pro depresivní stavy a stavy naprostého vyčerpání byla opakovaně hospitalizována. Po druhé světové válce se s bratrem Janem vrátila zpět do vlasti a snažila se navázat na předešlou činnost pro ČSČK, např. v přípravách při znovuzavedení Slavností velikonocních mířů, které byly nacisty násilně přerušeny. Vzhledem k nastupujícímu režimu, který tyto oslavy pojal jako možnost komunistické propagandy, odešla nakonec Alice Masaryková do ústraní a posléze opět do exilu (1948).

Nejdříve se uchýlila ke své sestře Olze, která se provdala do Švýcarska, nějaký čas pobývala i v Londýně, kde vyřizovala pozůstalost po dodnes nevysvětlené tragické smrti bratra Jana. Později žila v USA, a to nejdříve v ubytovně YWCA (Křesťanské sdružení mladých žen) v New Yorku. V roce 1954 jí byl po vypršení platnosti diplomatického pasu v rámci ustanovení zvláštního federálního zákona jako dodatek přistěhovaleckého zákona schválen doživotní pobyt v USA. Tím byl její pobyt v USA zlegalizován, aniž by se musela zříci svého československého občanství. To svědčí o velké popularitě Alice G. Masarykové v USA a o jejích mezinárodních zásluhách, včetně přihlídnutí k původu její matky a zásluhám jejího otce.

V roce 1956 odešla krátce na Floridu, nakonec využila pozvání od své přítelkyně Marie Vokákové a žila v jejím domku v Miami. V roce 1964 tu oslavila své 85. narozeniny. K tomuto životnímu jubileu jí blahopřáli tři američtí prezidenti (úřadující prezident Lyndon Johnson a bývalí prezidenti Harry S. Truman a Dwight D. Eisenhower) – byla pravděpodobně jedinou Češkou, které se něco takového podařilo. Kvůli zdravotním komplikacím (cévní mozková příhoda, výrazně zhoršený zrak, kardiologické problémy) strávila Alice Masaryková poslední rok svého života v krajanském Českém domě pro seniory v Chicagu, kde 29. listopadu 1966 zemřela a byla pochována vedle bronzové busty svého otce na českém hřbitově v Chicagu. Její poslední přání –

vrátit se zpět do vlasti – se jí díky českým krajanům v USA, Masarykově společnosti, Českému červenému kříži a Masarykovu demokratickému hnutí splnilo. Její urna byla převezena do Prahy a za účasti významných osobností 14. září 1994 uložena do rodinné hrobky na hřbitově v Lánech.

Odkaz Alice G. Masarykové

Osobnost Alice Masarykové si domácí i zahraniční odborná veřejnost dodnes připomíná. Jmenujme např. odhalení její busty v muzeu Amerického Červeného kříže ve Washingtonu či skutečnost, že první životopis o ní vyšel rovněž v USA v roce 1980; byl z pera dr. R. C. Mitchellové.

V Československu docházelo k podobným aktivitám z pochopitelných důvodů v menší míře, pouze v době politického uvolnění koncem 60. let a pak až po roce 1989. V roce

kých svobod a rozvoj lidských práv v České republice. Cena je pojmenována právě po Alici Masarykové jako výraz uznání za její úsilí v boji proti sociální nespravedlnosti, v boji při prosazování lidských práv a jako uznání příkladné práce při zakládání a vedení Československého červeného kříže. Také Český červený kříž uděluje Medaili Alice Masarykové – nejvyšší vyznamenání za zásluhy a dlouholetou práci pro ČČK, které vzniklo v roce 1994 a poprvé bylo uděleno v roce 2003 u příležitosti 10. výročí založení ČČK. Mezi další ocenění spjatá s Alicí Masarykovou patří „Plaketa Alice Masarykové“, kterou za přínos v oblasti rozvoje sociální práce v ČR udělují Národní vzdělávací fond a Asociace Socium Carolinum. Nesmíme opomenout ani domácí péči, kterou ČSČK zřídil v roce 1991 a kterou nazval symbolicky „Alice“. Zcela určitě je to velmi důstojná vzpomínka, kte-

Jako nejvyšší ocenění svých dlouholetých členů uděluje občanské sdružení Český červený kříž od roku 2003 Medaili Alice Masarykové.



1968 byla v Lánech odhalena pamětní deska na budově Sociálního domu, v roce 1996 (v roce 30. výročí jejího úmrtí) byla odhalena pamětní deska na domě v Praze v Loretánské ulici (dnes zde sídlí ústředí ČČK). Můžeme jmenovat i otevření pamětní síně v Lánech v roce 2002 či expozici s fotografiemi přístupnou veřejnosti v soukromém domě v Bystrici u Martina na Slovensku (oblíbené letní sídlo AGM). Patřila jí i expozice v Muzeu ČK v Martině, ovšem toto muzeum bylo posléze zrušeno. Nemůžeme opomenout ani organizaci, která vznikla v roce 1995 pod názvem Společnost Alice Masarykové a která kromě přednáškové činnosti a pořádání konferencí spolupracuje i s Českým červeným křížem (dále jen ČČK). V minulosti došlo k uspořádání tzv. „Memoriálů Alice Masarykové“, které si kladly za cíl zábavnou formou propagovat zdravotní a prevenci nemocí, včetně soutěží v první pomoci.

V roce 2004 založilo velvyslanectví USA tradici, kdy pravidelně jednou za rok uděluje Cenu Alice Garrigue Masarykové osobnostem, ale i subjektům, které se význačnou měrou zasadily o podporu sociální spravedlnosti, obranu demokratic-

rá nenechává zapomenout na odkaz Alice Masarykové v oblasti komunitní ošetrovatelské péče, kterou sama zakládala.

Seznam počinů dr. Alice G. Masarykové ve prospěch oboru ošetrovatelství, jak z výše sepsaného můžeme vyčíst, je značný, nikoliv úplný. Pokud bych měla vyjmenovávat veškeré záslužné činy, které Alice Masaryková během svého života uskutečnila, vydalo by to na samostatnou publikaci o její osobě. V tomto příspěvku jsem chtěla naznačit a hlavně připomenout, jak nedoceněný je význam práce Alice Masarykové nejen pro sestry, ale pro značně široký okruh zdravotní a sociální oblasti u nás. Příští rok uplyne 50. výročí od jejího úmrtí a přála bych si, aby její odkaz nebyl nikdy zapomenut, neboť si musíme uvědomit, v jakém čase Alice Masaryková působila a jakých výsledků ve své neúnavné práci dosáhla, nejen v rámci Československa, ale i na poli mezinárodním. 🌟

Literatura u autorky

VOLNÁ MÍSTA

FYZIOTERAPEUT

Podještědská poliklinika, s. r. o., v Liberci přijme **fyzioterapeuta** do ordinace rehabilitace na plný úvazek.

Požadujeme: vstřícný přístup k pacientům, ochotu podílet se na chodu a prestiži polikliniky, SŠ/VŠ vzdělání v oboru dle zákona č. 96/2004 Sb., osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v oboru fyzioterapeut, absolvování kurzu měkkých tkáňových technik vítáno.

Nabízíme: možnost samostatné práce v příjemném prostředí, možnost seberealizace. Nástupní plat 20 000 Kč. Nástup možný ihned.

Kontakt: tel.: 482 360 700, 774 437 470, e-mail: info@poliklinikaliberec.cz

VŠEOBECNÁ SESTRA PRO ÚSEK JIP

Fakultní nemocnice Plzeň přijme zaměstnance na pozici **všeobecná sestra pro úsek JIP Neurochirurgické kliniky a pro úsek metabolické JIP I. interní kliniky.**

Požadujeme: všeobecná sestra dle § 5 zákona č. 96/2004 Sb., vyšší zdravotnické nebo vysokoškolské vzdělání v oboru ošetřovatelství, osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, specializační vzdělání v oboru intenzivní péče výhodou, zdravotní způsobilost a bezúhonnost, pozice vhodná i pro absolventy.

Písemné přihlášky doložené profesním životopisem s uvedením údajů o dosavadní praxi, doklady o dosaženém vzdělání a platným výpisem z trestního rejstříku zasílejte na adresu: Fakultní nemocnice Plzeň, oddělení personálního řízení a organizace, Edvarda Beneše 1128/13, 305 99 Plzeň, e-mail: grubrova@fnplzeň.cz, tel.: 377 402 223.

VÝBĚROVÉ ŘÍZENÍ

VRCHNÍ SESTRA

Ředitel Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o., vypisuje výběrové řízení na obsazení pracovní pozice **vrchní sestra – centrální operační sály a centrální sterilizace.**

Požadavky: odborná způsobilost v oboru všeobecná sestra, platné

osvědčení, specializovaná způsobilost (perioperační péče/instrument na OS), nejméně 5 let praxe ve zdravotnickém zařízení, organizační, komunikační a řídicí schopnosti, bezúhonnost.

Nabízíme: možnost seberealizace ve vedení pracoviště v prosperující organizaci, podmínky pro osobní a profesní rozvoj, významnou podporu dalšího vzdělávání, zaměstnanecké benefity.

K vlastnoručně podepsané přihlášce je třeba doložit: strukturovaný životopis se zaměřením na dosavadní odb. praxi, kopie dokladu o nejvyšším dosaženém vzdělání, kopie osvědčení, kopie diplomu o specializaci, výpis z rejstříku trestů ne starší než 3 měsíce, zpracovaná koncepce pracoviště v rozsahu max. 2 strany A4.

Přihlášky do výběrového řízení vč. všech náležitostí zasílejte nebo osobně doručte v zalepené obálce s označením „Výběrové řízení – Operační sály“ na adresu: Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o. – personální oddělení, Nemocniční 15, 466 60 Jablonec nad Nisou.

Uzávěrka přihlášek: 15. 10. 2015.

CHYBÍ VÁM LIDI?



Pro zasílání své personální inzerce využijte naši e-mailovou adresu:

radkova.inzerce@ambitmedia.cz

angličtina

Hormonal contraception

Hormonal contraception prevents ovulation and conception. It is available in a variety of forms, such as tablets taken orally, subcutaneous implants, injections, **patches**, intrauterine devices (**coils**) or vaginal **rings**. There are two types of contraception for oral use – combined oral contraceptives and progestogen-only pills.

Patient: Good morning, nurse. I've come for an appointment.

Nurse: Good morning, Ms Joyce. Can you please give me your **Health Insurance Card**? Then you can take a seat.

Patient: I would like to start using hormonal contraception. Could you please tell me how **reliable** it is?

Nurse: The doctor will explain it to you, but first, she will examine you to see **whether** hormonal contraception is suitable for you, and if it is, what type of hormonal contraception you should use.

Patient: I see. Ok. And what if it is not **suitable** for me?

Nurse: Hormonal contraception must not be prescribed to women who have a personal history of deep vein thrombosis or with a confirmed mutation in blood coagulation, causing an increase in **blood clotting**. It is also not suitable for women

who have breast, ovarian or uterine cancer, if these cancers are **hormone related**. Additionally, it should not be given to women with uncontrolled high blood pressure, brittle (labile) diabetes, obese women, particularly smokers, or women over 35.

Patient: I don't suffer from any of these conditions, so it should be fine.

Nurse: I think so, too, but let's see what the doctor says. You are 19 years old, aren't you?

Patient: Yes, and I don't smoke and I'm not obese.

Nurse: Very good. Come on in, the doctor is expecting you. See what she says.

Patient: Ok, thank you.

Nurse: You are welcome.

SLOVNÍ ZÁSOKA:

patch náplast; páska; záplata; skvrna; místo
coil děložní tělísko, spirála; cívka; kotouč
ring kroužek; kruh; prsten
Health Insurance Card průkazka zdravotního pojištění
reliable spolehlivý, důvěryhodný; seriózní
whether zda, jestli
suitable vhodný, vyhovující; přiměřený, adekvátní; způsobilý;
blood clotting krevní sraženina
hormone related související, závislý na hormonech

INZERCE

Váš profesionální partner pro odborné **medicínské překlady a tlumočení**

ACP **TRADUCTERA**



- Odborné překlady
- Grafické zpracování překladů
- Lokalizace software a www stránek
- Tlumočení
- Multimediální služby

[T] +420 384 361 300
[M] +420 777 333 637
[E] info@traductera.com
www.traductera.cz

ambit media®

www.florence.cz / Adresa redakce: Klicperova 604/8, 150 00 Praha 5, florence.redakce@ambitmedia.cz, tel.: +420 222 352 578 / Šéfredaktorka: Magda Hettnerová, DiS., e-mail: magda.hettnerova@ambitmedia.cz, externí redaktorka: Mgr. Helena Michálková, Ph.D. / Redakční rada: Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA, předsedkyně, Mgr. Hana Svobodová, Mgr. Lenka Gutová, MBA, Mgr. Galina Vavrušková, Bc. Vladěna Homolková, Bc. Tamara Starnovská, Mgr. Ivana Kirchnerová, RNDr. Romana Mrázová, Ph.D. / Grafická úprava: Josef Gabriel, Karel Zahradník / Vydavatel: Ambit Media, a. s., www.ambitmedia.cz / Ředitel vydavatelství: RNDr. Martin Slavík / Šéfredaktor zdravotnických titulů: Jan Kulhavý, e-mail: jan.kulhavy@ambitmedia.cz / Marketing: Mgr. Julie Langerová, DiS., gsm.: +420 725 826 434, e-mail: julie.langerova@ambitmedia.cz / Obchod: Mgr. Blanka Turinová, MBA, tel.: +420 724 811 983, e-mail: blanka.turinova@ambitmedia.cz, Mgr. Eva Sádlová, tel.: +420 605 208 985, e-mail: eva.sadlova@ambitmedia.cz / Personální inzerce: Štěpánka Korbová, tel.: +420 737 178 313, e-mail: stepanka.korbova@ambitmedia.cz / Tisk: AHOMI, s. r. o., U Louže 579, 250 67 Klecany / Předplatné: ČR: POSTSERVIS, oddělení předplatného, Poděbradská 39, 190 00 Praha 9, fax: 284 011 847, predplatne@ambitmedia.cz, infolinka 800 300 302, www.postabo.cz; SK: Mediaprint Kapa - Pressegrasso, a.s., oddelenie inej formy predaja, Vajnorská 137, 831 04 Bratislava, tel. +421 244 458 821, fax +421 244 458 819, predplatne@abompkapa.sk / Cena výtisku: 60 Kč, roční předplatné: 570 Kč / 31,90 eur / Časopis vychází 10krát ročně (v lednu a v červenci vychází dvojčíslo) / Registrace: MK ČR-E 16134, ISSN 1801-464X / Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. Nevyžádané příspěvky se nevracejí. Redakce neodpovídá za jazykovou správnost inzerátů. / Copyright © Ambit Media, a. s., 2015

Profesionálové pro intenzivní péči



Intenzivní medicína symbolizuje veškerý pokrok v celé oblasti zdravotnictví. Pracují zde vysoce kvalifikovaní lidé s nejlepším vzděláním, o pacienty pečují za pomoci nejmodernější techniky, vše s jedním cílem, aby zachránili lidský život a co nejvíce zachovali kvalitu života pacientů.

Hlavní poslání oboru se odráží i v podobě a na funkčním vybavení lůžek. Moderní lůžka určená pro oddělení kritické péče už dávno nejsou jen prostorem, kde pacient pasivně leží. Sofistikovaná lůžka podporují zdravotníky při zachráně lidských životů a také se společně se speciálními matracemi aktivně podílejí na terapeutickém procesu.

Aby lůžka splňovala dobře svoji funkci a reagovala na vyvíjející se potřeby oboru intenzivní péče, je zapotřebí být neustále v kontaktu s praxí a s klinickým prostředím. Společnost LINET proto podporuje a aktivně se účastní řady odborných akcí, kongresů a seminářů nejen v Evropě, ale i celosvětově. Pravidelně představuje nové technologie například na kongresu ČSARIM nebo na největším evropském kongresu intenzivní medicíny ESICM LIVES.

DVA PROFESIONÁLOVÉ Z LINETU: MULTICARE A SYMBIOSO

Nejlepším příkladem výsledku vzájemné interakce mezi výrobcem zdravotnické techniky a klinickým prostředím, je resuscitační lůžko Multicare. Reaguje na požadavky zdravotníků z praxe a přináší zcela nová a unikátní řešení – umí napří-

klad podporovat činnost vitálních funkcí, poskytuje skutečně bezpečný prostor při hospitalizaci a v kombinaci s matrací, například s integrovanou matrací Symbioso, významnou měrou zabírá výskytu dekubitů. Přidanou hodnotou je vysoký stupeň ergonomie a technologie pro bezpečnou práci s lůžkem.

Výrazným přínosem lůžka Multicare pro intenzivní péči je automatická laterální terapie (ALT). Díky ALT je pacient, zejména při řízené plicní ventilaci, polohován do potřebného náklonu (až 30°) a v potřebných intervalech, a to zcela automaticky bez zásahu nebo námahy zdravotníků. Částečně tím nahrazuje přirozený pohyb lidského těla a působí preventivně proti závažným respiračním komplikacím. Podporu dýchání zajišťují i další funkce. Například speciální předvolená poloha lůžka ortopedické křeslo, která usnadňuje dýchání. Lůžko v této poloze umožňuje zaujmout vysokou, tzv. Fowlerovu polohu, čímž se omezuje tlak v oblasti břicha.

Vzduchová matrace Symbioso, pracující na principu stálého tlaku a udržování optimálního mikroklimatu, je plně integrovaná do lůžka Multicare. Výhodou plné kompatibility je, že kompresor je součástí lůžka a hadice vedoucí vzduch

mezi kompresorem a matrací je plně skrytá pod ložnou plochou a nepřekáží v prostoru u lůžka. Druhou největší předností je společné ovládání lůžka i matrace pomocí dotykového displeje MultiBoard, který je součástí hlavové postranice lůžka. Ovládání je intuitivní a přehledné a není zapotřebí žádného dodatečného školení personálu.

RŮZNÉ FUNKCE, SPOLEČNÉ RYSY

Pro intenzivní péči jsou určené i další výrobky LINETu. Mezi lůžky to je například Eleganza 3XC, jejímž nejvýraznějším rysem je integrovaná váha vhodná například pro péči o dialyzované pacienty. Kromě toho má stejně jako Multicare transparentní ložnou plochu umožňující přímo na lůžku diagnostiku RTG nebo realizování drobných výkonů za použití C-ramene.

Kvalitativní špičkou mezi matracemi je systém Virtuoso. Matrace pracující na principu střídavého vyfukování sousedních segmentů, tzv. cel umožňuje prevenci dekubitů u pacientů v těžkých stavech, s nimiž personál nemůže hýbat. U pacientů, kteří proleženiny již mají rozvinuté, poskytují matrace terapeutický efekt.

Všechny výrobky LINETu určené pro oblast intenzivní péče mají základní společné rysy. Zejména je to bezpečnost pro pobyt na lůžku, ergonomie a intuitivní ovládání a hmatatelné snížené fyzické náročnosti práce personálu. Díky tomu mají platné místo v terapeutickém i rekonvalescenčním procesu.



Multicare a Symbioso

sehraný tým pro ARO a JIP

Svým výkonem a vlastnostmi reaguje lůžko Multicare s integrovanou matrací Symbioso na rostoucí nároky zdravotnických profesionálů při záchraně lidských životů na jednotkách intenzivní péče. Lůžko aktivně podporuje činnost vitálních funkcí, poskytuje 100% bezpečný prostor a usnadňuje včasnou mobilizaci. Mimořádně tichá a účinná matrace Symbioso integrovaná do lůžka Multicare pracuje na duálním principu stále udržovaného tlaku a vhodného mikroklimatu.

- Prevence plicních komplikací pomocí ALT®
- Bezpečný pobyt na lůžku
- Účinná prevence dekubitů

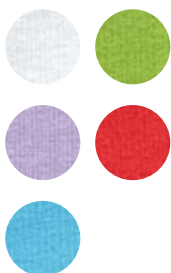


BONNO[®]
Ladies Collection

Mia

Dámské tílko Mia je vyráběno z bavlněného úpletu s přídavkem **elastanu**, který se velmi dobře přizpůsobuje tělu a zvýrazňuje dámskou siluetu. Střih byl pečlivě propracován tak, aby v praktických ohledech postihl většinu požadavků uživatelek. Šířka ramínek je úmyslně zvolená tak, aby diskrétně skryla spodní prádlo. Stejně tak průramky jsou navrženy s cílem zakrýt prádlo a zároveň nechat podpaží dostatečně vzdušné, aby nedocházelo k nadměrnému pocení. Také celková délka tílka respektuje nároky na komfort a eleganci. Tílko Mia je dodáváno v 5 barevných variantách.

5 barevných variací



cena bez DPH

219:-

265 Kč vč. DPH

www.bonno.cz

Objednávky na adrese:
BONNO GASTRO SERVIS s.r.o.
Husova 523
370 21 České Budějovice
oopp@bonno.cz

NOVINKA!

DÁMSKÉ TÍLKO BONNO MIA

