



**ELEKTRONICKÝ, RECENZOVANÝ, VEDECKO-ODBORNÝ ČASOPIS
PRE OŠETROVATEĽSTVO**



2013
Ročník 3, číslo 2
ISSN 1338-6263

Predseda redakčnej rady

doc. Mgr. Katarína Žiaková, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

Redakčná rada

Mgr. Ivana Bóriková, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

Mgr. Radka Bužgová, Ph.D.

Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě

Mgr. Juraj Čáp, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

asist. prof. Dr. Esma Demirezen

Saglik Bilimleri Fakultesi, Istanbul Universitesi, Istanbul

doc. PhDr. Ľubica Derňárová, PhD., MPH

Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove

doc. Mgr. Elena Gurková, PhD.

Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove

doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.

Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.

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

doc. PhDr. Jana Marečková, Ph.D.

Fakulta zdravotníckých věd, Univerzita Palackého v Olomouci

doc. PhDr. Zuzana Slezáková, PhD., MPH

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky

doc. Mgr. Martina Tomagová, PhD.

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

prof. PhDr. Valéria Tóthová, PhD.

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, České Budějovice

doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.

Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre

prof. Tony Warne

School of Nursing & Midwifery, University of Salford

Zodpovední redaktori

Mgr. Ivana Bóriková, PhD.

Mgr. Juraj Čáp, PhD.

doc. Mgr. Elena Gurková, PhD.

doc. Mgr. Martina Tomagová, PhD.

Redakcia časopisu

OŠETROVATEĽSTVO: TEÓRIA, VÝSKUM, VZDELÁVANIE

Ústav ošetrovateľstva JLF UK

doc. Mgr. Katarína Žiaková, Phd.

Malá hora 5

036 01 Martin

E-mail: redakcia@osetrovatelstvo.eu

Web: <http://www.osetrovatelstvo.eu>

Vydavateľstvo Osveta, spol. s r. o., Jilemnického 57, 036 01 Martin, Slovenská republika

e-mail: farkas@vydosveta.sk

www.vydosveta.sk

© Vydavateľstvo Osveta, Martin 2013

Sadzba, reprodukcia a zalomenie Tvorivec, s.r.o. v Martine

e-mail: sokolr@tvorivec.sk

OBSAH

EDITORIÁL

Martina Tomagová	43
------------------------	----

NÁSTROJE KLINICKE ROZVAHY PRO VÝUKU OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

Jana Marečková*, Soňa Bocková**, Radka Matějková**, Lenka Mazalová*, Petra Stefanová**	44
--	----

FEDOR-FREYBERGH, P. G. PRENATÁLNE DIEŤA – RECENZIA

Eva Urbanová	68
--------------------	----

ZMĚNY V PUBLIKACI OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY: DEFINICE A KLASIFIKACE 2012 – 2014

Pavla Kudlová	68
---------------------	----

VYUŽITÍ SPECIFICKÉHO NÁSTROJE MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA PACIENTŮ S BRONCHIÁLNÍM ASTMATEM

Patrice Popelková*, Elena Gurková**, Radka Bužgová*	56
---	----

FAKTORY VÝŽIVY DOJČIAT DETERMINUJÚCE ICH SPRÁVANIE PRI JEDENÍ

Slávka Mrosková*, Dagmar Magurová*, Iveta Ondriová*, Alena Suranovská**	62
---	----

POKORNÁ, A. ET AL. OŠETŘOVATELSTVÍ V GERIATRII HODNOTICÍ NÁSTROJE – RECENZIA

Jana Nemcová	67
--------------------	----

FEDOR-FREYBERGH, P. G. PRENATÁLNE DIEŤA – RECENZIA

Eva Urbanová	68
--------------------	----

POĎAKOVANIE RECENZENTOM

.....	69
-------	----

EDITORIÁL

Vážení čitatelia,

časopis *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* završuje tretí rok svojej existencie. V tomto roku prešiel náš časopis zmenou a z pôvodných štyroch čísel vychádza dvakrát ročne. V popredí záujmu redakčnej rady a editorov aj naďalej zostáva prezentácia kvalitných a originálnych príspevkov, zabezpečenie exaktnosti recenzií, efektívnej spolupráce s autormi a recenzentmi. V priebehu troch rokov vyšlo sedem čísel časopisu, v ktorých sme publikovali viac než 30 vedeckých článkov, výskumného a teoretického charakteru. V jednotlivých číslach postupne zaznamenávame zvyšujúci sa podiel publikovaných výsledkov výskumu doktorandských prác, ako aj prác z príbuzných disciplín. Publikované boli práce slovenských a českých autorov, prezentujúce nové poznatky významné pre náš spoločný profesijný kontext, ako sú napríklad validačné štúdie (nových alebo adaptovaných) meracích nástrojov, ošetrovateľských diagnóz, ich reflexia v klinickej praxi a pod. Sme radi, že v časopise nachádzajú čoraz širší priestor práce s klinickým zameraním. Práve tieto práce dosahujú najvyššie percento počtu zobrazení. Môžem konštatovať, že sa naplňa cieľ časopisu – publikovať príspevky podporujúce rozvoj profesie ošetrovateľstva a reprezentujúce jeho interdisciplinárny potenciál, ako aj aspekt spolupráce medzi odborníkmi z klinickej praxe, pedagógmi a výskumnými pracovníkmi.

V júli 2013 sa konala v Prahe významná medzinárodná konferencia, *24th International Nursing Research Congress*, organizovaná pod záštitou prestížnej organizácie *Sigma Theta Tau International*. Tematicky bola zameraná na preklopenie rozdielov medzi výskumom a praxou prostredníctvom spolupráce (*Bridge the Gap Between Research and Practice Through Collaboration*). Dovoľte mi tému tejto konferencie použiť ako motivačnú víziu pre naše periodikum. Inter a intradisciplinárna spolupráca predstavuje jeden zo spôsobov redukcie rozdielov medzi výskumom a praxou v ošetrovateľstve; možnosť zaviesť zmeny v klinickej praxi a tým plne využiť aplikačný charakter ošetrovateľstva ako vedy.

V aktuálnom čísle časopisu môžete nájsť príspevky, ktoré sa dotýkajú prepojenia teórie, výskumu a vzdelávania v oblasti ošetrovateľskej diagnostiky. Využitie modelu klinickej rozvahy vo výučbe ošetrovateľského procesu; aktuálne zmeny v českom preklade revidovaného a doplneného vydania ošetrovateľských diagnóz môžu prispieť nielen k presnejšej diagnostike a efektívnejšiemu výberu intervencií nielen vo výučbe, ale aj v klinickej praxi.

Tešíme sa na Vašu ďalšiu spoluprácu.

doc. Mgr. Elena Gurková, PhD.
Prešovská univerzita v Prešove,
Fakulta zdravotníckych odborov,
Katedra ošetrovateľstva

NÁSTROJE KLINICKÉ ROZVAHY PRO VÝUKU OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

Jana Marečková*, Soňa Bocková**, Radka Matějková**, Lenka Mazalová*, Petra Stefanová**

* Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Centrum vědy a výzkumu a Ústav ošetrovateľství

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

Abstract

MAREČKOVÁ, J. – BOCKOVÁ, S. – MATĚJKOVÁ, R. – MAZALOVÁ, L. – STEFANOVÁ, P. Instruments of clinical reasoning for teaching of nursing proces. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2013, vol. 3, no. 2, pp. 44-50. Available on: <http://www.oseetrovateľstvo.eu/archiv/2013-rocnik-3/cislo-2/nastroje-klinicke-rozvahy-pro-vyuku-oseetrovateľskeho-procesu>.

Aim: The aim of this paper is to present a tool, designed to improve clinical reasoning of university nursing students. The uniqueness of the article is a description of tools, that can be used in the teaching of care, consequently in the teaching of nursing process.

When creating these instruments were used component, which were selected from nursing terminology NANDA - I, NOC, and NIC (Alliance 3N).

Starting points: Outcome-Present State-Test (hereinafter referred to as OPT model), which enhances students' ability to organize, assess and evaluate nursing patient data.

Methodology: These methods were used - creating of worksheets, content validation, expert selection of appropriate NOC and NIC terms, modification of assessment tool of OPT model and verification its reliability using Cronbach's coefficient alpha and test-retest reliability using the Spearman correlation coefficient.

Results: Four sets of worksheets: a) a description of the patient to assess the condition of his needs, b) map to searching diagnostic elements, c) network of diagnostic balance sheet, d) clinical balance sheet with the use of terminology Alliance 3N and modified assessment tool.

Conclusion: Set of worksheets will be used in the study about the influence of OPT model clinical reasoning to students' erudition in the use of concepts Alliance 3N.

Keywords: nursing proces, OPT model, clinical reasoning, sets of worksheets, modified assessment tool, Alliance 3N, NANDA - I, NOC, NIC

ÚVOD

Výuka ošetrovateľské péče, realizované podle metody ošetrovateľský proces, se po léta vyvíjí stejně jako tato metoda sama. Podle Pesut a Herman (1998, s. 29) se ošetrovateľský proces vlivem poznatků ošetrovateľské vědy postupně utvářel ve třech generacích.

První generace metody byla aplikována v období padesátých a sedmdesátých let dvacátého století v USA. Důraz byl kladen na péči o potřeby pacientů s různými zdravotními problémy a na jejich rychlé vyřešení. Jednalo se o čtyř fázovou metodu péče označovanou akronymy APIE (*Assessment, Planning, Intervention and Evaluation* – posouzení, plánování, intervence, vyhodnocení). Fázovitost procesu péče kladla a klade akcent na profesionalitu strukturovaného myšlení, jež má předcházet vlastním ošetrovateľským činnostem. V uvedeném období byl zahájen rozvoj ošetrovateľské diagnostiky NANDA a ošetrovateľský proces byl rozšířen o diagnózu připojenou k posouzení pacienta.

Odborníci tuto variantu označují jako druhou generaci ošetrovateľského procesu. S dalším vývojem ošetrovateľské vědy začala debata k diagnostické rozvaze (*diagnostic reasoning*), která vyžaduje ještě více kreativního a kritického myšlení studentek, případně sester. Diagnostická rozvaha byla, jak udává Pesut a Herman (1998, s. 30), představena Carnevali s Gordon a stala se pro odborníky v ošetrovateľství významným transformačním a evolučním krokem.

Na tuto myšlenku navazuje vznik třetí generace ošetrovateľského procesu, tentokrát s pěti kroky – ADPIE (*Assessment, Diagnosis, Planning, Intervention and Evaluation* – posouzení, diagnostika, plánování, intervence, vyhodnocení). Koncem osmdesátých let se v ošetrovateľství, stejně jako v dalších oblastech zdravotnictví, začalo diskutovat přesné měření výsledků péče užitím efektivních nástrojů, například komponent klasifikace NOC – *Nursing Classification Outcomes*, jejichž vývoj a testování ve výuce i praxi probíhá dodnes.

S výukou třetí generace ošetrovateľského procesu souvisí OPT model (*Outcome-Present State-Test*) nebo-li OPT model klinické rozvahy autorky Pesut, Herman (1998, s. 29 - 31). OPT model zdůrazňuje studentovu vnitřní práci s myšlenkami a poznatky. Výsledkem je koncipování prvků klinické rozvahy v oblastech důležitých pro identifikaci dosažitelných výsledků péče u pacienta. Princip spočívá v myšlenkové práci s daty klinické rozvahy (clinical reasoning) a diagnostiky (present state) s komponentami cílového stavu (výsledku - outcome state) pacienta. Uvedený myšlenkový proces je označován jako klinický úsudek (clinical judgement) (Pesut, Herman, 1998, s. 29, 31).

OPT model umožňuje studentům ošetrovateľství jednak rozvíjet dovednosti kritického myšlení a klinické rozvahy a současně nabízí strukturu k využití ošetrovateľské terminologie Alliance 3N, tedy NANDA International, *Nursing Outcomes Classification a Nursing Interventions Classification*, které mají vysoký přínos pro zdravotnická data o ošetrovateľské praxi a z nich vycházejících statistických výsledků (Bartlett et al., 2008, s. 343, Pesut, Herman, 1998, s. 29). Uvedená ošetrova-

telská terminologie je vědecky a publikačně živá v periodiku *International Journal of Nursing Knowledge*. Primárním zdrojem ošetrovateľské diagnostiky je ve dvouletých intervalech vydávaná kniha s názvem *NANDA – International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification* nakladatelství Wiley – Blackwell (Herdman et al; 2009) a primárnimi zdroji klasifikací ošetrovateľských intervencí a výsledků péče jsou publikace *Nursing Interventions Classification (NIC)* a *Nursing Outcomes Classification (NOC)* nakladatelství Mosby, které jsou inovovány každé čtyři roky (Bulechek et al; 2008, Moorhead et al; 2008). Diagnostický systém NANDA-I nabízí názvosloví diagnostických fenoménů ošetrovateľských problémů v podobě ošetrovateľských diagnóz a jejich číselných kódů. Pro každou ošetrovateľskou diagnózu jsou v něm uvedeny diagnostické prvky, kterými jsou určující znaky (dále také UZ) a související (dále také SF) nebo rizikové faktory (dále také RF). Podle nich je možné ošetrovateľské diagnózy u pacientů rozpoznávat. Vymezení diagnóz je specifikováno definicemi. Systém respektuje pravidlo dvou komponent potenciální ošetrovateľské diagnózy a tří komponent diagnózy aktuální. Nabízí i diagnózy zaměřené na prevenci a edukaci. Klasifikace NOC – *Nursing Outcomes Classification* nabízí pro každou NANDA-I diagnózu doporučené oblasti hodnocení efektu péče a škály s indikátory k opakovanému měření sledované oblasti. Klasifikace NIC – *Nursing Interventions Classification* pak předkládá ke každé NANDA-I diagnóze doporučené ošetrovateľské intervence. Aliance 3N je komplexem prvků nezbytných k preciznímu a profesionálnímu poskytování ošetrovateľské péče podle metody ošetrovateľský proces.

Dovednost klinické rozvahy je ve výuce ošetrovateľské péče nezbytnou komponentou. Rozvíjí schopnosti studentů myslet kreativně, kriticky a systematicky. Lunney, ikona ošetrovateľské vědy a výuky, doporučuje pro tyto účely u studentů ošetrovateľství využívat znalosti a dovednosti získávané praktickým nácvikem v kombinaci s metakognicí (přemýšlením o vlastním stylu, metodách a strategiích poznávání). Podle ní se za takových okolností metakognice stává klíčem ke kritickému myšlení a k rozvoji profesionální klinické rozvahy (Lunney, 2008, s. 162, Pesut, Herman, 1998, s. 31).

Uvedený přehled odborných poznatků byl autorskému týmu motivem k přípravě nástrojů podle OPT modelu, ve kterých jsou implementovány vybrané komponenty terminologie Aliance 3N.

METODIKA

Obsahová validizace textu – popisu pacienta

Text testovacího popisu pacienta s diagnostickými prvky ošetrovateľských diagnóz byl podroben obsahové validaci, na které se podíleli čtyři experti. Požadavky na zařazení do kategorie expert byly stanoveny v souladu s kritérii uvedenými Whitley (1999, s. 10) a Fehring (1987, s. 4). Patřilo k nim: magisterské vysokoškolské vzdělání v oboru ošetrovateľství, zkušenost v klinické ošetrovateľské praxi a zkušenost s bádáním v oblasti implementace ošetrovateľské diagnostiky do praxe.

Selekce NOC a NIC pro pracovní protokoly

Z mnohačetných souborů doporučených oblastí NOC a intervencí NIC byly do pracovních protokolů vybrány, ty které byly shodně preferovány třemi ze čtyř výše specifikovaných expertů.

Modifikace hodnotícího nástroje OPT modelu

K hodnocení dat získaných od studentů vyplněním pracovních listů byla připravena modifikace hodnotícího nástroje OPT modelu (Bartlett et al., 2008; s. 341, Pesut, Herman, 1998, s. 29). Jeho reliabilita byla ověřena jednak užitím koeficientu Cronbachovo alfa a také test-retestem reliability s užitím Spearmanova korelačního koeficientu.

Pro komponenty hodnotícího nástroje k hodnocení souboru testovacích pracovních protokolů byl připraven klíč k udělování bodů. Data k názvům ošetrovateľských diagnóz byla hodnocena body 0-7, data ke specifikaci určujících znaků uvedených v popisu pacienta 0-3 body, specifikace souvisejících faktorů byla hodnocena 0-5 body, volba nejdůležitější oblasti NOC pro pacienta se zadanou ošetrovateľskou diagnózou byla hodnocena 0-1 body, stejně jako uvedení jedné běžné (tedy ne NOC) škály k hodnocení pacienta a volba nejdůležitější intervence NIC pro pacienta se zadanou ošetrovateľskou diagnózou. Celkové maximální skóre bylo 29 bodů.

VÝSLEDKY

Vytvořené pracovní listy

Nejprve byly konstruovány čtyři různé sady pracovních listů. Každá sada byla vyvíjena pro potřeby modelové výuky ošetrovateľského klinického zvažování u jednoho pacienta. Připravena byla rovněž testovací sada pracovních listů, která má být podle doporučení autorů OPT modelu klinické rozvahy užitá před zahájením a po ukončení bloku výuky ošetrovateľské péče - ošetrovateľského procesu. Do popisu pacienta testovací sady byly zakomponovány diagnostické prvky (určující znaky související faktory, případně rizikové faktory) sedmi ošetrovateľských diagnóz. K hodnocení výsledků studentů, zanesených do testovací sady pracovních listů, byl připraven hodnotící formulář – viz níže.

Typy pracovných listů jedné sady

- Popisy pacienta k posouzení stavu potřeb (viz příklad textu níže)**
Některé popisy pacienta prezentují přítomnost jedné, jiné více ošetrovatelských diagnóz. Texty byly připraveny tak, aby v nich nebyly uvedeny názvy přítomných ošetrovatelských diagnóz. Předložen je pouze soubor určujících znaků a souvisejících faktorů, případně rizikových faktorů, ošetrovatelské diagnózy nebo diagnóz podle klasifikace NANDA International.
- Mapa hledání diagnostických prvků (příklad je uveden obrázkem 1).**
Tento pracovní list je připraven tak, aby do něj mohli studenti vypsát diagnostické informace, které v popisu pacienta identifikovali jako významné. Následně by měli graficky - například šipkou - přiřadit jimi zapsané důležité diagnostické informace k jednotlivým diagnostickým doménám NANDA International.
- Sít diagnostické rozvahy**
Formulář vede studenty ošetrovatelství k rozhodnutí o ošetrovatelském diagnostickém závěru. Na podkladě UZ, SF nebo RF, které identifikovali v popisu pacienta, mají rozhodnout o přítomnosti ošetrovatelských diagnóz NANDA – I. V grafické podobě (například kruhy, elipsy, čtverce) by studenti měli uvést názvy ošetrovatelských diagnóz a současně by měli zapsat UZ, SF, případně RF, na jejichž podkladě tvrdí, že je daná ošetrovatelská diagnóza u popisovaného pacienta přítomna. Příklady jsou uvedeny obrázky 2 a 3.
- Klinická rozvaha s užitím terminologie Aliance 3N**
K těmto pracovním listům je připravena nabídka českých verzí doporučených NOC oblastí k hodnocení péče a doporučených NIC ošetrovatelských intervencí, které navazují na ošetrovatelské diagnózy všech pacientů, uvedených v jednotlivých popisech. Příklad vyplněného formuláře je uveden obrázkem 4.

Pojetí pracovního listu má studenty vést k pochopení principu, že výběr vhodných NOC oblastí probíhá na podkladě u pacienta rozpoznávaných UZ nebo RF. Stejně tak - výběr vhodných ošetrovatelských intervencí pro péči o pacienta probíhá na podkladě u pacienta přítomných UZ a SF.

Příklad popisu pacienta pro studenty

Na neurologickém oddělení je první den hospitalizovaná 72-letá žena, která má po cévní mozkové příhodě (CMP) hemiparézu vpravo, PHK je její dominantní končetinou. Pacientka je při vědomí, orientovaná, úzkostná, fyziologické funkce v normě a na bolesti si nestěžuje. Při chůzi nejistá – má omezenou hybnost také PDK, má velmi omezené vnímání pravé poloviny těla, nezvládá stát zpříma. Má problémy s udržováním osobní hygieny – není schopna si sama umýt celé tělo a osušit se (funkční skóre 2), při běžných denních aktivitách není schopna stisku, úchopu a udržení předmětu dominantní rukou (PHK), na pravé ruce je velmi zhoršena jemná motorika.

Po prostudování popisu pacienta mají studenti vyplnit tyto navazující pracovní listy:

a) Mapa hledání diagnostických prvků – navazuje na popis pacienta 3

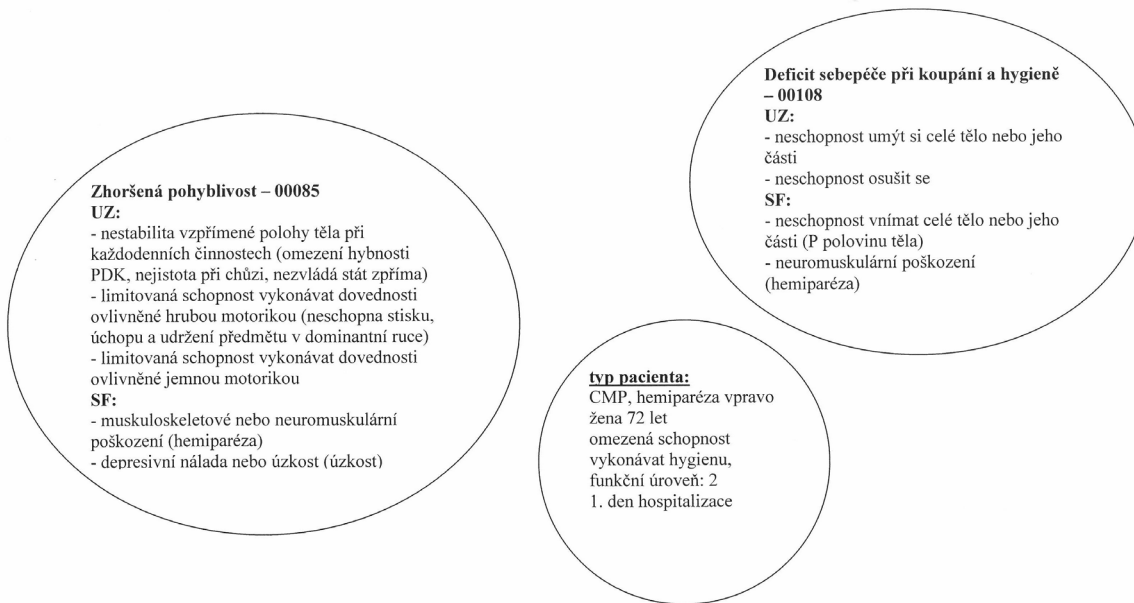
ID studenta:

- Zapište VÝZNAMNÉ informace pro ošetrovatelskou diagnostiku, které jste našel/a v popisu situace pacienta (každou informaci na jeden řádek).
- INFORMACE PROPOJTE ŠIPKAMI s dg. doménami NANDA- Int. (tím vytvoříte Vaši úvahu, do které domény NANDA – Int. informace spadá).

<p>diagnosticky významné informace o pacientovi</p> <p>žena, 72 let stp CMP, hemiparéza vpravo, PHK dominantní končetina</p> <p>omezená hybnost PDK a nejistota při chůzi, nezvládá stát zpříma, při běžných denních aktivitách není schopna stisku, úchopu a udržení předmětu v dominantní ruce, velmi zhoršená jemná motorika dominantní ruky, úzkost</p>	<p>DOMÉNY a třídy NANDA- INT.</p> <table border="1"> <tr> <td>1. Podpora zdraví management zdraví</td> </tr> <tr> <td>2. Výživa přijímání potravy, hydratace</td> </tr> <tr> <td>3. Vylučování a výměna vyprazdňování moči, gastrointestinální funkce</td> </tr> <tr> <td>4. Aktivita – odpočinek spánek – odpočinek, aktivita – pohyb, energetická rovnováha, kardiovaskulární a pulmonální odezva, sebez péče</td> </tr> <tr> <td>5. Vnímání – poznávání pozornost, orientace, čítí – vnímání, oznávaní, komunikace</td> </tr> <tr> <td>6. Vnímání sebe sama sebepojítí., sebeúcta, tělesný obraz</td> </tr> <tr> <td>7. Vztahy role pečovatele, rodinné vztahy, vykonávání rolí</td> </tr> <tr> <td>8. Sexualita sexuální funkce</td> </tr> <tr> <td>9. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu posttraumatická odezva, reakce na zvládání zátěže, neurobehaviorální stres</td> </tr> <tr> <td>10. Životní princip přesvědčení, soulad hodnot, přesvědčení a činů</td> </tr> <tr> <td>11. Bezpečnost – ochrana infekce, tělesné poškození, násilí, rizika prostředí, obranné procesy, termoregulace</td> </tr> <tr> <td>12. Komfort tělesný komfort, sociální komfort</td> </tr> <tr> <td>13. Růst/vývoj růst, vývoj</td> </tr> </table>	1. Podpora zdraví management zdraví	2. Výživa přijímání potravy, hydratace	3. Vylučování a výměna vyprazdňování moči, gastrointestinální funkce	4. Aktivita – odpočinek spánek – odpočinek, aktivita – pohyb, energetická rovnováha, kardiovaskulární a pulmonální odezva, sebez péče	5. Vnímání – poznávání pozornost, orientace, čítí – vnímání, oznávaní, komunikace	6. Vnímání sebe sama sebepojítí., sebeúcta, tělesný obraz	7. Vztahy role pečovatele, rodinné vztahy, vykonávání rolí	8. Sexualita sexuální funkce	9. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu posttraumatická odezva, reakce na zvládání zátěže, neurobehaviorální stres	10. Životní princip přesvědčení, soulad hodnot, přesvědčení a činů	11. Bezpečnost – ochrana infekce, tělesné poškození, násilí, rizika prostředí, obranné procesy, termoregulace	12. Komfort tělesný komfort, sociální komfort	13. Růst/vývoj růst, vývoj	<p>diagnosticky významné informace o pacientovi</p> <p>neschopnost – umýt si celé tělo, neschopnost – osušit se, funkční skóre: 2, velmi omezené vnímání pravé poloviny těla, hemiparéza</p>
1. Podpora zdraví management zdraví															
2. Výživa přijímání potravy, hydratace															
3. Vylučování a výměna vyprazdňování moči, gastrointestinální funkce															
4. Aktivita – odpočinek spánek – odpočinek, aktivita – pohyb, energetická rovnováha, kardiovaskulární a pulmonální odezva, sebez péče															
5. Vnímání – poznávání pozornost, orientace, čítí – vnímání, oznávaní, komunikace															
6. Vnímání sebe sama sebepojítí., sebeúcta, tělesný obraz															
7. Vztahy role pečovatele, rodinné vztahy, vykonávání rolí															
8. Sexualita sexuální funkce															
9. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu posttraumatická odezva, reakce na zvládání zátěže, neurobehaviorální stres															
10. Životní princip přesvědčení, soulad hodnot, přesvědčení a činů															
11. Bezpečnost – ochrana infekce, tělesné poškození, násilí, rizika prostředí, obranné procesy, termoregulace															
12. Komfort tělesný komfort, sociální komfort															
13. Růst/vývoj růst, vývoj															

Obr. 1. Mapa hledání diagnostických prvků, část pracovního listu

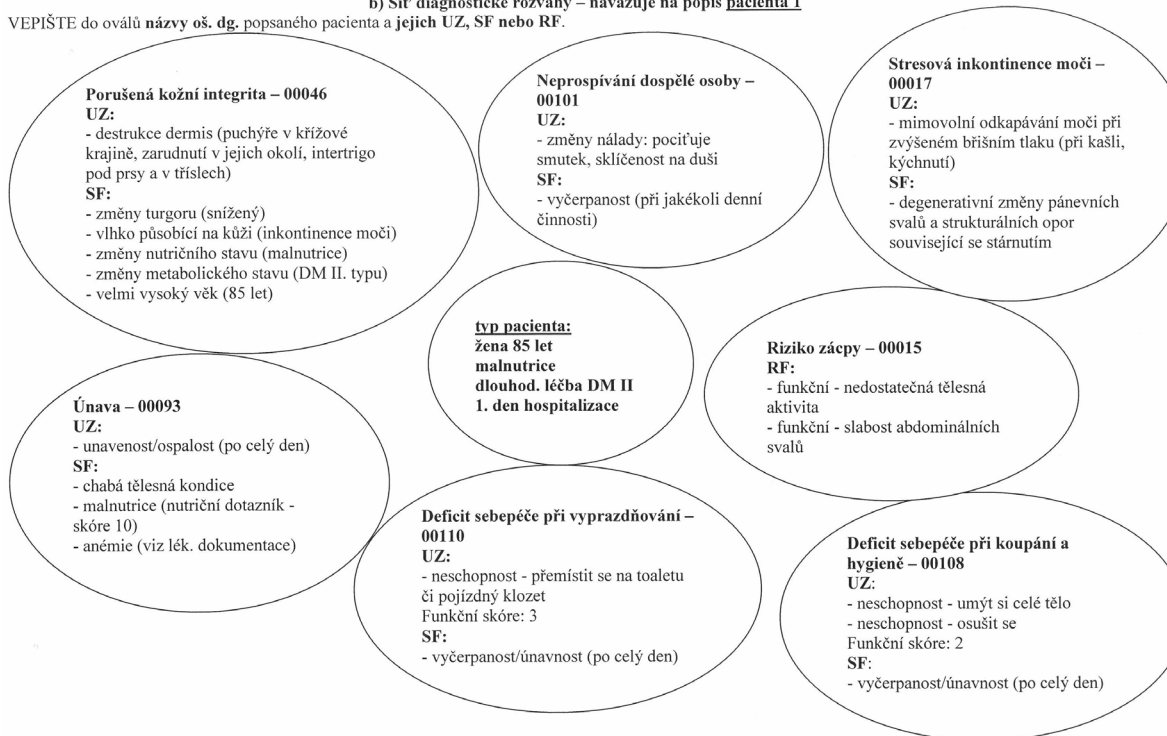
VEPIŠTE do oválů názvy oš. dg. popsaného pacienta a jejich UZ, SF nebo RF.



Obr. 2. Síť diagnostické rozvahy, příklad vyplněného pracovního listu 1

b) Síť diagnostické rozvahy – navazuje na popis pacienta 1

VEPIŠTE do oválů názvy oš. dg. popsaného pacienta a jejich UZ, SF nebo RF.



Obr. 3. Síť diagnostické rozvahy, příklad vyplněného pracovního listu 2

c) Klinická rozvaha užití NANDA-I., NOC a NIC – navazuje na popis pacienta I

<p>1. ZAPIŠTE názvy diagnóz NANDA-Int. u popsaného pacienta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Únava (00093) - Deficit sebeděče při koupání a hygieně (00108) - Deficit sebeděče při vyprazdňování (00110) - Stresová inkontinence moči (00017) - Riziko zácpy (00015) - Neprospívání dospělé osoby (00101) - Porušená kožní integrita (00046) 	<p>2. ZAPIŠTE a konkretizujte UZ a SF Porušené kožní integrity – 00046 u popsaného pacienta:</p> <p>UZ: destrukce dermis (puchýře, zarudnutí kůže) SF: vlhko působící na kůži (inkontinence moči), změny metabolického stavu (DM), změny nutričního stavu (vyhublost), změny turgoru (kož. turgor snížený) velmi vysoký věk (85 let)</p>
<p>3. VYBERTE nejdůležitější oblast NOC (z nabídky) pro hodnocení pacienta s Porušenou kožní integritou-00046 (viz tab. 2):</p> <p>Tkáňová integrita: kůže a sliznice, kód 1101</p>	<p>4. a) VYPIŠTE INDIKÁTORY oblasti NOC (viz tab. 3), které budete u pacienta sledovat ve vztahu k UZ (viz tab. 2): 110101, 02, 04, 06, 11, 13, 15, 21, 22, 23,24</p> <p>b) UVEĎTE DALŠÍ ŠKÁLU, kterou znáte a doporučíte ji u pacienta používat: Braden škála, nebo škála k hodnocení stupně dekubitů</p>
<p>5. VYBERTE nejdůležitější intervenci NIC (viz nabídka) pro výše uvedený diagnostický záznam (viz tab. 2) Péče o dekubitus, kód 3520</p>	
<p>6. UVEĎTE čísla nejdůležitějších aktivit sestry ke zvolené intervenci NIC (viz tab. 5), které doporučujete u pacienta provést: 1, 2, 5, 9, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 21</p>	

Obr. 4. Klinická rozvaha, příklad části vyplněného pracovního listu

Po vyplnění pracovních listů doporučují autoři OPT modelu použít specifický hodnotící nástroj. Slouží k ohodnocení výsledků realizované výuky a k jejich porovnání před zahájením a po ukončení bloku seminářů, pro které jsou vyracovány další pracovní listy. Námi vyvinutý hodnotící nástroj byl připraven modifikací nástroje Pesut, Herman, autorky OPT modelu klinické rozvahy (1998, s. 29 - 31). Je uveden níže – viz obrázky 5 a 6. Modifikace byla provedena za účelem přesnějšího hodnocení terminologických komponent Aliance 3N. Hodnotící nástroj slouží ke sledování správnosti názvů rozpoznávaných ošetrovatelských diagnóz NANDA – I, správnosti jejich počtu a korektnosti určujících znaků, souvisejících nebo rizikových faktorů. Dále hodnotí správnost odpovědi při volbě NOC oblasti, včetně indikátorů a NIC intervence, včetně ošetrovatelských aktivit.

HODNOTÍCÍ NÁSTROJ – navazuje na popis situace pacienta č. 1		ID studenta		
Položky pracovního listu studenta	body	před	po výuce	
a) Mapa hledání diagnostických prvků				
diagnosticky významné informace pacienta jsou propojeny se všemi z následujících NANDA-Int. Domén: doména č. 3, 4, 11, 13	4			
diagnosticky významné informace pacienta jsou propojeny se 3 z následujících NANDA-Int. Domén: doména č. 3, 4, 11, 13	3			
diagnosticky významné informace pacienta jsou propojeny se 2 z následujících NANDA-Int. Domén: doména č. 3, 4, 11, 13	2			
diagnosticky významné informace pacienta jsou propojeny pouze s 1 z následujících NANDA-Int. Domén: doména č. 3, 4, 11, 13	1			
diagnosticky významné informace pacienta nejsou propojeny s NANDA-Int. Doménami č. 3, 4, 11, 13	0			
celkem za položku a)				
b) Síť diagnostické rozvahy				
uvedeno 7 názvů dg. NANDA-Int.	7			
uvedeno 6 názvů dg. NANDA-Int.	6			
uvedeno 5 názvů dg. NANDA-Int.	5			
uvedeny 4 názvy dg. NANDA-Int.	4			
uvedeny 3 názvy dg. NANDA-Int.	3			
uvedeny 2 názvy dg. NANDA-Int.	2			
uveden 1 název dg. NANDA-Int.	1			
není uveden žádný název dg. NANDA-Int.	0			
celkem za položku b)				
c) Klinická úvaha – užití NANDA-Int., NOC, NIC				
1. NANDA-I diagnózy				
je uvedeno všech 7 dg.: Stresová inkontinence moči – 00017, Riziko zácpy – 00015, Deficit sebeděče při koupání a hygieně – 00108, Deficit sebeděče při vyprazdňování – 00110, Porušená kožní integrita – 00046, Únava – 00093, Neprospívání dospělé osoby – 00101	7			
je uvedeno 6 dg.z následujících: kódy dg. 00017, 00015, 00108, 00110, 00046, 00093, 00101	6			
je uvedeno 5 dg.z následujících: kódy dg. 00017, 00015, 00108, 00110, 00046, 00093, 00101	5			
jsou uvedeny 4 dg.z následujících: kódy dg. 00017, 00015, 00108, 00110, 00046, 00093, 00101	4			
jsou uvedeny 3 dg.z následujících: kódy dg. 00017, 00015, 00108, 00110, 00046, 00093, 00101	3			
jsou uvedeny 2 dg.z následujících: kódy dg. 00017, 00015, 00108, 00110, 00046, 00093, 00101	2			
je uvedena 1 dg.z následujících: kódy dg. 00017, 00015, 00108, 00110, 00046, 00093, 00101	1			
není uvedena žádná dg. z následujících: kódy dg. 00017, 00015, 00108, 00110, 00046, 00093, 00101	0			

Obr. 5. Hodnotící nástroj podle OPT modelu, 1. část

2. Specifikace diagnostických prvků oš. dg. 00046			
je uveden UZ destrukce dermis se všemi 3 následujícími specifikacemi: puchýře v křížové krajině, zarudnutí v jejich okolí, intertrigo pod prsy a v tříselech	3		
je uveden UZ destrukce dermis se 2 z následujících specifikací: puchýře v křížové krajině, zarudnutí v jejich okolí, intertrigo pod prsy a v tříselech	2		
je uveden UZ destrukce dermis s 1 z následujících specifikací: puchýře v křížové krajině, zarudnutí v jejich okolí, intertrigo pod prsy a v tříselech	1		
není uveden UZ destrukce dermis se specifikací	0		
je uvedeno 5 SF z následujících i s jejich specifikacemi - změny turgoru se specifikací snížený; vlhko (působící na kůži) se specifikací inkontinence moči; změny nutričního stavu se specifikací malnutrice; změny metabolického stavu se specifikací DM II; velmi vysoký věk se specifikací 85 let	5		
jsou uvedeny 4 SF z následujících i s jejich specifikacemi - změny turgoru se specifikací snížený; vlhko (působící na kůži) se specifikací inkontinence moči; změny nutričního stavu se specifikací malnutrice; změny metabolického stavu se specifikací DM II; velmi vysoký věk se specifikací 85 let	4		
jsou uvedeny 3 SF z následujících i s jejich specifikacemi - změny turgoru se specifikací snížený; vlhko (působící na kůži) se specifikací inkontinence moči; změny nutričního stavu se specifikací malnutrice; změny metabolického stavu se specifikací DM II; velmi vysoký věk se specifikací 85 let	3		
jsou uvedeny 2 SF z následujících i s jejich specifikacemi - změny turgoru se specifikací snížený; vlhko (působící na kůži) se specifikací inkontinence moči; změny nutričního stavu se specifikací malnutrice; změny metabolického stavu se specifikací DM II; velmi vysoký věk se specifikací 85 let	2		
je uveden 1 SF z následujících i s jejich specifikacemi - změny turgoru se specifikací snížený; vlhko (působící na kůži) se specifikací inkontinence moči; změny nutričního stavu se specifikací malnutrice; změny metabolického stavu se specifikací DM II; velmi vysoký věk se specifikací 85 let	1		
není uveden žádný SF se specifikacemi	0		
3. Volba nejdůležitější oblasti NOC pro pacienta s oš. dg. 00046			
je uvedena nejdůležitější oblast NOC	1		
není uvedena nejdůležitější oblast NOC	0		
4. Uvedení škál k hodnocení pacienta			
je uvedena škála k posouzení rizika dekubitů u pacienta (např. Braden, Norton, NPUAP, EPUAP)	1		
není uvedena škála k posouzení rizika dekubitů u pacienta	0		
5. Volba nejdůležitější intervence NIC pro pacienta s oš. dg. 00046			
je uvedena nejdůležitější intervence NIC	1		
není uvedena nejdůležitější intervence NIC	0		
celkem za položku c)			
SOUČET BODŮ			

Obr. 6. Hodnotící nástroj podle OPT modelu, 2. část

ZÁVĚR

Autoři příspěvku se domnívají, že využití OPT modelu pro výuku ošetrovatelského procesu u vysokoškolských studentů je účelnou pomůckou. Motivuje k preciznímu a vysoce profesionálnímu postupu, který je ryze specifický pro ošetrovatelské obory. Metodika výuky podle OPT modelu klinické rozvahy podporuje rozvoj komplexního myšlení, které je v rámci klinické rozvahy v ošetrovatelství nezbytné. Při chybování v některém z prvních kroků je vysoce problematické nechybovat v krocích následujících. To proto, že na profesionální diagnostický závěr, ve kterém jsou dokumentovány u pacienta rozpoznané diagnostické prvky: UZ, SF RF, navazuje citlivá volba NOC oblastí s indikátory hodnocení péče a NIC volba intervencí s ošetrovatelskými aktivitami. Pokud není provedena přesná diagnostika na začátku ošetrovatelského procesu, nelze NOC oblasti a NIC intervence ve prospěch pacienta účelně zvolit.

Příspěvek je dedikován projektu IGA UP FZV_2011_005 a projektu Podpora lidských zdrojů VaV nelékařských zdravotnických oborů Fakulty zdravotnických věd UP Olomouc, reg. č. CZ1.07/2.3.00/20.0163.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- BARTLETT, R. et al. Evaluation of the Outcome-Present State Test Model as a Way to Teach Clinical Reasoning. *Journal of Nursing Education*. 2008, vol. 47, no. 8, p. 337-344.
- BULECHEK, G.M. – BUTCHER, H.K. – DOCHTERMAN, J.M. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 5th edition. St. Louis: Mosby, 2008. 976 p. ISBN 978-0-323-05340-2.
- FEHRING, J.R. Methods to validate nursing diagnoses. *Nursing Faculty Research and Publications* [online]. 1987, p. 1-9. [cit. 2010-04-08]. Dostupný z [www: http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1058&context=nursing_fac](http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1058&context=nursing_fac).
- HERDMAN, T.H. (ed.). *Nursing Diagnoses 20012 – 2014: Definitions and Classifications*. Wiley-Blackwell, 2012. 533 s. ISBN 9780470654828.
- International Journal of Nursing Knowledge*. Dostupný z [www: http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)2047-3095](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)2047-3095).
- LUNNEY, M. Current Knowledge Related to Intelligence and Thinking With Implications for the Development and Use of Case Studies. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 2008, vol. 19, no. 4, p. 158-162.
- MAREČKOVÁ, J. Marjory Gordonové – Funkční a dysfunkční vzorce zdraví In Žiaková, K., Jarošová, D. Čáp., J. *Ošetrovatelství, konceptuální modely a teorie*. Ostrava : SZF. 2005. 206 -232 s. ISBN 80-7368-068-8
- MOORHEAD, Sue, et al. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 4th edition. St. Louis : Mosby, 2008. 936 p. ISBN 978-0-323-05408-9.
- PESUT, D.J. – HERMAN, J. OPT: Transformation of Nursing Process for Contemporary Practice. *Nursing Outlook*. 1998, vol. 46, no. 1, p. 29-36.
- WHITLEY, G.G. Processes and Methodologies for Research Validation of Nursing Siagnoses. *Nursing Diagnosis*. 1999, vol. 10, no. 1, p. 5–14. ISSN 1046-7459.

KONTAKT

doc. PhDr. Jana Marečková, Ph.D.

Fakulta zdravotnických věd UP
Tř. Svobody 8
779 00 Olomouc
Česká republika
e-mail: jana.mareckova@upol.cz

Prijaté: 16. 6. 2013

Akceptované: 15. 7. 2013

ZMĚNY V PUBLIKACI OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY: DEFINICE A KLASIFIKACE 2012 – 2014

Pavla Kudlová

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíne, Fakulta humanitních studií, Institut zdravotnických studií, Ústav ošetrovateľství

Abstract

KUDLOVÁ, P. Modifications in the publication Nursing diagnoses: definitions & classification, 2012 – 2014. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2013, vol. 3, no. 2, pp. 51-55. Available on: <http://www.ošetrovateľstvo.eu/archiv/2013-rocnik-3/cislo-2/zmeny-v-publikaci-osetrovateľske-diagnozy-definice-a-klasifikace-2012-2014>.

Aim: To inform nursing professionals about the modifications made to the *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2012 – 2014* (NANDA-I, 2012), and its Czech translation.

Theoretical background: The organization that deals with the development of taxonomy at the level of a standardized international system of nursing diagnoses with codes in the world is NANDA International. It organizes conferences and workshops for wide teams of experts, and these meetings and approval processes have, in 2-year cycles since 2001, given rise to the publication of *NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*, which contains approved, reviewed and retired nursing diagnoses as of a certain date. The first official translation of this publication in the Czech Republic was published in 2010. A second official translation shall be published in June 2013.

Methods: Analysis, interpretation and comparison of source NANDA-I literature *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2009–2011* (NANDA-I, 2009) a *2012–2014* (NANDA-I, 2012) and their texts translated into Czech.

Results: The publication of *NANDA-I Nursing Diagnoses Definitions and Classification 2012 – 2014* contains 16 new and 11 reviewed diagnoses together with a few new or updated introductory chapters. All „wellness diagnoses“ have been converted to „health-promotion nursing diagnoses“. The Czech translation is complemented with brackets containing notes saying it is not an official NANDA-I terminology and the translator’s explanatory notes.

Conclusion: The contribution sums up the most important changes which have been implemented in the original publication of *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2012 – 2014* (NANDA-I, 2012), but also those in the Czech translation.

Keywords: NANDA International, nursing diagnoses, Czech translation, comparison

ÚVOD

V ošetrovateľství se snažíme nazývat ošetrovateľské problémy dle jednotné terminologie. Vývojem taxonomie na úrovni mezinárodního standardizovaného systému ošetrovateľských diagnóz s kódy se ve světě zabývá NANDA - *North American Nursing Diagnosis Association*. NANDA (přejmenovaná v roce 2002 na NANDA International), pořádá konference i pracovní jednání širokého týmu odborníků z USA, Kanady, Evropy i Asie a z těchto jednání a ze schvalovacích procesů vychází od roku 2001 v dvouletém cyklickém období publikace *NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*. Obsahuje schválené, revidované a vyřazené ošetrovateľské diagnózy k určitému datu. V České republice vyšel první oficiální překlad této publikace až v roce 2010 pod názvem *Ošetrovateľské diagnózy: definice & klasifikace NANDA International 2009 – 2011* (NANDA-I, 2010). V roce 2013 je připraven k vydání další český překlad revidovaného a doplněného vydání textu *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2012 – 2014* (NANDA-I, 2012).

CÍLE

V práci jsme stanovili následující cíle: Vymezit nejdůležitější změny, které byly provedeny v revidovaném a doplněném vydání textu *NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2012 – 2014* (2012). Shrnout důvody, proč bylo nutné názvy ošetrovateľských diagnóz překládat do českého jazyka doslovně. Určit nejdůležitější změny, které byly provedeny v českém překladu.

METODIKA

V příspěvku jsme použili metodu analýzy, interpretace a srovnání zdrojové literatury *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2009–2011* (NANDA-I, 2009) a *2012–2014* (NANDA-I, 2012) a jejich přeložených textů do českého jazyka. Sledovali jsme fenomény změny v původním překladu, důvody pro tyto změny a změny v české verzi textu.

VÝSLEDKY

Nejdůležitější změny, které byly provedeny v revidovaném a doplněném vydání textu NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2012 – 2014

Publikace *NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2012 – 2014* obsahuje 16 nových a 11 revidovaných diagnóz spolu s několika novými nebo aktualizovanými úvodními kapitolami.

Vlastní kniha je rozdělena do čtyř částí. Část 1 se zabývá úvodem do Taxonomie ošetrovateľských diagnóz NANDA International. Taxonomie II (dále taxonomie, nebo taxonomie II) řadí diagnózy do domén a tříd, a používá multiaxiální strukturu pro rozvoj ohnisek diagnostických pojmů. V části 2 jsou také uvedeny veškeré informace, které se podařily nashromáždit NANDA-I o předkladatelích nových nebo revidovaných diagnóz (v tab. 1). Ti odborníci, kteří se zabývají NANDA diagnostikou dlouhodobě, jistě tuto záslužnou práci ocení, protože se konečně mohou zorientovat i v revidovaných ošetrovateľských diagnózách, o kterých nemuseli mít do této chvíle patřičný přehled. Část 2 obsahuje kapitoly týkající se hodnocení a klinického posouzení, ošetrovateľských diagnóz v edukaci, elektronických zdravotních záznamů, výzkumu, administrativy a kritérií pro hodnocení ošetrovateľských klasifikací. Část 3 obsahuje vlastní diagnózy, které kromě názvu diagnózy obsahují kód, doménu a třídu, do které jsou v taxonomii NANDA International zařazeny, definici diagnózy, heslovitě a v abecedním pořadí určující znaky, související faktory, popř. jen rizikové faktory. Nové diagnózy jsou doplněny i o reference, o které se autoři opírali při jejich verifikaci. Část 4 obsahuje informace, které se týkají NANDA International. V revidované kapitole je podrobně uveden proces podávání nové nebo revidované ošetrovateľské diagnózy výboru pro vývoj diagnóz NANDA International (DDC – *NANDA International's Diagnosis Development Committee*). Jsou zde rovněž uvedeny postupy a procesy, týkající se revize diagnóz NANDA International, procesu podávání a úrovně kritérií pro důkazy. Jsou zde také uvedeny konkrétní informace k organizaci a k přínosu členství v NANDA International.

Z 16 nových diagnóz zařazených v publikaci 2012 – 2014 jsou 4 diagnózy určeny především porodním asistentkám. Jde o diagnózy Neefektivní průběh porodu (00221), Riziko neefektivního průběhu porodu (00227), které jsou zařazeny v doméně 8 – Sexualita, a diagnózy Nedostatek mateřského mléka (00216) a Riziko novorozenecké žloutenky (00230), které jsou zařazeny v doméně 2 – Výživa. Nové diagnózy 2012 – 2014 jsou uvedeny v Tab. 1.

Tab. 1. Schválené nové diagnózy v období 2012 – 2014, přiřazené do 13 domén taxonomie II

Doména	Schválené nové diagnózy (2012 – 2014)
Doména 1 – Podpora zdraví	Oslabené zdraví v komunitě (00215)
Doména 2 – Výživa	Nedostatek mateřského mléka (00216)
Doména 2 – Výživa	Riziko novorozenecké žloutenky (00230)
Doména 3 – Vylučování/Výměna	–
Doména 4 – Aktivita/Odpočinek	Riziko neefektivní periferní tkáňové perfuze (00228)
Doména 5 – Percepce/Kognice	Neefektivní kontrola impulzů (00222)
Doména 6 – Vnímání sebe sama	Riziko chronicky snížené sebeúcty (00224)
Doména 6 – Vnímání sebe sama	Riziko narušení osobní identity (00225)
Doména 7 – Vztahy mezi rolemi	Neefektivní vztah (00223)
Doména 7 – Vztahy mezi rolemi	Riziko neefektivního vztahu (00229)
Doména 8 – Sexualita	Neefektivní průběh porodu (00221)
Doména 8 – Sexualita	Riziko neefektivního průběhu porodu (00227)
Doména 9 – Zvládání/Tolerance zátěže	Riziko neefektivního plánování aktivit (00226)
Doména 10 – Životní principy	–
Doména 11– Bezpečnost/ Ochrana	Riziko alergické reakce (00217)
Doména 11– Bezpečnost/ Ochrana	Riziko nežádoucích reakcí na jodové kontrastní látky (00218)
Doména 11– Bezpečnost/ Ochrana	Riziko suchého oka (00219)
Doména 11– Bezpečnost/ Ochrana	Riziko tepelného poranění (00220)
Doména 12 – Komfort	–
Doména 13 – Růst/Vývoj	–

V rámci 11 revidovaných ošetrovateľských diagnóz za období 2012 – 2014 (Tab. 2.) došlo nejčastěji k revizím definic a k doplnění určujících znaků a souvisejících faktorů. U diagnózy Snaha zlepšit kojení (00106), došlo i ke změně názvu (dříve Efektivní kojení).

Tab. 2. Revidované ošetrovateľské diagnózy v období 2012 – 2014, prirazené do 13 domén taxonomie II

Doména	Revidované diagnózy (2012 – 2014)
Doména 1 – Podpora zdravia	Snaha zlepšiť management vlastného zdravia (00162)
Doména 2 – Výživa	Novorozenecká žltoutenka (00194)
Doména 4 – Aktivita/Odpočinek	Neefektívny vzorec dýchania (00032)
Doména 4 – Aktivita/Odpočinek	Neefektívny periférny tkáňová perфуze (00204)
Doména 7 – Vzťahy medzi rolemi	Snaha zlepšiť kolenie (00106)
Doména 9 – Zvládanie/Tolerance záťaž	Bezmocnosť (00125)
Doména 9 – Zvládanie/Tolerance záťaž	Riziko bezmocnosti (00152)
Doména 11– Bezpečnosť/ Ochrana	Riziko infekcie (00004)
Doména 11– Bezpečnosť/ Ochrana	Riziko narušenia integrity kůže (00047)
Doména 12 – Komfort	Nauzea (00134)
Doména 12 – Komfort	Zhoršený komfort (00214)

Pokud byly provedeny u diagnóz větší revize (revidované definice, pridané/odstranené určujúce znaky atd.), jsou tyto změny shrnuty v tabulkách č. 2 a 3. V textu v rámci diagnóz je provedeno i mnoho dalších drobných úprav, které výbor pro vývoj diagnóz NANDA International nepovažuje za revize. Např. pokud je uvedeno, že určující znak má dvě odlišná ohniska, mohou být rozdělena do dvou oddělených znaků, avšak protože nebyl změněn jejich obsah, není to považováno za revizi. Nejlepší způsob, jak zobrazit jednotlivé změny je porovnat aktuální vydání s předchozím.

V období 2009 – 2014 bylo z taxonomie NANDA International vyřazeno celkem 8 diagnóz, z toho 7 diagnóz již v období 2009 – 2011 (Tab. 3). Jako nejčastější důvody vyřazení diagnóz byly uvedeny:

1. nutnost jejich aktualizace tak, aby odrážely současnou úroveň vědeckého poznání (uvedeno u všech vyřazených diagnóz),
2. absence souvisejících faktorů (uvedeno u všech diagnóz kromě diagnózy Úplná inkontinence moči (00021), u níž je uvedeno, že je třeba odlišit pojem od ostatních diagnóz zaměřených na inkontinenci). Diagnózy Traumatický syndrom po znásilnění: smíšená reakce (00143) a Traumatický syndrom po znásilnění: tichá reakce (00144) navíc sdílely stejnou definici, kterou je třeba odlišit. Nyní je na revizním procesu, zda a kdy se diagnózy vrátí zpět do taxonomie NANDA International. V období 2012 – 2014 byla vyřazena pouze jedna diagnóza - Narušené smyslové vnímání specifikovat: vizuální, auditivní, kinestetické, gustatorické, taktilní, olfaktorické (00122).

Tab. 3. Ošetrovateľské diagnózy vyřazené z taxonomie NANDA-I za období 2009 – 2014

Rok vyřazení	Diagnóza	Vyřazena z domény
2009 – 2011	Chování zaměřené na zdraví (00084)	1 – Podpora zdraví
2009 – 2011	Úplná inkontinence moči (00021)	3 – Vylučování a výměna
2009 – 2011	Traumatický syndrom po znásilnění: smíšená reakce (00143)	9 – Zvládání/ Tolerance záťaž
2009 – 2011	Traumatický syndrom po znásilnění: tichá reakce (00144)	9 – Zvládání/ Tolerance záťaž
2009 – 2011	Efektivní řízení léčebného režimu (00082)	1 – Podpora zdraví
2009 – 2011	Neefektivní řízení léčebného režimu v komunitě (00081)	1 – Podpora zdraví
2009 – 2011	Narušení myšlenkových procesů (00130)	5 – Percepce/ Kognice
2012 – 2014	Narušené smyslové vnímání (specifikovat: vizuální, auditivní, kinestetické, gustatorické, taktilní, olfaktorické)	5 – Percepce/ Kognice

Pro vyřazení v průběhu dalšího cyklu z taxonomie je navržena jedna aktuální diagnóza Opožděný růst a vývoj (00111), protože obsahuje dvě diagnostická ohniska: růst a vývoj, a jedna syndromová diagnóza Syndrom zhoršené interpretace okolí (00127), pokud se její definice neupraví tak, aby odpovídala nové definici syndromových diagnóz.

NANDA International od vydání publikace 2012 – 2014 již nadále nedefinuje kategorii ošetrovateľských diagnóz „diagnóza wellness“. Tento typ a definice diagnózy byly vyřazeny z taxonomie NANDA International a veškeré diagnózy wellness byly převedeny na diagnózy pro podporu zdraví jako je tomu např. u diagnózy Snaha zlepšiť kolenie (00106) dřive Efektivní kolenie. U této diagnózy došlo ke změně názvu a definice, aby se ukázala změna ohniska směrem od wellness k podpoře zdraví.

Důvody, proč bylo nutné názvy ošetrovateľských diagnóz překládat do českého jazyka doslovně

Při vývoji ošetrovateľské diagnózy využívá NANDA International multiaxiální přístup, přičemž považuje za nezbytné zvažovat všech 7 os: Osa 1: diagnostické ohnisko (základní pojem, z něhož vychází další kroky diagnostiky); Osa 2: předmět diagnózy (jedinec, skupina, komunita); Osa 3: posouzení (zhoršený, neefektivní atd.); Osa 4: umístění (měchýř, sluchový, mozkový atd.); Osa 5: věk (kojenec, dítě, dospělý atd.); Osa 6: čas (chronická, akutní, přerušovaná); Osa 7: stav diagnózy (aktuální, riziková, k podpoře zdraví). Tento multiaxiální systém konstrukce pojmů ošetrovateľských diagnóz musí být zachován i v českém překladu.

Diagnostické ohnisko je hlavním prvkem nebo základní a nezbytnou částí či kořenem diagnostického pojmu. Všechna schválená diagnostická ohniska v taxonomii II NANDA-I jsou vytištěna na přední straně českého překladu s kódy diagnóz, s nimiž diagnostická ohniska souvisí. V anglické publikaci nejsou uvedeny kódy souvisejících diagnóz, ale strany, na kterých se tyto diagnózy v publikaci nachází. V Části 3 „Ošetrovateľské diagnózy NANDA-I 2012 – 2014“ jsou diagnostická ohniska zvýrazněna v jejich názvech, např. diagnóza Zhoršený komfort (00214) – zvýrazněné diagnostické ohnisko – komfort – viz Osa 1, nezvýrazněné je posouzení – zhoršený – viz Osa 3. Ošetrovateľské diagnózy jsou zde řazeny abecedně podle diagnostických ohnisek nejprve v rámci domény, následně pak v rámci třídy.

Názvy diagnóz v českém překladu publikace *Ošetrovateľské diagnózy: definice & klasifikace NANDA International 2012 – 2014* (2013, v tisku) bylo nutné překládat doslovně a to ze dvou důvodů: 1) z důvodu dohledání diagnostických ohnisek; 2) z důvodu požadavku NANDA International o doslovný překlad zejména diagnóz a jejich komponent. Pokud by se diagnóza přeložila do českého jazyka volněji, bylo by obtížné diagnostická ohniska zpětně dohledat – viz multiaxiální přístup vývoje ošetrovateľské diagnózy. Tímto doslovným překladem některé diagnózy utrpěly na srozumitelnosti – viz např. diagnóza Riziko nestabilní hladiny cukru v krvi (00179).

Nejdůležitější změny, které byly provedeny v českém překladu

V českém překladu publikace *Ošetrovateľské diagnózy: definice & klasifikace NANDA International 2012 – 2014* (2013, v tisku), je z důvodu požadavku NANDA International u diagnóz v Části 3 zachováno anglické abecední řazení podle diagnostických ohnisek nejprve v rámci domény, následně pak v rámci třídy, proto v řazení diagnóz v českém překladu nelze nalézt logiku.

Další podmínkou zahraničního nakladatele (Wiley-Blackwell), jeho licence a tedy vydání díla, byla odborná revize přeloženého textu NANDA-I *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2012–2014*. Zároveň zahraniční nakladatel vyžadoval průběžné informace o realizaci překladu, posouzení a koordinaci vydání české verze.

I přes zachování doslovného překladu diagnóz – viz např. diagnóza Riziko nestabilní hladiny cukru v krvi (00179). NANDA International nakonec oficiálně povolila doplnění vysvětlujícího textu překladatele v hranatých závorkách s poznámkou, že nejde o oficiální terminologii NANDA-I, ale o vysvětlující text překladatele. V hranatých závorkách tak byly u vybraných diagnóz doplněny jejich „alternativní české názvy“, jako např. Riziko nestabilní glykemie (00179). Také např. diagnóza Neefektivní průběh porodu (00221) byla doplněna o její alternativní název [Neefektivní perinatální období], stejně tak Riziko neefektivního průběhu porodu (00227) [Riziko neefektivního perinatálního období], proto, že překladatelka spolu s odbornými konzultanty došla k závěru, že se komponenty těchto dvou diagnóz nezabývají pouze průběhem porodu, ale celým perinatálním obdobím. Také na několika místech byly diagnózy doplněny o dovětky v hranatých závorkách, jako např. diagnóza Riziko syndromu nepoužívání (00040) [muskuloskeletálního systému], Opomíjení jedné strany [těla] (00123), Riziko perioperačního zranění při manipulaci [s pacientem] (000870). Tyto dovětky by měly pomoci ošetrovateľským profesionálům, stejně tak i studentům se rychleji zorientovat v zaměření dané diagnózy.

Český překlad je doplněn o hranaté závorky s dokreslujícím/vysvětlujícím textem i na jiných místech, než jen u samotných diagnóz, např. demence po více [mozkových] infarktech.

ZÁVĚR

Nová publikace *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2012 – 2014* (NANDA-I, 2012) obsahuje 16 nových, 11 revidovaných diagnóz spolu s několika novými nebo aktualizovanými úvodními kapitolami. V období 2012 – 2014 byla vyřazena pouze jedna diagnóza Narušené smyslové vnímání specifikovat: vizuální, auditivní, kinestetické, gustatorické, taktilní, olfaktorické (00122). V českém překladu publikace *Ošetrovateľské diagnózy: definice & klasifikace NANDA International 2012 – 2014* (2013) je, na rozdíl od originálu, uveden v hranatých závorkách vysvětlující text překladatelky. Český text také prošel odbornou revizí.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- NANDA-I. 2012. *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2012 – 2014*. HERDMAN, T. H. (Ed.). Oxford: Wiley-Blackwell, 2012. 533 p. ISBN 978-0-4706-5482-8
- NANDA-I. 2009. *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2009 – 2011*. HERDMAN, T. H. (Ed.). Chichester: Wiley-Blackwell, 2009. 435 p. ISBN 978-1-4051-8718-3
- Ošetrovateľské diagnózy: Definice a klasifikace NANDA-International 2013 – 2014*. 2013, v tisku. Přel. Pavla Kudlová. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 551 s. ISBN 978-80-247-4328-8.
- Ošetrovateľské diagnózy. Definice a klasifikace NANDA-International 2009 – 2011*. 2010. Přel. Pavla Kudlová. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010. 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1.

KONTAKT

Mgr. Bc. Pavla Kudlová, PhD.
Ústav ošetrovateľství FHS UTB
Mostní 5139
760 01 Zlín
Česká republika
e-mail: Pavla.Kudlova@seznam.cz

Prijaté: 15. 5. 2013
Akceptované: 28. 6. 2013

VYUŽITÍ SPECIFICKÉHO NÁSTROJE MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA PACIENTŮ S BRONCHIÁLNÍM ASTMATEM

Patrice Popelková*, Elena Gurková**, Radka Bužgová*

* Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovateľství a porodní asistence

** Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

Abstract

POPELKOVÁ, P. – GURKOVÁ, E. – BUŽGOVÁ, R. Specific instrument for the quality of life assessment of patients with bronchial asthma. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2013, vol. 3, no. 2, pp. 56-61. Available on: <http://www.osetrovateľstvo.eu/archiv/2013-rocnik-3/cislo-2/vyuziti-specifickeho-nastroje-mereni-kvality-zivota-pacientu-s-bronchialnim-astmatem>.

Aim: To find out the possibilities of using specific instrument for quality of life assessment of patients with bronchial asthma by analysis of the literary sources, namely the shortened version of the Asthma Quality of Life Questionnaire in relation to the control of asthma in clinical trials and clinical practice (Mini Asthma Quality of Life Questionnaire, MiniAQLQ).

Methods: Literature search of articles in electronic databases. The keyword search was limited to entries published since 1999 and using MiniAQLQ. The literary results are presented in a tabular form for possible comparison of the individual studies.

Results: From a total of 360 articles, 7 quantitative studies using both MiniAQLQ and Asthma Control Test (ACT) were included in the final list.

Conclusions: The MiniAQLQ tool is widely used for longitudinal tracking of the quality of life and asthma control relationship, monitoring of changes in the quality of life in long-term treatment of asthma, in the cost of treatment assessment, in population studies, in the evaluation of the effectiveness of asthma patient education or for the assessment of other specific instruments.

Keywords: asthma, Mini Asthma Quality of Life Questionnaire

ÚVOD

V současnosti je dostupné široké spektrum nástrojů zaměřených na hodnocení kvality života související s bronchiálním astmatem (AB). Specifické nástroje pro hodnocení kvality života astmatiků a pacientů s dalšími plicními chorobami byly poprvé publikovány v 90. letech minulého století. Nástroje následně procházely řadou úprav s cílem zvýšit jejich citlivost, specifitu pro konkrétní věkové skupiny, dosáhnout standardizace a zjednodušení. Při jejich zavádění narůstala potřeba srovnání jejich validity a spolehlivosti, stejně tak jako mechanismu jejich vzniku (Apfelbacher et al., 2011). Metodologií zjišťování kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí v českém písemnictví popisují Salajka (2001), Vondra et al. (2000). Aktuální přehled orientovaný na obsahové zaměření užívaných zahraničních měřících nástrojů použitelných při posouzení onemocnění bronchiálním astmatem prezentují ve své práci jak domácí, například Chrastina et al. (2013), tak i zahraniční autoři Wilson et al. (2012), Parulekar et al. (2013) a Reddel et al. (2009).

Jedním z nejčastěji využívaných specifických nástrojů hodnocení kvality života pacientů s bronchiálním astmatem představuje *Adult Asthma Quality of Life Questionnaire* (AQLQ) autorů Juniper et al. (1999b). V naší práci se zaměříme na analýzu využití jeho zkrácené verze (MiniAQLQ) autorů Juniper et al. (1999a), která vznikla na základě modifikace AQLQ, vycházela z potřeb velkých klinických studií a dlouhodobého monitoringu skupin pacientů. Byla vytvořena s cílem potřeby kratšího nástroje s porovnatelnými psychometrickými vlastnostmi a pokrytím domén kvality života jako AQLQ (Juniper et al., 1999a). MiniAQLQ obsahuje 15 položek rozdělených do 4 subškál (symptomy, aktivita, emoce, prostředí), reprezentujících oblastí, na které má astma výrazný dopad. Vyšší skóre indikuje vyšší kvalitu života. Vyplnění trvá 3-4 minuty, pro posouzení aktivity příznaků se používá sedmistupňová Likertova škála. Všechny otázky mají stejnou váhu a celkové skóre je průměrem 15 odpovědí. Nástroj má silné hodnotící a diskriminační měřící vlastnosti, dobrou reliabilitu a longitudinální validitu. Změna ve skóre o 0,5 reprezentuje minimální rozdíl v kvalitě života (Juniper et al., 1999a).

V našem výzkumném projektu uvedený nástroj využíváme při longitudinálním sledování vztahu mezi kvalitou života a kontrolou astmatu. Jedním z parciálních cílů projektu je zjistit možnosti využití MiniAQLQ jako součásti hodnocení kvality života pacientů a kontroly astmatu v podmínkách klinické praxe. Z uvedeného důvodu jsme se zaměřili na zpracování přehledu studií, ve kterých byl uvedený nástroj využit při hodnocení kvality života ve vztahu ke kontrole astmatu.

CÍL

Cílem příspěvku je analýzou literárních pramenů zjistit možnosti využití MiniAQLQ. Zaměřili jsme se na analýzu jeho všeobecného využití v různých oblastech klinického výzkumu a praxe, jako i ve vztahu ke sledování kontroly onemocnění.

METODIKA

Výzkum se uskutečnil na základě systematického vyhledávání v dostupných elektronických databázích – MEDLINE, Wiley Library Online, PubMed, SpringerLink, Bibliographia medica Českoslovacca, Ovid Nursing Full Text Plus, Ebsco – Academic search complete, CINAHL Plus with Full Text, Science Direct, ProQuest5000. Vyhledávání relevantních zdrojů proběhlo od listopadu 2012 do července 2013. Vyhledávacím jazykem byla angličtina, čeština, slovenština. Výchozím rokem pro stanovené vyhledávací období byl rok 1999, byl zvolen z důvodu zveřejnění nástroje MiniAQLQ. Konečným rokem byl stanoven rok 2013. Za vyhledávací období (1999-2013) bylo nalezeno 360 plnotextů odborných článků. Publikace byly vyhledávány v podobě odborných recenzovaných příspěvků, popisujících výzkum k danému tématu.

Pro hledání ve výše uvedených databázích byla použita tato klíčová slova: Short version of the AQLQ, Mini-AQLQ, Mini Asthma Quality of Life Questionnaire, asthma bronchiale. Pro důkladnost nalezení relevantních zdrojů byly použity různé kombinace výše uvedených klíčových slov zapojením Booleovských operátorů. Reference získané prvotním vyhledáváním byly podrobeny užšímu výběru tak, aby splnily následující kriteria: použití u dospělých probandů, týkající se jen nástroje MiniAQLQ. Pomocí těchto kritérií bylo v této fázi nalezeno 158 plnotextů, dále byly rozříděny podle oblastí, ve kterých nacházejí míry kvality života uplatnění (Tab. 1). Poslední fáze vyhledávání relevantních zdrojů zahrnovala jen recenzované články týkající se použití nástroje MiniAQLQ a zároveň kontroly astmatu, pomocí dotazníku – Asthma Control Test, ACT (Nathan et al., 2004). Bylo dohledáno 7 prací (Tab. 2). Standardním postupem byly extrahovány údaje a zaneseny do tabulek. Údaje zahrnovaly jméno prvního autora, rok publikování, účel studie, použitou metodu a výsledky.

VÝSLEDKY

Využití MiniAQLQ

V iniciační fázi šetření byla vykonána obsahová analýza publikací, ve kterých byl použit MiniAQLQ. Základní soubor tvořilo 158 dohledaných textů. Analyzované publikace byly identifikovány kombinovaným vyhledáváním dvou i více kombinací klíčových slov. Soubor publikací jsme následně rozdělili do kategorií, vycházejících z oblastí využití nástrojů kvality života související se zdravím (Malý, 2001, s. 177).

Tab. 1. Témata prací zahrnujících MiniAQLQ v letech 1999-2013

Témata	Počet publikací
Komparace a přehledy nástrojů hodnocení kvality života s astmatem	19
Nové jazykové překlady a validace nástrojů	26
Hodnocení efektivity léčby astmatu	39
Skríning a monitorování psychosociálních problémů v rámci individuální péče o pacienta	6
Populační studie zaměřené na vnímání zdravotních problémů, dopad rizikových faktorů	52
Hodnocení finanční nákladnosti a efektivity léčby, určení priorit alokace zdrojů	16
Celkem:	158

Výsledky ukazují široké možnosti využití MiniAQLQ. Z hlediska ošetrovatelství je zajímavé, že uvedený nástroj byl použit i v rámci hodnocení efektivity edukace pacientů s astmatem.

Kvalita života ve vztahu ke kontrole astmatu

Kontrola astmatu bývá kvantifikována výpočty na podkladě mnoha ukazatelů, jako jsou příznaky, plicní funkce, užití záchranné medikace, funkční stav, exacerbace. Subkomise semináře *Asthma Outcomes Workshop* zaměřeného na souhrnné skóre kontroly astmatu (*Subcommittee on Composite scores of Asthma Control*) se soustředila výhradně na numerické proměnné (Parulekar et al., 2013, s.3-4). Tato subkomise doporučila, aby se vzhledem k důležitosti kontroly astmatu jakožto léčebného cíle, k rozsáhlé validaci uvedených nástrojů a k nízkému zatížení nemocných, používal v budoucích klinických výzkumných studiích jako klíčový ukazatel nástroj Test kontroly astmatu (*Asthma Control Test, ACT*), autorů Nathan et al. (2004), nebo Dotazník kontroly astmatu (*Asthma Control Questionnaire, ACQ*), autorů Juniper et al. (1999c). Nástroje ACT a ACQ mají odrážet aktivitu chronického onemocnění po dobu 1-4 týdnů, ale nebyly validovány pro hodnocení exacerbací (Lundback, Dahl, 2007). Minimální klinická změna byla v ACT definována jako 3 body (Schatz et al., 2009; Parulekar et al., 2013). Jeho vyplnění je snadné, lze jej vyplnit v papírové formě nebo přes internet (Reddel et al., 2009, s. 75). K výsledným ukazatelům klinického výzkumu je zařazována i kvalita života. Dotazníky pro hodnocení kvality života související s astmatem byly výše uvedenou subkomisí doporučeny jako doplňkové, komplementární k hodnocení kontroly astmatu. K ukazatelům kontroly astmatu patří také plicní funkce hodnocené pomocí spirometrie (Reddel et al., 2009). Spirometrické ukazatele jsou vysoce standardizované a reprodukovatelné. Využití plicních funkcí jako jediného ukazatele v klinickém výzkumu se nedoporučuje, neboť takto lze získat pouze omezené informace o kontrole astmatu. Prací zabývajících se problematikou kvality života u pacientů s bronchiálním astmatem je mnoho a používají různé kombinace hodnotících nástrojů. Braidó et al. (2013) ve svém sdělení referuje o protokolu připravované observační studie, 12 měsíců trvající, jejímž cílem je zjistit informace o prevalenci kontroly astmatu a vlivu na kvalitu života v širokém spektru pacientů reálného života obyvatel z 12 různých

evropských zemí. Výsledky studie přispějí k porozumění důvodům nedostatečné kontroly AB, zhodnocení podílu pacientů s nekontrolovaným nebo částečně kontrolovaným AB, který dosáhne kontroly astmatu v období 1 roku pozorování. Na sledování změn kvality života bude využit MiniAQLQ. Pro posouzení kontroly astmatu bude použit 6-bodový Dotazník kontroly astmatu (Asthma Control Questionnaire, ACQ, Juniper, 1999c). Na druhé straně se objevují práce, které dlouhodobě (po dobu 4 nebo 6 let) sledují například efekt biologické léčby omalizumabem u pacientů s těžkým alergickým bronchiálním astmatem a studují pouze tíži astmatu pomocí ACT testu a změnu ventilačních parametrů měřených spirometrií (Tzortzaki et al., 2012; Storms et al., 2012).

MiniAQLQ a ACT

Další část práce (Tab. 2) předkládá přehled dohledaných prací používajících nástroj MiniAQLQ ve vztahu ke kontrole astmatu měřenou prostřednictvím ACT. Tato kombinace byla zvolena z důvodu probíhajícího ošetrovateľského výzkumu na Plicní klinice ve Fakultní nemocnici v Ostravě, kde je při řešení projektu Studentské grantové činnosti sledována subjektivní pohoda pacientů s bronchiálním astmatem a oba jmenované nástroje se při výzkumu používají (Popelková, Gurková, 2013). ACT skóre statisticky významně koreluje s nástrojem MiniAQLQ (Schatz et al., 2007).

Tab. 2. Přehled dohledaných prací používajících nástroj MiniAQLQ a ACT

Autor	Účel	Metoda	Výsledky
Braun-stahl et al. (2013)	Observační studie, 2-letá, otevřená, mezinárodní. Zjistit výhody léčby omalizumabem v reálné klinické praxi, vyhodnocení jeho účinnosti a bezpečnosti, použití v terapii u pacientů s nekontrolovaným perzistujícím alergickým AB.	Kvantitativní metoda. 943 pacientů.	Zlepšení v ACT skóre po 12 a 24 měsících o ≥ 3 body oproti výchozí hodnotě (6,1 a 6,2), zlepšení v MiniAQLQ skóre po 12 a 24 měsících o ≥ 0.5 bodů oproti výchozí hodnotě (1,3 a 1,6). Při léčbě omalizumabem dochází ke zlepšení kontroly astmatu (ACT) a kvality života související s astmatem (MiniAQLQ).
Boyle et al. (2012)	Randomizovaná, dvojitě-slepá, placebem kontrolovaná studie, 12 měsíců trvající. Zjistit, zda řízení noční teploty pomocí kontrolovaného laminárního proudění vzduchu (TLA) zlepšit kvalitu života pacientů s AB.	Kvantitativní metoda. 312 pacientů od 7-70 let s nedostatečně kontrolovaným atopickým AB.	Snížení expozice nebo redukce inhalovaným alergenům pomocí TLA zlepšuje kvalitu života pacientů s atopickým AB. Nalezen rozdíl v MiniAQLQ mezi aktivní a placebo skupinou po 1 roce, rozdíl 14,8 % ($p=0,02$). Mezi skupinami existovaly rozdíly u dětí < 12 let, rozdíly byly větší u skupiny s těžkým stupněm AB a ACT skóre < 18 (nedostatečně kontrolované AB).
Agarwal et al. (2011)	Prospektivní průřezová studie, zaměřena na vztah mezi senzibilizací Aspergillum a závažností AB.	Kvantitativní metoda. 417 pacientů, 15 - 65 let s perzistujícím AB, u 219 (52,5%) kožními testy prokázána senzibilizace Aspergillum.	ACT skóre bylo signifikantně vyšší v doméně týkající se nočního probouzení u Aspergillus-senzitivní skupiny ($P = 0,014$), zde byla prokázána souvislost s Aspergillus-senzibilizací a závažností astmatu. MiniAQLQ skóre bylo podobné v obou skupinách, neprokázána kauzální souvislost u pacientů senzibilizovaných Aspergillum.
Schatz, Zeiger (2011)	Administrativní průzkum, telefonní informace, shromažďování dat k definování závažnosti astmatu, identifikaci rizik, posouzení kvality péče u pacientů léčených v Kaiser Permanente Medical Center.	Kvantitativní metoda, perzistující AB, od 18-56 let, údaje 2 roky po sobě, 2244 pacientů s perzistujícím AB.	Identifikace pacientů pro cílené intervence, u kterých je pravděpodobné vysoké riziko exacerbací – ACT < 16, MiniAQLQ skóre $\leq 4,7$, nebo nekontrolované zhoršení na základě administrativních údajů nebo údajů z telefonických průzkumů ACT < 20. Nebere v úvahu spirometrické funkce, pouze administrativní údaje z průzkumů.

Virchow et al. (2010)	Prospektívny, otvorená observačná štúdia, 6-mesačnú trvajúcú, sledujúcu prídanie 10 mg orálneho montelukastu k liečbe inhalačnými kortikosteroidy (IKS) alebo IKS a dlhodobě pôsobící beta-2 mimetika (LABA).	Kvantitatívny metóda. 1681 pacientů od 18 let se středním a těžkým AB.	Při přidání 10 mg montelukastu k léčbě dochází po 6-měsících ke zlepšení ACT skóre z $14,6 \pm 4,6$ na $19,4 \pm 4,4$; $p < 0,0001$, MiniAQLQ skóre zvýšeno z $4,0 \pm 1,1$ na $5,3 \pm 1,1$; $p < 0,0001$.
Jung et al. (2008)	Randomizovaná, otvorená, štúdia s paralelnou skupinou porovnávajúcu inhalovaný salmeterol/flutikason propionát (SFC) se súčasnou péčou (CC) po dobu 52 týdnů.	Kvantitatívny metóda. 424 pacientů od 18 let s perzistujícím AB.	52 – týždenná liečba zvýšila MiniAQLQ skóre u oboch skupín, viace u pacientů s SFC. Liečba SFC vede k významným zlepšením astma symptomů a zvýšením počtu pacientů, ktorí majú dobre kontrolované astma ($ACT \geq 20$).
Incorvaia et al. (2006)	Pilotní štúdie. Sledování vlivu vysoce dávkované sublinguální imunoterapie (SLIT) na kvalitu života a klinickou kontrolu u pacientů se sezonním AB.	Kvantitatívny metóda, 26 pacientů 18-60 let se sezonním, pyľem indukovaným AB.	Změna skóre MiniAQLQ před a po léčbě byla $3,45 \pm 0,51$ a $5,59 \pm 0,48$ u SLIT; $3,32 \pm 0,63$ a $5,23 \pm 0,39$ u skupiny léčené fluticason/salmeterolem. Změna ACT skóre před a po léčbě byla $11,46 \pm 3,38$ a $20,54 \pm 2,47$ u SLIT; $10,87 \pm 2,28$ a $19,12 \pm 3,20$ skupiny léčené fluticason/salmeterolem. Vysoké dávky SLIT se standardizovanými extrakty nejčastějších pyľů výrazně zlepšují QoL a kontrolu astmatu u pacientů se sezonním astmatem, srovnatelnou s úrovní změn při léčbě fluticason/salmeterolem.

MiniAQLQ a tvorba nových nástrojů měření kvality života

I presto, že existujú standardizované nástroje k hodnoteniu kvality života související s astmatem, dochází k tvorbě nových, za účelem poskytnutí jednoduchého nástroje pro použití v primární péči nebo pro vyplnění dotazníku on-line. K takovým patří například *The Active Life with Asthma*, ALMA (Kiotseridis et al., 2012). Patino et al. (2008) předkládá nový nástroj *Asthma Control and Communication Instrument (ACCI)*, zachycující stav pacientů s AB během rutinní péče. Vnitřní konzistence nástroje byla 0,8. Byla zkoumána souběžná validita a diskriminační vlastnosti s dalšími nástroji (ACT, MiniAQLQ, spirometrie). Je to klinický nástroj s možností použití v běžné klinické praxi, validní u pacientů rozdílných etnik (Patino et al., 2008). Schatz et al. (2011) ověřil psychometrické vlastnosti nástroje *Asthma Impact Survey (AIS-6)*. Byly prokázány významné korelace ($r = -0,39$ až $-0,58$) mezi změnami v AIS-6 skóre a změnami v MiniAQLQ a ACT skóre v čase. Tento nástroj prokazuje dobré psychometrické vlastnosti, může být použit k posouzení kvality života u pacientů s AB v klinické praxi a výzkumu (Schatz et al., 2011). MiniAQLQ se používá také k posouzení jiných specifických nástrojů. Apfelbacher et al. (2012) zkoumá psychometrické vlastnosti MiniAQLQ a *Sydney Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ-S)* u 145 dospělých léčených pravidelně inhalačnými kortikosteroidy. Tato studie poskytla důkaz platnosti obojích nástrojů v britské populaci pacientů s astmatem v primární péči. Korelace s parametry funkce plic byly slabé nebo žádné. Korelace s obecnou kvalitou života byly mírné, s příznaky astmatu, kontrolou astmatu a symptomy astmatu byly silné. Oba nástroje jsou schopny rozlišovat mezi úrovní závažnosti astmatu a potřebou zdravotní péče.

ZÁVĚR

Přehledová práce ukazuje na mnohostranné využití MiniAQLQ. Problematika volby vhodného nástroje pro použití v ošetrovateľském výzkumu je složitá. Vyhledání a studium publikovaných prací týkajících se dané problematiky je přínosné a slouží nám ke sledování aktuálního vývoje v dané oblasti výzkumu. Cílem našeho šetření je použití získaných informací ke zlepšení kvality péče o svěřené klienty s AB, porozumění důvodům nedostatečné kontroly astmatu podle nejnovějších poznatků současné doby a k rozšíření teoretických znalostí našeho probíhajícího výzkumu.

ETICKÉ ASPEKTY A KONFLIKT ZÁJMU

Autoři deklarují, že práce nemá žádný konflikt zájmu. Výzkum splňuje základní etické principy kladené na výzkum lidských subjektů, byl schválen etickou komisí Fakultní nemocnice v Ostravě.

Příspěvek vznikl s podporou grantu Lékařské fakulty Ostravské univerzity SGS13/LF/2013.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- AGARWAL, R. et al. 2011. Clinical significance of *Aspergillus* sensitisation in bronchial asthma. In *Mycoses* [online], 2011, vol. 54, no. 5, pp. e531-e538 [cit. 2013-08-02]. Dostupné na internetu: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1439-0507.2010.01971.x>.
- APFELBACHER, C.J. et al. 2011. Measuring asthma-specific quality of life: structured review. In *Allergy* [online], 2011, vol. 66, no. 4, pp. 439-457. [cit. 2013-07-23]. Dostupné na internetu: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1398-9995.2010.02500.x>.
- APFELBACHER, C.J. et al. 2012. Validity of two common asthma-specific quality of life questionnaires: Juniper mini asthma quality of life questionnaire and Sydney asthma quality of life questionnaire. In *Health and quality of life outcomes* [online], 2012, vol. 10, no. 1, pp. 1-9. [cit. 2013-08-02]. Dostupné na internetu: <http://www.hqlo.com/content/10/1/97>.
- BOYLE, R.J. et al. 2012. Nocturnal temperature controlled laminar airflow for treating atopic asthma: a randomised controlled trial. In *Thorax*, 2012, vol. 67, no. 3, pp. 215-221.
- BRAIDO, F. et al. 2013. International cross-sectional and longitudinal assessment on asthma control in European adult patients-the LIAISON study protocol. In *BioMedCentral pulmonary medicine* [online], 2013, vol. 13, no. 1, pp. 1-8. [cit. 2013-08-02]. Dostupné na internetu: <http://www.biomedcentral.com/1471-2466/13/18>.
- BRAUNSTAHL, G.J. et al. 2013. The eXperience registry: The 'real-world' effectiveness of omalizumab in allergic asthma. In *Respiratory Medicine*, 2013, vol. 107, no. 8, pp. 1141-1151.
- GUYATT, G.H. et al. 1998. Interpreting treatment effects in randomised trials. In *British Medical Journal*, 1998, vol. 316, no. 7132, pp. 690-693.
- CHRASTINA, J. – JEŽORSKÁ, Š. 2013. Hodnotící a měřící nástroje u onemocnění astma bronchiale. In *Ošetrovatel'ský výzkum a praxe založená na důkazech*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2013, s. 39 - 46.
- INCORVAIA, C. et al. 2006. Effects of high dose sublingual immunotherapy on quality of life in patients with seasonal asthma: a pilot study. In *Clinical and Experimental Allergy Reviews*, 2006, vol. 6, no. 3, pp. 74-77.
- JUNG, K.S. et al. 2008. Comparison of the clinical efficacy and safety of salmeterol/fluticasone propionate versus current care in the management of persistent asthma in Korea. In *Current Medical Research and Opinion*[®], 2008, vol. 24, no. 12, pp. 3571-3582.
- JUNIPER, E.F. et al. 1992. Evaluation of impairment of health related quality of life in asthma: development of a questionnaire for use in clinical trials. In *Thorax*, 1992, vol. 47, no. 2, pp. 76-83.
- JUNIPER, E.F. et al. 1994. Determining a minimal important change in a disease-specific quality of life questionnaire. In *Journal of clinical epidemiology*, 1994, vol. 47, no. 1, pp. 81-87.
- JUNIPER, E.F. et al. 1999a. Development and validation of the Mini Asthma Quality of Life Questionnaire. In *European Respiratory Journal*, 1999, vol. 14, no. 1, pp. 32-38.
- JUNIPER, E.F. et al. 1999b. Validation of a standardized version of the Asthma Quality of Life Questionnaire. In *CHEST Journal*, 1999, vol. 115, no. 5, pp. 1265-1270.
- JUNIPER, E.F. et al. 1999c. Development and validation of a questionnaire to measure asthma control. In *European Respiratory Journal*, 1999, vol. 14, no. 4, pp. 902-907.
- KIOTSERIDIS, H. et al. 2012. ALMA, a new tool for the management of asthma patients in clinical practice: development, validation and initial clinical findings. In *Primary Care Respiratory Journal* [online], 2012, vol. 21, no. 2, pp. 139-144. [cit. 2013-08-02]. Dostupné na internetu: http://www.thecprj.org/journ/view_article.php?article_id=878.
- LUNDBACK, B. – DAHL, R. 2007. Assessment of asthma control and its impact on optimal treatment strategy. In *Allergy*, 2007, vol. 62, no. 6, pp. 611-619.
- MALÝ, M. 2001. Dotazníky o kvalitě života. In *Sborník Robust 2000* [online]. Nečtaty: Jednota českých matematiků a fyziků, 2001, s. 176-183 [cit. 2013-07-30]. Dostupné na internetu: www.statpol.cz/robust/2000_maly_00.pdf.
- NATHAN, R.A. et al. 2004. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control. In *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2004, vol. 113, no.1, pp. 59-65.
- PARULEKAR, A.D. – ALOBAIDY, A. – HANANIA, N.A. 2013. Kritické zhodnocení výsledných ukazatelů týkajících se astmatu. In *Current Opinion In Pulmonary Medicine* [online], 2013, vol. 2013, no. 10, pp. 2-8. [cit. 2013-07-22]. Dostupné na internetu: http://www.prolekare.cz/cop-clanek/kriticke-zhodnoceni-vyslednych-ukazatelu-tykajících-se-astmatu-40029?confirm_rules=1.
- PATINO, C.M. et al. 2008. The Asthma Control and Communication Instrument: a clinical tool developed for ethnically diverse populations. In *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2008, vol. 122, no.5, pp. 936-943.
- POPELKOVÁ, P. – GURKOVÁ, E. 2013. Subjektivní pohoda a kvalita života související se zdravím - vztah obou konstruktů u pacientů s bronchiálním astmatem. In *Ošetrovatel'ství a porodní asistence* [online], 2013, roč. 4, č. 2, s. 583-588 [cit. 2013-08-03]. Dostupné na internetu: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/5_45_rocnik-4-cislo-22013.html.
- REDDEL, H.K. et al. 2009. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: asthma control and exacerbations: standardizing endpoints for clinical asthma trials and clinical practice. In *American journal of respiratory and critical care medicine*, 2009, vol. 180, no. 1, pp. 59-99.
- SALAJKA, F. 2001. Bronchiální astma a kvalita života nemocných. In *Alergie*, 2001, roč. 3, suppl. 2, s. 68-71.
- SCHATZ, M. et al. 2007. Validity of the Asthma Control Test™ Completed at Home. In *American Journal of Managed Care*, 2007, vol. 13, no. 12, pp. 661- 667.
- SCHATZ, M. et al. 2009. The minimally important difference of the Asthma Control Test. In *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2009, vol. 124, no. 4, pp. 719-723.
- SCHATZ, M. et al. 2011. Further validation and definition of the psychometric properties of the Asthma Impact Survey. In *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2011, vol. 128, no. 2, pp. 44-49.
- SCHATZ, M. – ZEIGER, R.S. 2011. Improving asthma outcomes in large populations. In *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2011, vol. 128, no. 2, pp. 273-277.
- STORMS, W. – BOWDISH, M.S. – FARRAR, J.R. 2012. Omalizumab and asthma control in patients with moderate-to-severe allergic asthma: A 6-year pragmatic data review. In *Allergy and Asthma Proceedings*, 2012, vol. 33, no. 2, pp. 172-177.

- TZORTZAKI, E.G. et al. 2012. Long-term omalizumab treatment in severe allergic asthma: The South-Eastern Mediterranean “real-life” experience. In *Pulmonary Pharmacology & Therapeutics*, 2012, vol. 25, no. 1, pp. 77-82.
- VIRCHOW, J.Ch. et al. 2010. Add-on montelukast in inadequately controlled asthma patients in a 6-month open-label study: the MONTelukast In Chronic Asthma (MONICA) study. In *Respiratory medicine*, 2010, vol. 104, no. 5, pp. 644-651.
- VONDRA, V. – REISOVÁ, M. – MALÝ, M. 2000. Metodologie zjišťování kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí. In *Studia pneumologica et phthiseologica czechoslovaca*, 2000, roč. 60, č. 2, s. 57-62.
- WILSON, R. et al. 2012. Asthma outcomes: Quality of life. In *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2012, vol. 129, no. 3, supplement, pp. S88-S123.

KONTAKT

MUDr. Patrice Popelková

Ústav ošetrovateľství a porodní asistence, LF OU
Syllabova 19
703 00 Ostrava – Zábřeh
Česká republika
e-mail: patrice.popelkova@fno.cz

Prijaté: 3. 9. 2013

Akceptované: 11. 10. 2013

FAKTORY VÝŽIVY DOJČIAT DETERMINUJÚCE ICH SPRÁVANIE PRI JEDENÍ

Slávka Mrosková*, Dagmar Magurová*, Iveta Ondriová*, Alena Suranovská**

* Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

** Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s. Košice

Abstract

MROSKOVÁ, S. – MAGUROVÁ, D. – ONDRIOVÁ, I., SURANOVSKÁ, A. Infant nutritional factors associated with their eating behavior. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2013, vol. 3, no. 2, pp. 62-66. Available on: <http://www.oseetrovateľstvo.eu/archiv/2013-rocnik-3/cislo-2/faktory-vyzivy-dojciat-determinujuce-ich-spravanie-pri-jedeni>.

Introduction: Children eating behavior may be cause of many diseases including overweight/obesity. There are several factors in the first year of life, which is likely to modify children eating behavior in a positive or negative sense.

Aim: The aim of the research was to assess the impact of the type of milk consumed and the age of introduction of complementary food on various aspects of children eating behavior.

Methods: In February-March 2012, we assessed the eating behavior in 53 children aged 7 months to 3 years. The type of milk consumed (breast milk, infant formula) and age of introduction of complementary food (≤ 4 month, ≥ 5 month) were referred by their mothers. To evaluate the relationship between variables, we used Mann-Whitney test.

Results: There are no significant differences in eating behavior in the group of exclusively breastfed infants and infants with combined milk nutrition. In the children with early integration of complementary food (≤ 4 month), we found a higher rate of appetite, greater enjoyment of food, greater sensitivity to food ($p = 0,040$) and less sensitivity to internal cues of satiety.

Conclusion: Children eating behavior is determined by the age of introduction of complementary food. In the future, it is important assess prospectively the association the age of integration of complementary food and development of weight in relation to the analysis of eating behavior.

Keywords: eating behavior, appetite, breastfeeding, complementary food, infant

ÚVOD

Správanie detí pri jedení (kvalita a kvantita jedla, preferencie, averzie, návyky) vrátane apetítu môže byť príčinou rozvoja mnohých ochorení ako sú alimentárne nákazy a otravy, zubný kaz, osteoporóza, dyslipidémia, či v poslednom období v odbornej literatúre vo veľkej miere pertraktovaná nadváha a obezita.

International Obesity Task Force uvádza, že prevalencia nadváhy/obezity v detskej slovenskej populácii v roku 2001 bola 16,2% u dievčat a 17,5% u chlapcov (IOTF, 2013), pričom v priebehu rokov 1964 – 2004 došlo k jej nárastu (Národná stratégia SR, 2009, s. 5). Obezita detského veku je celospoločenský problém vzhľadom k množstvu pridružených ochorení, ktoré sa s týmto ochorením spájajú (Finková, 2005, s. 17).

Prvý rok života patrí ku kritickým obdobiam vývinu nadváhy/obezity (Paul et al., 2009), a to z hľadiska pôsobnosti rôznych ovplyvniteľných a neovplyvniteľných determinantov. Z hľadiska genetického je významným faktorom apetít dieťaťa (Llewellyn et al., 2010), ktorý môže byť následne modifikovaný faktormi „obezitogénneho prostredia“ – v prvom roku života ide najmä o druh prijímaného mlieka (Stettler, 2007), vek integrácie prvého komplementárneho príkrmu (Pearce et al., 2013), zvýšený príjem bielkovín (tzv. hypotéza skorých bielkovín) ako v období výlučne mliečnej výživy (Koletzko et al., 2009) tak aj v období komplementárnej výživy (Günther, Buyken, Kroke, 2007).

Viacero výskumov preukázalo (u detí rôzneho veku vrátane dojčenského) pozitívnu asociáciu medzi správaním detí pri jedení a ich apetítom a stavom ich hmotnosti (Viana et al., 2008; Llewellyn et al., 2010; Santos et al., 2011; Mrosková et al., 2012). Na vyšší apetít môže nevhodne reagovať samotný rodič – či už v zmysle zvoleného spôsobu stravovania (skorý prechod na náhradnú mliečnu výživu, skorá integrácia príkrmu, prisladzovanie príkrmov), rovnako používanými praktikami kŕmenia – napr. využitie reštrikčných postupov (Jansen et al., 2012; Webber et al., 2010).

CIELE

Cieľom prieskumu bolo posúdiť správanie detí pri jedení (vrátane apetítu) v období výlučne mliečnej výživy a faktory, ktoré ho determinujú:

- druh konzumovaného mlieka (materské mlieko – MM, náhradný mliečny prípravok – NMP),
- vek zavedenia prvého komplementárneho príkrmu (KP).

SÚBOR

Prieskumný súbor tvorilo 53 respondentov – matiek detí v dojčenskom a batolivom veku (vekové rozmedzie: 7 mesiacov – 3 roky). Priemerný vek matiek bol 32,26 rokov (SD – 4,78, rozmedzie: 22 – 43 rokov). Ukončené stredoškolské vzdelanie s maturitou malo 47,2% respondentiek, 45,3% dosiahlo vysokoškolské vzdelanie a 7,5% respondentiek malo ukončenú strednú školu bez maturity.

Pre výber respondentov boli stanovené nasledujúce kritériá: zahrňujúce – matky detí s maximálnym vekom 3 rokov a minimálnym 7 mesiacov; vylučujúce – dieťa respondenta nemalo diagnostikované vážne ochorenie (v období výlučne mliečnej výživy) vyžadujúce si špecifický prístup v stravovaní. Výskum bol realizovaný v období február – marec 2012. Respondentky boli oslovené v predškolských zariadeniach v mestách Poprad, Prešov a osobným kontaktom. Návratnosť dotazníkov bola 66%. Údaje boli uvádzané respondentmi retrospektívne.

METODIKA

Správanie detí pri jedení bolo posudzované prostredníctvom dotazníka *Baby eating behavior questionnaire* (BEBQ), ktorého preklad a použitie bolo realizované so súhlasom autorov (Llewellyn et al. 2010). Koncipovanie BEBQ vychádza z dotazníka autorov Wardle et al. (2001), ktorí vytvorili *Children eating behavior questionnaire* za účelom identifikácie správania detí pri jedení a ich apetitu vo veku 3 – 13 rokov.

BEBQ pozostáva z 18 tvrdení, ktoré posudzujú správanie dieťaťa pri jedení v období výlučne mliečnej výživy bez ohľadu na druh prijímaného mlieka. Pri škálovaní jednotlivých tvrdení bola použitá 5-zložková Likertova škála (nikdy – 1, vždy – 5). BEBQ integruje štyri subškály:

- „pôžitok z jedla“ (4 tvrdenia), táto subškála umožňuje identifikovať intenzitu chuti mlieka u dieťaťa, tj. meria záľubu dieťaťa k mlieku a jeho príjmu (Cronbachova alpha – 0,911),
- „vnímavosť k jedlu“ (7 tvrdení) posudzuje ako náročné je dieťa s ohľadom na kŕmenie a jeho schopnosť reagovať na vonkajšie podnety týkajúce sa príjmu jedla, táto subškála identifikuje náročnosť dieťaťa v oblasti kŕmenia a citlivosť voči vonkajším podnetom hladu a sýtosti. Súčasťou tejto subškály je posúdenie celkového apetitu dieťaťa prostredníctvom jednej položky (Cronbachova alpha – 0,593),
- „vnímavosť voči sýtosti“ (3 tvrdenia) posudzuje ako ľahko sa dojča zasýti počas príjmu jedla, čo naznačuje jeho citlivosť voči vnútorným, vrozeným signálom sýtosti (Cronbachova alpha – 0,213),
- „zdĺhavosť jedenia“ (4 tvrdenia), ktorá meria rýchlosť jedenia, rýchlosť akou dieťa ukončí príjem mlieka (Cronbachova alpha – 0,805) (Llewellyn et al., 2011).
- Pri vyhodnocovaní jednotlivých subškál bol použitý výpočet priemerných hodnôt, pričom „celkový apetít“ (1 tvrdenie) bol vyhodnocovaný aj izolovane (tj. mimo položiek subškály „vnímavosť k jedlu“).

U detí, ktoré dosahujú vyššie priemerné hodnoty v subškále „vnímavosť voči sýtosti“ sa predpokladá rýchlejšie zasýtenie počas príjmu mlieka, tieto deti dokážu lepšie reagovať na vrodene signály sýtosti. Vyšší priemer v subškále „zdĺhavosť jedenia“ poukazuje na to, že dieťa pije mlieko pokojnejšie, pomalšie. Vyššie hodnoty v subškálach „celkový apetít“, „pôžitok z jedla“ a „vnímavosť k jedlu“ poukazujú na veľkú chuť do jedla u dieťaťa, väčšie množstvo prijatého mlieka, nedostatočné reagovanie na vnútorné podnety sýtosti, pričom tieto deti naopak vo väčšej miere reagujú na potravinové stimuly z externého prostredia (napr. senzorické stimuly jedla) (Llewellyn et al., 2010).

Deti sme z hľadiska druhu konzumovaného mlieka v období výlučne mliečnej výživy kategorizovali do dvoch skupín: deti výlučne dojčené (≤ 4 mesiace) a deti s kombinovanou mliečnou výživou (deti, ktoré prijímali NMP a MM, resp. iba NMP).

Podľa odporúčaní Európskeho výboru pre pediatrickú gastroenterológiu, hepatológiu a výživu (ESPGHAN) (Agostoni et al., 2008) sme deti z hľadiska integrácie prvého KP zaradili do dvoch skupín: skorá integrácia príkrmu (≤ 4 mesiac), adekvátna integrácia príkrmu (≥ 5 mesiac).

Pre potreby štatistického spracovania údajov sme používali software SPSS 17.0 a funkcie programu Microsoft Office Excel 2007. Deskriptívna štatistika skupín nám poskytla informácie o mierach centrality (početnosť – n, percentuálne zastúpenie – %, M – priemer, SD – štandardná odchýlka). Z dôvodu negatívneho výstupu Skewness testu sme použili neparametrickú štatistiku spracovania údajov (Mann – Whitney test). Pri hodnotení štatistickej významnosti sme použili hladinu významnosti $p < 0,05$.

Respondentky sa na výskume zúčastnili dobrovoľne, výskum prebiehal so zaistením ich anonymity a údaje boli spracované dôverne.

VÝSLEDKY

Z pomedzi 53 detí sme výlučne dojčenie identifikovali u 40-tich z nich a u 13 detí sme zistili kombinovanú mliečnu výživu. Kým v subškálach „celkový apetít“, „pôžitok z jedla“ a „zdĺhavosť jedenia“ sme vyššie priemerné hodnoty zistili v skupine detí s kombinovanou mliečnou výživou, „vnímavosť voči jedlu“ a „vnímavosť voči sýtosti“ u detí výlučne dojčených. Komparácia priemerných hodnôt v skúmaných skupinách neprinesla štatisticky významné rozdiely (tab. 1).

Tab. 1. Rozdiely v subškálach BEBQ z hľadiska druhu konzumovaného mlieka

Subškály BEBQ	Výlučne dojčené deti (n – 40)	Deti s kombinovanou mliečnou výživou (n – 13)	p
	M (SD)	M (SD)	
Celkový apetít	3,68 (1,29)	4,31 (0,85)	0,133
Pôžitok z jedla	3,50 (0,60)	3,77 (0,60)	0,089
Vnímavosť voči jedlu	1,82 (0,75)	1,69 (0,75)	0,570
Vnímavosť voči sýtosti	2,95 (0,78)	2,77 (0,60)	0,425
Zdlhavosť jedenia	2,15 (0,48)	2,31 (0,75)	0,512

M – priemerná hodnota, **SD** – štandardná odchýlka

Skorú integráciu prvého KP sme v rámci výskumnej vzorky identifikovali u 20,8% detí a u 79,2% detí bol prvý KP zaradený do jedálneho voľníka vo veku 5 mesiacov a neskôr. V skupine detí so skorou integráciou prvého KP sme vyššie priemerné hodnoty zistili v subškálach „celkový apetít“, „pôžitok z jedla“ a „vnímanosť voči jedlu“, a naopak nižšie priemerné hodnoty v subškálach „vnímanosť voči sýtosti“ a „zdlhavosť jedenia“. Signifikanciu sme zistili iba v škále „vnímanosť voči jedlu“ ($p = 0,040$), a teda deti s predčasným zavedením príjmov do jedálneho voľníka sú v štatisticky vyššej miere vnímavé k vonkajším potravinovým podnetom (tab. 2).

Tab. 2. Rozdiely v subškálach BEBQ z hľadiska veku zavedenia prvého komplementárneho príjmu

Subškály BEBQ	Adekvátna integrácia príjmu (n – 42)	Skorá integrácia príjmu (n – 11)	p
	M (SD)	M (SD)	
Celkový apetít	3,74 (1,27)	4,18 (0,98)	0,330
Pôžitok z jedla	3,55 (0,63)	3,64 (0,50)	0,797
Vnímanosť voči jedlu	1,69 (0,75)	2,18 (0,60)	0,040*
Vnímanosť voči sýtosti	2,98 (0,75)	2,64 (0,67)	0,135
Zdlhavosť jedenia	2,19 (0,59)	2,18 (0,40)	0,989

M – priemerná hodnota, **SD** – štandardná odchýlka, * – $p < 0,05$

DISKUSIA

Správanie detí pri jedení determinuje, v pozitívnom resp. negatívnom zmysle, vývin stravovacích návykov. Špecifické charakteristiky správania pri jedení vrátane apetítu vykazujú stabilitu v čase (Jaarsveld et al., 2011), pričom ich intenzita sa s narastajúcim vekom dieťaťa zvyšuje (Carnell, Wardle, 2008). Na základe uvedeného je možné usudzovať, že z dojčťa s vyšším apetítom, s rýchlejšim saním mlieka resp. s nižšou schopnosťou reagovať na vnútorné podnety sýtosti sa pravdepodobne stane batola s ešte vyššou chuťou do jedla. Uvedené zmeny sú pravdepodobne dôsledkom vplyvu enviromentálnych determinantov obezitogénneho charakteru, ktorých počet narastá so zvyšujúcim sa vekom dieťaťa.

Dojčenie z hľadiska prevencie obezity je vnímané ako faktor protektívneho charakteru (Owen et al., 2005; Stettler, 2007). Konzumácia materského mlieka determinuje rýchlosť rastu v prospech dojčených detí (Anzman et al., 2010), pričom za rozdielnymi rastovými krivkami dojčených a umelo živých detí sú nutričné aj nenutričné komponenty materského mlieka (Paul et al., 2009). Na základe uvedeného sme predpokladali, že spôsob výživy počas prvých mesiacov života ovplyvňuje jednotlivé oblasti správania pri jedení. Napriek tomu, že sme štatistickú významnosť neidentifikovali, deti s kombinovanou mliečnou výživou mali pozitívnejší vzťah k jedlu, vyššiu chuť do jedla a jedli pomalšie. Deti výlučne dojčené boli voči vrodenným, vnútorným signálom sýtosti citlivejšie, čo je v súlade s inými výskumami, ktoré preukázali vyššiu mieru self-regulačnej schopnosti práve u detí dojčených v komparácii s umelo živými (Tavera et al., 2004). Paradoxne však výsledky prieskumu poukázali na to, že dojčené deti sú vnímavejšie k externým podnetom pochádzajúcim z jedla (subškála „vnímanosť voči jedlu“). Rozporuplné výsledky pri porovnávaní správania pri jedení v skupine dojčených detí a detí s kombinovanou mliečnou výživou boli identifikované aj vo výskume Llewellyn et al. (2011, s. 393). Autori prekvapivo zistili (v rozpore s ich očakávaniami), že dojčené deti dosiahli štatisticky vyššie priemerné hodnoty v škálach „vnímanosť voči jedlu“ ($p < 0,001$) – obdobne ako v predkladanom výskume, avšak súčasne aj v oblasti celkového apetítu ($p < 0,001$) a naopak štatisticky nižšie hodnoty v škále „vnímanosť voči sýtosti“ ($p < 0,001$).

Vek zavedenia KP môže determinovať neskorší vývin hmotnosti, aj keď údaje v tejto skúmanej oblasti nie sú jednoznačné (Weng et al., 2012; Huh et al., 2011). Metaanalýza 21 štúdií skúmajúcich vzťah medzi vekom zavedenia príkrmu a rozvojom nadváhy/obezity v detskom veku nepoukázala na jasnú asociáciu, aj keď naznačila, že veľmi skorá integrácia KP (\leq 4 mesiac), skôr ako zavedenie príkrmu v 4-6 mesiaci alebo $>$ 6 mesiaci, môže zvýšiť riziko detskej nadváhy (Pearce et al., 2013). Za skorou integráciou prvého príkrmu sú rôzne faktory – skúmané sú predovšetkým socio-demografické (vek matky, vzdelanie rodičov, rodinný stav, fajčenie) resp. druh konzumovaného mlieka (Schiess et al., 2010; Grummer-Strawn et al., 2008). Taktiež je možné predpokladať, že skoršie podanie príkrmu je výsledkom reakcie matky na vyšší apetít dieťaťa. Výsledky predkladaného prieskumu poukazujú na vyšší stupeň apetítu, pôžitku z jedla a vnímavosti voči vonkajším podnetom týkajúcim sa jedla ($p = 0,040$) u detí so skorou integráciou KP a súčasne sú tieto deti menej citlivé voči vnútorným podnetom sýtosti.

ZÁVER

Výsledky prieskumu poukazujú na diferencie v skúmaných aspektoch správania detí pri jedení najmä vo vzťahu k veku zavedenia prvého komplementárneho príkrmu. Následný výskum prospektívneho charakteru by mal posudzovať asociáciu veku integrácie príkrmu a vývinu hmotnosti vo vzťahu k analýze správania pri jedení.

Istým obmedzením výsledkov prieskumu a metodologickým problémom, ktorý bude potrebné ďalej skúmať a riešiť je aj nižšia hodnota Cronbachovej alphy v niektorých subškálach.

ZOZNAM SKRATIEK

BEBQ – Baby eating behavior questionnaire
NMP – náhradný mliečny prípravok
MM – materské mlieko
KP – komplementárny príkrm (= nemliečny príkrm)

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- AGOSTONI, C. et al. 2008. Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. In *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2008, vol. 46, no. 1, pp. 99-110.
- ANZMAN, S.L. – ROLLINS, B.Y. – BIRCH, L.L. 2010. Parental influence on children's early eating environments and obesity risk: implications for prevention. In *International Journal of Obesity*, 2010, vol. 34, no. 7, pp. 1116-1124.
- CARNELL, S. – WARDLE, J. 2008. Appetite and adiposity in children: evidence for a behavioral susceptibility theory of obesity. In *American Journal of Clinical Nutrition*, 2008, vol. 88, no. 1, pp. 22-29.
- FINKOVÁ, M. 2005. Obezita u dětí a dospívajících. In *VOX PEDIATRIAE*, 2005, roč. 5, č. 9, s. 17-18.
- GRUMMER-STRAWN, L.M. – SCANION, K.S. – FEIN, S.B. 2008. Infant Feeding and Feeding Transitions During the First Year of Life. In *Pediatrics*, 2008, vol. 122, suppl. 2, pp. s36-s42.
- HUH, S.Y. et al. 2011. Timing of Solid Food Introduction and Risk of Obesity in Preschool-Aged Children. In *Pediatrics*, 2011, vol. 127, suppl. 3, pp. e544-e551.
- International Obesity Taskforce (IOTF). 2011. *Overweight children around the world*. [online]. 2011 [cit. 2013-07-06]. Dostupné na internete: <http://www.iaso.org/iotf/obesity/?map=children>.
- JANSEN, P.W. et al. 2012. Children's eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood: results from the population-based Generation R Study. In *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2012, vol. 9: 130.
- JAARSVELD, C.H.M. et al. 2011. Prospective associations between appetitive traits and weight gain in infancy. In *The American journal of clinical nutrition*, 2011, vol. 94, no. 6, pp. 1562-1567.
- KOLETZKO, B. et al. 2009. Can infant feeding choices modulate later obesity risk? In *American journal of clinical nutrition*, 2009, vol. 89, no. 5, pp. 1502-1508.
- LLEWELLYN, C. et al. 2010. Nature and nurture in infant appetite: analysis of the Gemini twin birth cohort. In *American Society for Nutrition*, 2010, vol. 91, no. 5, pp. 1172-1179.
- LLEWELLYN, C. et al. 2011. Development and factor structure of the Baby Eating Behaviour Questionnaire in the Gemini birth cohort. In *Appetite*, 2011, vol. 57, no. 2, pp. 388-396.
- MROSKOVÁ, S. et al. 2012. Vzťah aktuálnej hmotnosti a potravinového správania dojčiat a batoliat. In *MOLISA – Medicínsko ošetrovateľské listy Šariša*, 2012, roč. 9, č. 9, s. 147-151.
- Národná stratégia SR, 2009. *Program podpory spotreby ovocia a zeleniny u detí a žiakov v školách – „Školské ovocie“*. 2009. [online]. 2009 [cit. 2011-07-06]. Dostupné na internete: http://www.skolskeovocie.sk/download/strategia_01.pdf.
- OWEN, C.G. et al. 2005. Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. In *Pediatric*, 2005, vol. 115, no. 5, pp. 1367-1377.
- PAUL, I.M. et al. 2009. Opportunities for the primary prevention of obesity during infancy. In *Advances in pediatrics*, 2009, vol. 56, no. 1, pp. 107-133.
- PEARCE, J. – TAYLOR, M.A. – LANGLEY-EVANS, S.C. 2013. Timing of the introduction of complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review. In *International journal of obesity*, 2013, vol. 37, no. 10, pp. 1295-1306.
- SANTOS, J.L. et al. 2011. Association between eating behavior scores and obesity in Chilean children. In *Nutrition Journal*, 2011, vol. 10, pp.1-8.

- SCHIESS, S. et al. 2010. Introduction of Complementary Feeding in 5 European Countries. In *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2010, vol. 50, no. 1, pp. 92-98.
- STETTLER, N. 2007. Nature and strength of epidemiological evidence for origins of childhood and adulthood obesity in the first year of life. In *International journal of obesity*, 2007, vol. 31, no. 7, pp. 1035-1043.
- TAVERA, E.M. et al. 2004. Association of breastfeeding with maternal control of infant feeding at age 1 year. In *Pediatrics*, 2004, vol. 114, no. 5, pp. 577-583.
- VIANA, V. – SINDE, S. – SAXTON, J.C. 2008. Children's Eating Behaviour Questionnaire: associations with BMI in Portuguese children. In *British Journal of Nutrition*, 2008, vol. 100, no. 2, pp. 445-450.
- WARDLE, J. et al. 2001. Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. In *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2001, vol. 42, no. 7, pp. 963-970.
- WEBBER, L. et al. 2010. Association between Children's Appetitive Traits and Maternal Feeding Practices. In *American Dietetic Association*, 2010, vol. 110, no. 11, pp. 1718-1722.
- WENG, S.F. et al. 2012. Systematic review and meta-analyses of risk factors for childhood overweight identifiable during infancy. In *Archives of Disease in Childhood*, 2012, vol. 97, no. 12, pp. 1019-1026.

KONTAKT

PhDr. Slávka Mrošková, PhD.
Katedra ošetrovateľstva, FZO PU
Partizánska 1
080 01 Prešov
Slovenská republika
e-mail: slavka.mroskova@unipo.sk

Prijaté: 29. 10. 2013
Akceptované: 4. 12. 2013

POKORNÁ, A. ET AL. OŠETŘOVATELSTVÍ V GERIATRII HODNOTICÍ NÁSTROJE – RECENZIA

Jana Nemcová

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva

POKORNÁ, A. et al. 2013. *Ošetrovateľství v geriatрии Hodnotící nástroje*. 1. vyd. Praha : Vydavatelství Grada Publishing a. s., 2013. 200 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

Publikácia, *Ošetrovateľství v geriatрии Hodnotící nástroje*, reflektuje požiadavku využívania objektivizujúcich nástrojov hodnotenia, pre zaistenie efektívnej starostlivosti o seniorov sestrami a ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi. Spracovanie publikácie vychádza z najnovších dostupných zdrojov so zreteľom na prax založenú na dôkazoch, sociokultúrne kompetencie a profesionálnu autonómiu sestier. Autorky pri výbere nástrojov rešpektovali najčastejšie sa vyskytujúce problémy a geriatrické syndrómy u seniorov.

Formálna štruktúra publikácie je štandardná. Text je na 140 stranách, je doplnený o slovník pojmov, prílohy a register na ďalších 53 stranách, čo je spolu 193 strán. Literatúra je domácej a zahraničnej proveniencie a je uvádzaná za každou kapitolou zvlášť. Doplnená je o odkazy na online zdroje z danej problematiky. Text je členený do 6 kapitol, ktoré sú obsahovo zamerané na hodnotenie celkového zdravotného stavu, kognitívnych funkcií, nutričného stavu, mobility, pohybu a sebaopatery a hodnotenie bolesti u seniorov. Text je obsažný, konkrétny, logicky nadväzujúci, písaný odborným štýlom.

Prvá kapitola opisuje prístupy ku komplexnému hodnoteniu seniorov pomocou viacerých nástrojov. Súčasne v tejto kapitole je názorne ukázané vzájomné prepojenie medzi vybranými nástrojmi hodnotenia problémov u seniorov. Dôležité je, že pre hodnotenie seniora je poukázané na aspekty interdisciplinarity, multidimenzionality problémov a syndrómov.

Druhá kapitola predstavuje nástroje hodnotenia kognície, ktoré sú detailne opisované aj s návodom na vyhodnotenie, reliabilitu, senzitivitu a špecifickosť. Pozitívne je akcentovanie hodnotenia kognitívnych funkcií seniorov so zreteľom na úroveň sebaopatery, ako aj vplyv na opatrovateľov. Zdôrazňuje sa význam skorého hodnotenia pre zachytenie porúch kognície a následné poskytovanie adekvátnej liečby, rehabilitácie kognitívnych funkcií a komplexnej starostlivosti.

Tretia kapitola je venovaná hodnotiacim nástrojom nutričie a hydratácie u seniorov. Hodnotiace nástroje na skríningu nutričie u seniorov sú doplnené aj o vysvetlenie najčastejších problémov malnutričie, špecifik výživy u seniorov, zvlášť s Alzheimerovou demenciou. Problematika hydratácie seniorov je opisovaná s ohľadom na príčiny, odporúčané prístupy hodnotenia v praxi.

Hodnotenie mobility, pohybu a sebačinnosti je uvedené v štvrtej kapitole. Predstavené nástroje sú zamerané na hodnotenie schopnosti seniora postarať sa o seba, či mieru závislosti na starostlivosti. Porovnanie miery sebaopatery s ordinovaným pohybovým režimom a požiadavkami na starostlivosť o seniora, poskytuje priestor na kritickú analýzu hodnotenia mobility a sebaopatery v kontexte reálnej situácie praxe. Vzhľadom k názvu kapitoly absentuje hodnotenie rizika pádu.

Piata kapitola sa venuje hodnoteniu bolesti u seniorov. Východiskom je definícia a členenie bolesti vo všeobecnej rovine a špecifikami výskytu bolesti u seniorov. Prínosné je poukázanie na požiadavku hodnotenia bolesti s ohľadom na zvládanie manažmentu bolesti ako celku, vrátane farmakologickej intervencie, rešpektovanie kognície a funkčných deficitov u seniorov, ako aj compliance pacienta, či opatrovateľov. Charakteristiky a opisy jednoduchých a viacrozmerých hodnotiacich škál bolesti, vrátane nástrojov pre hodnotenie bolesti u psychicky a psychiatricky chorých, sú doplnené o odporúčania a limitácie ich využitia v praxi. Záverom tejto kapitoly sú uvedené odporúčania pre manažment bolesti sestrou aj s ohľadom na sledovanie efektívnosti, či výskytu nežiaducich účinkov analgetickej terapie.

Posledná, šiesta kapitola, predstavuje využívanie nástrojov hodnotenia seniorov v praxi na základe realizovanej výskumnej štúdie v juhomoravskom kraji, kde sú uvedené reálne skúsenosti sestier s využívaním hodnotiacich nástrojov pre bolesť a sebaopatery u seniorov. Súčasne prezentovaním výsledkov tejto štúdie, autorky potvrdili východisko a opodstatnenosť spracovania a publikovania problematiky hodnotiacich nástrojov u seniorov pre rozšírenie poznatkov o možnostiach ich využitia v praxi.

Publikácia predstavuje skríningové nástroje, špecificky citlivé u seniorov. Pozitívne treba vyzdvihnúť komentár, týkajúci sa využiteľnosti jednotlivých nástrojov v praxi, ako aj ich limitácií. Vhodným doplnením sú prílohy, kde sú názorne prezentované nástroje, čo poskytuje študujúcim aj konkrétnu predstavu o štruktúre jednotlivých hodnotiacich nástrojov.

KONTAKT

PhDr. Jana Nemcová, PhD.
Ústav ošetrovateľstva JLF UK
Malá Hora 5
036 01 Martin
Slovenská republika
e-mail: nemcova@jfm.uniba.sk

Prijaté: 5. 11. 2013
Akceptované: 12. 11. 2013

FEDOR-FREYBERGH, P. G. PRENATÁLNE DIEŤA – RECENZIA

Eva Urbanová

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav pôrodnej asistencie

FEDOR-FREYBERGH, P.G. *Prenatálne dieťa*. 1. slov. vyd. Trenčín : Vydavateľstvo F, Pro mente sana s.r.o., 2013. 65 s. ISBN 978-80-88952-74-9.

Prenatálne dieťa je jedna z mála publikácií na našom trhu, ktoré sa venujú danej problematike z pohľadu filozofického, medicínskeho, embryologického, psychologického a neurologického. Samotný pojem „prenatálne dieťa“ navrhol autor a predstavil ho odbornej verejnosti v roku 1986.

Publikácia má 65 strán a je rozdelená do siedmych kapitol, ktoré na seba voľne nadväzujú. Prvá kapitola „Čas predtým...“ uvádza do problematiky a zdôrazňuje základnú líniu publikácie, ktorou je kontinuum života od počatia až po smrť jednotlivca. Druhá kapitola „Stretnutie“ sa zaoberá počiatkom prenatálneho vývinu a možnosťami komunikácie medzi matkou a prenatálnym dieťaťom. Tretia kapitola „Žena dobrej nádeje...“ predstavuje tehotenstvo na pozadí narušenia psychosomatickej integrity a hormonálnych zmien. Plynule prechádza do štvrtej kapitoly „Rizikové tehotenstvá – prevencia liečba“, kde je načrtnutý zaujímavý pohľad najmä na psychologické, psychosociálne a psychosomatické riziká v tehotenstve. Obsahom piatej kapitoly je metodologický model, ktorý vyvinul autor na včasný screening stresu, depresie a iných problémov tehotných žien (Sabbatsberg anxiety – frustration self-rating scale). Je potrebné podotknúť, že hodnotu publikácie by zvýšilo jeho detailnejšie rozpracovanie, určenie kto môže danú škálu používať a ako sa hodnotí. Šiesta kapitola „Pôrod – vstup do nového sveta“ je krásna ukážka vnímania pôrodu z hľadiska dieťaťa, ženy, otca a celého okolia. Názory, ktoré autor prezentuje sú aktuálne, pokrokové a citlivo interpretované. Rešpektuje individuálne potreby matky, otca a samozrejme dieťaťa na pozadí rozvoja vedy a techniky v medicíne (pôrodníctve). Siedma kapitola „Čas potom...“ poukazuje na potrebu kontinua ihneď po pôrode, ako prostriedok k udržaniu kontinua prezentuje dojčenie.

Publikácia si vyžaduje zrelšieho a rozhladeného čitateľa. Prináša cenné poznatky, ktoré dokážu prehĺbiť vedomosti a prehodnotiť postoje všetkým, ktorí poskytujú starostlivosť tehotným ženám, rodičkám a matkám. Centruje pozornosť na matku a dieťa. Je vhodná pre profesionálov z praxe (pôrodníkov, pôrodné asistentky, psychologov) a pedagógov vzdelávajúcich zdravotníckych pracovníkov. Autor sám uvádza, že prvý raz publikácia vyšla v nemčine v roku 1980. Slovenská verzia je takmer totožný preklad a literárne zdroje nie sú aktualizované, no napriek tomu reflektuje na potreby slovenského pôrodníctva. Význam publikácie by podporilo doplnenie vlastných výsledkov výskumu, nakoľko autor predstavuje celosvetovú kapacitu v prenatálnej a perinatálnej psychológii a medicíne.

KONTAKT

Mgr. Eva Urbanová, PhD.

Ústav pôrodnej asistencie JLF UK
Malá Hora 5
036 01 Martin
Slovenská republika
e-mail: urbanova@jfmed.uniba.sk

Prijaté: 6. 11. 2013

Akceptované: 12. 11. 2013

POĎAKOVANIE RECENZENTOM

Redakcia časopisu Ošetrovateľstvo: teória, veda, vzdelávanie ďakuje všetkým recenzentom, ktorí sa podieľali na recenzovaní príspevkov v roku 2013 a tak prispeli ku kvalite časopisu.

Bártlová Sylva
Boledovičová Mária
Bužgová Radka
Ježová Lubomíra
Krištofová Erika
Kyasová Miroslava
Mandysová Petra
Mrosková Slávka
Kurucová Radka
Škvrňáková Jana
Solgajová Andrea
Vrublová Yveta
Zanovitová Mária
Zeleníková Renáta