



Financováno
Evropskou unií
NextGenerationEU



Národní
plán
obnovy



Vybrané kapitoly z ošetřovatelství

Andrea Hoffmannová

ADAPT UTB: **A**daptabilní, **D**igitální, **A**gilní, **P**rogresivní,
Transformace UTB ve Zlíně

reg. č. NPO_UTB_MSMT-16585/2022



Univerzita Tomáše Bati
Fakulta humanitních studií



CÍL PŘEDMĚTU

- Zopakovat, doplnit a prohloubit si teoretické znalosti v oblasti ošetřovatelství a ošetřovatelské péče.
- Prostřednictvím předmětu získají studenti poznatky o aktuálních trendech v ošetřovatelství a ošetřovatelské péči, budou schopni tyto poznatky aplikovat v ošetřovatelské praxi.

FORMA ZPŮSOBU OVĚŘENÍ STUDIJNÍCH VÝSLEDKŮ A DALŠÍ POŽADAVKY NA STUDENTA

- Povinná účast na seminářích min. 80 %.
- Zápočet – úspěšné splnění písemného testu (min. 75 %) s možností jedné opravy (ústní).

VÝSTUPNÍ KOMPETENCE STUDENTA

Odborné znalosti - po absolvování předmětu prokazuje student znalosti:

- popsat ošetřovatelství jako vědní obor a vymežit změny v legislativě;
- objasnit problematiku multikulturního a transkulturního ošetřovatelství;
- zhodnotit kvalitu ošetřovatelské péče;
- vymežit profesní vzdělávání a kompetence sester;
- užívat vhodně poznatky o ošetřovatelství založeném na důkazech v oblasti různých odborných specializací.

VÝSTUPNÍ KOMPETENCE STUDENTA

Odborné dovednosti – po absolvování předmětu prokazuje student dovednosti:

- užívat poznatky o aktuálních trendech v ošetrovatelství a ošetrovatelské péči, aplikovat je v praxi;
- používat adekvátně ošetrovatelskou terminologii;
- provádět kulturně specifickou ošetrovatelskou péči;
- používat vhodnou komunikaci pro spolupráci s členy multidisciplinárního týmu.

Povinná literatura:

NANDA-I, Inc. (2020) *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2018-2020*. 11. vydání. Editorky: Herdman, T. H., Kamitsuru, S. Praha: Grada.

Plevová, I. (2018) *Ošetrovatelství I*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada.

Plevová, I. (2019) *Ošetrovatelství II*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada.

Plevová, I. (2012) *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada.

Doporučená literatura:

Bártlová, S. & Matulay, S. (2009) *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta.

Jarošová, D. (2012) *Základy ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita.

Jarošová, D. & Zeleníková, R. (2014) *Ošetrovatelství založené na důkazech*. Praha: Grada.

Kozáková, R. (2011) *Komunitní ošetrovatelská péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita.

Kozáková, R. (2011) *Ošetrovatelská péče v geriatrici*. Ostrava: Ostravská univerzita.

Kutnohorská, J.(2013) *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada.

Líčeník, R. (2009) *Klinické doporučené postupy. Obecné zásady, principy tvorby a adaptace*. Olomouc: UP.

Malíková, E. (2010) *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada.

Muntau, A. C. (2009) *Pediatric*. 4. vyd. Praha: Grada.

Pokorná, A. (2013) *Ošetrovatelství v geriatrici – Hodnotící nástroje*. Praha: Grada.

Sikorová, L. (2012) *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada.

Sikorová, L. (2011) *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada.

Svěráková, M. (2012) *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén.

Odborná periodika:

Central European Journal of Nursing and Midwifery.

Florence.

Kontakt.

Onkologie.

Ošetrovatelské perspektivy.

Profese online.

Rozhledy v chirurgii aj.

KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ

PO SKONČENÍ VÝUKY BUDE STUDENT SCHOPEN:

- ORIENTOVAL SE V PROBLEMATICE KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ ;
- POPSAT OŠETŘOVATELSTVÍ JAKO VĚDNÍ OBOR ;
- VYMEZIT ZMĚNY V LEGISLATIVĚ;
- VYMEZIT OŠETŘOVATELSTVÍ JAKO PROFESI;
- POPSAT VĚDECKOST OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.

Koncepce ošetřovatelství (MZČR)

- Udává směr vývoje oboru, v řadě zemí je legislativní normou, od níž se odvíjí sledování kvality ošetřovatelské péče, stupeň kvalifikační, specializační a univerzitní přípravy sester, etické ošetřovatelské normy.
- Ošetřovatelství má stěžejní postavení v péči o zdraví člověka. Ošetřovatelská péče je soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, kteří mají společné sociální prostředí nebo trpí obdobnými zdravotními obtížemi.
- Součástí ošetřovatelství je také péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci, zmírňování utrpení, zajištění klidného umírání a důstojné smrti.

- Ošetrovatelská péče je poskytována v rámci integrované (ústavní, ambulantní, komunitní) péče i paliativní péče.
- Charakteristickými rysy ošetrovatelství je individualizovaná péče ve vztahu k jeho zdraví a potřebám vzniklých nebo pozmeněných onemocněním. Tato péče vyžaduje kvalitní organizaci, řízení a kontrolu ošetrovatelské péče. K moderním trendům ošetrovatelství patří poskytování ošetrovatelské péče víceúrovňovým způsobem (ošetrovatelský tým, složený z ošetrovatelského personálu s různou úrovní kvalifikace).

- Kompetence zdravotnických pracovníků jsou vymezeny podle stupně dosaženého vzdělání a jejich specializace. Předložená koncepce vychází z Koncepce ošetrovatelství ČR z roku 1998, respektuje doporučení Organizace spojených národů, Světové zdravotnické organizace, směrnic Evropské unie, doporučení Evropské komise, Mezinárodní organizace práce, Mezinárodní rady sester a Mezinárodní rady porodních asistentek. Tyto dokumenty určují další vývoj a směr ošetrovatelství a porodní asistence v 21. století.
- Koncepce zdůrazňuje samostatnější práci ošetrovatelského personálu, dále také nutnost práce metodou ošetrovatelského procesu včetně řádně vedené zdravotnické dokumentace.

- Kvalitní ošetrovatelské péče je poskytována na základě ošetrovatelských standardů, které stanovují kritéria k jejímu poskytování a hodnocení. Předložená koncepce vychází ze systému vydávání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu nelékařským zdravotnickým pracovníkům a jejich zápisu do Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu.

- Používání této koncepce v praxi má za následek zkvalitnění celkové péče o zdraví české populace, a to nejen v kvalitnější ošetrovatelské ústavní, ambulantní i domácí péči, pevného zakotvení v integrované a paliativní péči, ale i v komunitní ošetrovatelské péči na úseku prevence a výchovy ke zdraví.
- Koncepce ošetrovatelství je základním východiskem pro tvorbu koncepcí ošetrovatelství v jednotlivých klinických oborech.

Legislativa v ošetrovatelství

- zákon 105/2011 Sb. – zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních),
- vyhláška MZČR 55/2011 Sb. – o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků,
- nařízení vlády 31/2010 – kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, vyhláška MZČR 39/2005 Sb. – kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání,

- vyhláška MZČR 189/2009 Sb. – kterou se upravují podrobnosti o konání atestační zkoušky, zkoušky k vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, závěrečné zkoušky akreditovaných kvalifikačních kurzů, aprobační zkoušky a zkušební řád pro tyto zkoušky,
- vyhláška MZČR 4/2010 Sb. – kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků.

Definice ošetřovatelství

- Vědní disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování bio – psycho – sociálních a spirituálních potřeb nemocného i zdravého člověka v péči o jeho zdraví.
- Ošetřovatelství je disciplína zaměřena na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti.
- Ošetřovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, léčbě i rehabilitaci. Ošetřovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat biologické, psychosociální a spirituální potřeby. Vede nemocné k sebepéči. Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetřovatelskou péči.

Cíle ošetřovatelství

Hlavním cílem ošetřovatelství je systematicky uspokojovat bio – psycho – sociální a spirituální potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání. Při dosahování těchto cílů ošetřovatelský personál úzce spolupracuje s nemocným, lékaři, dalšími zdravotnickými pracovníky a jinými odborníky.

Cílem ošetřovatelství je podporovat a upevňovat zdraví, podílet se na navrácení zdraví, zmírňovat utrpení nemocného člověka, zajistit klidné umírání a důstojnou smrt.

Charakteristické rysy ošetřovatelství

- Poskytování aktivní ošetřovatelské péče,
- poskytování individualizované péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu,
- poskytování ošetřovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem,
- holistický přístup k nemocnému,
- preventivní charakter péče,
- poskytování péče ošetřovatelským týmem složeným z různě kvalifikovaných pracovníků.

ÚKOLY

- 1) Nastudujte Registr zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.
- 2) Nastudujte Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (registrace).
- 3) Nastudujte Průkaz odbornosti.

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES A JEHO DOKUMENTACE

- Série plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, prostřednictvím kterých profesionálové v ošetřovatelství poskytují ošetřovatelskou péči.
- 5 fází ošetřovatelského procesu:
 - 1) Zhodnocení potřeb klienta, rodiny, komunity,
 - 2) Stanovení ošetřovatelských diagnóz,
 - 3) Plánování ošetřovatelské péče,
 - 4) Realizace ošetřovatelských intervencí,
 - 5) Zhodnocení efektivity ošetřovatelské péče.

ÚKOLY

- 1) Nastudujte systém skupinové péče a funkční systém a uveďte praktický příklad v ošetrovatelské praxi.
- 2) Nastudujte systém primárních sester a case management a uveďte praktický příklad v ošetrovatelské praxi.
- 3) Nastudujte vícestupňový způsob ošetrovatelské péče.

Management v ošetrovatelství

Ministerstvo zdravotnictví

- Řídí a kontroluje ošetrovatelství v ČR,
- vyjadřuje se k odborným, organizačním, ekonomickým a legislativním opatřením, která se týkají ošetrovatelství a práce ošetrovatelského personálu v oblasti zdravotní a sociální péče.
- zřizuje a stanovuje pracovní skupiny, komise (poradní orgány) při řešení problematiky oboru,
- členy pracovních skupin a komisí jsou zástupci ošetrovatelské praxe, profesních organizací a zástupci vzdělávacích institucí,
- v jednotlivých ústavních zařízeních je ošetrovatelská péče řízena náměstkyní/náměstkem pro ošetrovatelskou péči/hlavní sestrou.

Kvalita ošetrovatelské péče

- Určují ji ošetrovatelské standardy, včetně měřitelných kritérií,
- standard = dohodnutá profesní norma kvality v podobě právních předpisů (zákon, vyhláška), metodických opatření MZČR, vypracovány konkrétním zdravotnickým zařízením,
- standardy se týkají ošetrovatelského personálu (kvalifikace), realizace ošetrovatelského procesu a dokumentace, pracovních postupů, vybavení pracoviště včetně personálního složení,
- povinnost zdravotnického zařízení dodržovat standardy,
- povinnost vedoucích pracovníků hodnotit kvalitu ošetrovatelské péče (průběžně i zpětně).

Komunitní ošetřovatelství

- Péče o jednotlivce, rodinu či skupinu obyvatel probíhá zpravidla mimo ústavní zařízení,
- péče je zaměřena na prevenci, ochranu zdraví a výchovu ke zdraví, péči o nemocného včetně rehabilitace, edukace blízkých a rodiny,
- péče o nevléčitelně nemocné a chronicky nemocné, zdravotně postižené včetně domácí péče.

Výzkum v ošetrovatelství

- Součást výzkumu ve zdravotnictví,
- vytváří nové poznatky, zkvalitňuje ošetrovatelskou péči založenou na důkazech,
- probíhá ve zdravotnických a sociálních zařízeních, ve výzkumných ústavech a na vysokých školách,
- řídí se směrnicemi pro biomedicínský výzkum,
- vznikají ošetrovatelské klasifikace, navrhují a ověřují se modely ošetrovatelské péče,

- vytváří se vzdělávací programy na metodiku vědecko – výzkumné práce a edukační materiály,
- zaměření na pracovní postupy, kvalitu péče, zátěž personálu,...
- výzkum se financován především grantovými agenturami.
- možnost participace na mezinárodních výzkumných projektech,
- výsledky výzkumu publikovány v odborných periodikách a na odborných konferencích.

OTÁZKY

- 1) K čemu slouží koncepce českého ošetřovatelství?
- 2) Jaké jsou charakteristické rysy ošetřovatelství?
- 3) Co je to skupinový systém péče a jak probíhá?
- 4) Kolik fází má ošetřovatelský proces?
- 5) Vysvětlete pojem ošetřovatelský standard.
- 6) Charakterizujte komunitní ošetřovatelství.
- 7) Z čeho je nejčastěji financován výzkum v ošetřovatelství?

OŠETŘOVATELSKÁ TERMINOLOGIE, KLASIFIKAČNÍ SYSTÉMY V OŠETŘOVATELSTVÍ, OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA

PO SKONČENÍ VÝUKY BUDE student schopen:

- ORIENTOVAL SE V PROBLEMATICE OŠETŘOVATELSKÉ TERMINOLOGIE;
- VYMEZIT AKTUÁLNÍ KLASIFIKAČNÍ SYSTÉMY V OŠETŘOVATELSTVÍ;
- POPSAT DIAGNOSTICKÝ ALGORITMUS.

Ve zdravotnictví jsou standardizované terminologie užívány od roku 1850.

- Mezinárodní klasifikace nemocí - International Classification of Diseases (ICD), kterou využívá lékařská praxe,
- rozvoj ošetrovatelských terminologií je podstatně mladší,
- specializované skupiny, které vytvářely terminologie odděleně,
- v současnosti formulování shodných/rozdílných charakteristik existujících terminologií.
- Americká asociace sester - ANA (American Nurses Association) reagovala v roce 1989 na vývoj ošetrovatelských terminologií. Stanovila komisi zaměřenou na databáze s názvem Steering Comitee on Databases.
- Komise vytvořila kritéria pro uznávání ošetrovatelských terminologií,
- Terminologie uznané ANA jsou podrobeny přísnému procesu revize, tím je zabezpečována jejich kvalita.
- K terminologiím uznaným ANA patří —>

NANDA – International - North American Nursing diagnosis Association,
NOC - Nursing Outcomes Classification,
NIC - Nursing Interventions Classification,
klasifikace CCC - Clinical Care Classification,
ICNP - International Classification of Nursing Practice,
PNDS-Perioperative Nursing Data Set,
OMAHA systém pro komunitní péči.

ÚKOLY

- 1) Nastudujte vznik a záměr Aliance 3N (NANDA – I, NIC, NOC).
- 2) Nastudujte vývoj taxonomií NANDA diagnostiky.

Komponenty ošetřovatelské diagnózy

Název – ošetřovatelská diagnóza včetně číselného kódu

Definice – přesný popis problému, který pomáhá při diferenciální diagnostice

Určující znaky – měřitelné znaky/projevy

Související faktory – mají spojitost s ošetřovatelskou diagnózou

Rizikové faktory – rozličné faktory, které zvyšují náchylnost jedince, rodiny, komunity ke zdraví škodlivé události

Typy ošetrovateľských diagnóz

NANDA-I uvádza 5 typů ošetrovateľských diagnóz:

aktuální,

potenciální,

syndromová,

ošetrovateľská diagnóza na podporu zdraví,

wellness ošetrovateľská diagnóza.

Diagnostický algoritmus

- 1) Vyhledávání aktuálních diagnóz
 - Vyhledání UZ
 - Vyhledání SF
 - Ověření diagnózy

- 2) Vyhledávání potenciálních diagnóz
 - Vyhledání RF
 - Ověření diagnózy

- 3) Nalezení diagnóz k podpoře zdraví
 - Diagnózy, které vedou k edukační činnosti
 - Vyhledáme UZ, SF

OTÁZKY

- 1) Vyjmenujte komponenty ošetřovatelské diagnózy.
- 2) Co je to Aliance 3N?
- 3) Jaké jsou nejznámější klasifikační systémy v ošetřovatelství?
- 4) Popište diagnostický algoritmus.
- 5) Vyjmenujte typy ošetřovatelských diagnóz.

VYBRANÁ PROBLEMATIKA Z TRANSKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ

PO SKONČENÍ VÝUKY BUDE STUDENT SCHOPEN:

- ORIENTOVAL SE V PROBLEMATICE ETNOCENTRISMU;
- ORIENTOVAL SE V ODBORNÉ TERMINOLOGII TRANSKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ;
- VYMEZIT DŮSLEDKY ETNOCENTRISMU V OŠETŘOVATELSTVÍ;
- CHARAKTERIZOVAT FÁZE KULTURNÍHO ŠOKU;
- POSKYTNOUT KULTURNĚ SHODNOU PÉČI KLIENTŮM VYBRANÝCH ETNIK.

Etnocentrismus

Etnocentrismus se považuje za názor. Názor osob či osoby, který nese myšlenku, že vlastní kultura je nadřazená vůči jiným kulturám.

Přesvědčení osob může být vědomé i nevědomé. Pojem etnocentrismus zavedl do společných věd americký sociolog, antropolog a ekonom William Graham Sumner v roce 1906. Pojem popisuje jako postoj, který považuje za správnou normu pouze vlastní kulturu.

Etnocentrismus charakterizujeme jako předpojatost, která ovlivňuje náš pohled na cizí kultury. Cizí kultury posuzujeme na základě naší kultury. Pokud používáme tenhle systém kritérií vlastní kultury. Máme tzv. etnocentrický pohled na svět. Takle hodnocení cizích kultur jsou výrazně zkreslená, protože člověk s etnocentrickým pohledem na svět nedokáže ocenit kvality cizích kultur (Kutnohorská, 2013).

Etnocentrismus dělíme dle jejich sociální funkce na základní, umírněný a agresivní.

Základní etnocentrismus

Nejmírnější forma, která vznikla v důsledku socializace a enkulturace. Základní etnocentrismus působí hlavně na sebeuvědomění a solidaritnost vůči ostatním skupinám či kulturám.

Umírněný etnocentrismus

Druhé stádium etnocentrismu, nazýváme jako umírněný etnocentrismus. Umírněný etnocentrismus je podporou pro sociální integraci. Člověk staví vlastní názory a hodnoty na první místo. Považuje vlastní kulturu za lepší než ostatní kultury, ale i přes tenhle názor je tolerantní vůči ostatním kulturám.

Agresivní etnocentrismus

Charakterizujeme jako ideologickou vypjatost vůči ostatním skupinám, kulturám nebo národu. Popisuje se zde nesnášenlivost. Typickým projevem byl v minulosti projev nacionalismus. Dále můžeme uvést i náboženské fanatismy za projev agresivního etnocentrismu. Tahle forma etnocentrismu mnohdy může vyústit ve válečný konflikt.

Etnocentrismus a jeho důsledky v ošetřovatelství

Etnocentrismus a jeho důsledky můžeme pozorovat nejen v ošetřovatelství, ale i ve vědě, kde bychom etnocentrismus mohli považovat za nebezpečný. Mohl by stimulovat neobjektivní hodnotící přístupy.

Etnocentrismus považujeme za nebezpečný v ošetřovatelství, pokud nelékařský zdravotnický personál, který vykonává ošetřovatelskou péči, zastává neopodstatněné stereotypy v ošetřovatelské péči. Tenhle problém nastává, když ošetřující personál neusiluje o poznání a pochopení zvyků jiných kultur (Kutnohorská, 2013).

Kvalita ošetřovatelské péče je založena na uspokojování individuálních potřeb, proto musí nejen nelékařský zdravotnický personál, ale i lékaři přizpůsobit svou péči klientově kultuře (Kutnohorská, 2013).

Pojmy související s etnocentrismem

Kulturní šok

Tento pojem definuje psychický a sociální otřes způsobený nečekaným zjištěním skupiny lidí, kteří se setkali s neznámou kulturou. Trvání toho šoku je u každého jednice jiné, liší se podle toho, jak moc jsou kulturní rozdíly odlišené od jeho kultury (Kutnohorská, 2013).

Kultura

Toto slovo pochází z latinské terminologie a má původ ve slově cultura. Cultura znamenalo obdělávání země. Platón toto slovo přeložil jako „péče o duši“. A až od 16. století se používá pro označení zejména uměleckých činností. Váže se na určité jazykové prostředí např. česká kultura apod. (Kutnohorská, 2013).

Kultura je z velké části sdílena s lidmi, proto je označována jako kolektivní jev. Kultura je sdílena mezi lidmi, kteří žijí ve stejném nebo podobném prostředí, proto se kultura odvíjí od sociálního prostředí (Kutnohorská, 2013).

Kulturu můžeme definovat 2 způsoby, a to buď v širším nebo užším pojetí. Podle širšího pojetí zahrnuje kultura všechno, co vytváří lidská civilizace jako například materiální výsledky nebo duchovní výtvořky. Podle užšího pojetí je pojem kultura spíše definován jako projevy chování lidí (Kutnohorská, 2013).

ÚKOLY

- 1) Nastudujte fáze kulturního šoku
- 2) Nastudujte vrstvy kulturní cibule.

Etnikum

Tento pojem má kořeny v antické řečtině a měl význam „kmen, rasa, národ“. S tímto pojmem se často setkáváme v etnologické, kulturně antropologické a sociologické literatuře. Poznávání etnické příslušnosti nám pomůže lépe chápat specifické potřeby pacienta, které se také mohou lišit dle jeho etnické příslušnosti. Jiné potřeby bude mít přistěhovalec, utečenec, nebo potom přistěhovalec (Kutnohorská, 2013).

Etnické vědomí

Je to vědomí sounáležitosti s určitou etnickou skupinou, která má základy ve společně sdílených objektivních komponentech nebo rodovém původu. Je to souhrn názorů na původ, etnický prostor, historické osudy, postavení, úlohu a povahu vlastního etnika a na jeho místo mezi ostatními etniky. Někdy můžeme najít pojem etnické identity, definice tohoto pojmu je stejná jako etnické vědomí (Kutnohorská, 2013).

Etnická příslušnost

Je to jistá sounáležitost jedince s určitým etnickým společenstvím. Kdy je jeho základ v objektivních a subjektivních komponentech jeho etnicity. Objektivní komponenty etnicity jsou jazyk nebo teritorium apod. Za subjektivní komponenty etnicity považujeme postoje, zvyklosti nebo hodnotový systém. To, jak se etnická příslušnost projevuje u jedince záleží na tom, zda si jedinec uvědomuje svou etnickou příslušnost nebo ne (Kutnohorská, 2013).

Na projevování etnické příslušnosti má také velký vliv výchova v rodině, ve škole a v širší společnosti. Lidé se také mohou přizpůsobit jiné etnické příslušnosti, a to podle toho, jak migrují (Kutnohorská, 2013).

Etnická skupina

Tento pojem označuje menšinovou skupinu, která se může anebo je kulturně odlišná od většinové společnosti. Tato etnická skupina má specifické etnické rysy, mezi ně patří rasové, jazykové, náboženské, národnostní anebo také geografický původ předků. Často pojem etnická skupina zužujeme na náboženské, rasové, národnostní nebo také kulturní skupiny. Důležité jsou také sociokulturní znaky jako mravy, zvyky, sociální dědictví a vzájemné vztahy mezi biologicky-genetickými znaky a znaky sociokulturními. Ve společnosti jsou menšiny velmi důležité, je to důkaz toho, jak moc se dokáže společnost sama omezovat pravidly, která platí pro každého stejně (Kutnohorská, 2013).

Rituály

Rituály nebo také obřad, ceremonie nebo ceremoniál, pochází z latinského slova ritualis, to znamená obřadný. Rituály je způsob chování, které je založeno na osvědčených, tradičních, prověřených normách nebo pravidlech.

Rituály bývají například náboženské, individuální, organizační, firemní, společenské aj. (Kutnohorská, 2013).

Výživa a kultura

Nejen v ošetrovatelské péči je spojení dvou hlavních pilířů výživa a kultura velmi důležitá. Výživa je důležitá jak z dietetického hlediska, tak z hlediska kulturního. V ošetrovatelské péči je důležité propojení těchto bodů. Zde uplatňujeme komplexní a individualizovaný přístup. Musíme dbát důraz na určité rozdíly, které se mohou vyskytovat ve stravě, v přípravě stravy a ve zvyklostech stravování. Dalším důležitým bodem je konzumace během dne a dodržování pitného režimu (Kutnohorská, 2013).

Křesťanství

Křesťanství je abrahámovské monoteistické náboženství založené na životu Ježíše. Křesťanství není dána původem, vymezuje se tím, že přijme jisté učení, morálku a náboženské praxe (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Ošetrovatelské péče u pacienta vyznávající křesťanství

Osoby vyznávající křesťanství jsou ke zdraví velmi zodpovědní, kdy pro záchranu života a obnovení plného zdraví využívají všechny možné dostupné prostředky. V nemocničním prostředí je možné u nich zaznamenat několik modlitebních předmětů jako jsou například bible, růženec, modlitební knížka a další. Pokud osoba vyznávající křesťanství bude hospitalizována, měla by ji být umožněna mít klidné a tiché místo k modlení nebo k umožnění přítomnosti duchovního. V období umírání se provádí tzv. poslední pomazání, kdy je důležité jim zajistit kněze, kterého budou vyžadovat. Důležité je vědět informaci, že křesťané odmítají eutanazii, jelikož smrt je v rukou Boha, avšak kremaci akceptují (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, Tóthová a kol., 2012).

Výživa a rituály

Křesťané jsou ve stravování velice střídmí, jelikož jídlo je darem od Boha a nemělo by se zbytečně vyhazovat. V období půstu preferují konzumaci rostlinné stravy, nekonzumují maso, vejce, mléčné výrobky, ryby, olej a víno. Jedině těhotné ženy nemusí dodržovat tuhle stravu v období půstu (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, Tóthová a kol., 2012).

Islám

Osoby vyznávající náboženství Islám se nazývají muslimové. Je to monoteistické abrahámovské náboženství založené na uctívání Mohameda neboli politického vůdce 7. století (Kutnohorská, 2013).

Ošetrovatelské péče u pacienta vyznávající islám

Lidé vyznávající Islám jsou velmi důkladní v hygieně, je pro ně velmi důležitá tělesná čistota, dále čistota oblečení, odstraňování ochlupení nebo péče o zuby. V případě, že osoba Islámského vyznání bude hospitalizována je zvykem, že o pacienta bude především pečovat jeho rodina. Nemocný může mít u sebe náboženské předměty jako koberec na modlení a Korán. Na jeho koberec či jiné náboženské předměty je nevhodné sahat nebo je přesunovat. Pokud zrovna provádí modlitbu, personál by měl respektovat chvíli, kdy nebude pacienta vyrušovat. Pokud nemocný je na toaletě, nemusí personálu odpovídat, je dobré to respektovat. Muslimovi, který je upoutaný na lůžko, je nutné poskytnout nejprve možnost očisty před jídlem a také po jídle. Pokud je potřeba vyšetřit ženu, tak lékař mužského pohlaví musí nejprve požádat manžela o výjimku, a manžel musí být přítomen u daného vyšetření. Žena se totiž nesmí odhalovat před jinými cizími muži, proto se lékař musí dovolit manžela. Pokud pacientovi hrozí stav ohrožení na životě, je možné jim podat transfúzi nebo provést transplantaci, ovšem pouze v případě, že transplantát bude od živého dárce. Výkony, které by prodlužovali utrpení pacienta, nejsou dovoleny, stejně tak jako eutanazie nebo asistovaná sebevražda. Při umírání je standardní, že je rodina přítomná u lůžka. Při úmrtí je zakázána pitva nebo kremace (Kutnohorská, 2013).

Výživa a rituály

Korán zakazuje konzumaci vepřového masa a všech výrobků z něj. Nepodporují konzumaci alkoholu a ani pokrmy připravující se na alkoholu. Pokud budou jíst rybu, musí ji pozřít i se šupinami. V nemocnici by mělo být pochopeno, že rodina bude nosit pacientovi jejich vlastní stravu z domova. Pokud ovšem bude muset pacient mít speciální dietní režim, je nutné rodinu edukovat (Kutnohorská, 2013).

Buddhismus

Buddhismus udává lidskému bytí smysl i směr. Nevyznávají žádné bohy. Buddhismus vychází totiž z myšlenky, že vše v životě je utrpení a tohle učení přináší rady, jak tohle utrpení přežít a přejít tak do nirvány (Tóthová a kol., 2012).

Ošetrovatelské péče u pacienta vyznávající buddhismus

Buddhisté celkově vyhledávají zdravý životní styl, jelikož zdraví chápou jako možnost pomáhat druhým. Kladou velký důraz na dodržování intimity při hospitalizaci, avšak nepožadují, aby je ošetřoval zdravotnický personál stejného pohlaví. Je důležité vědět, že během svátků buddhisté odmítají léčebná vyšetření a mělo by se jim poskytnout dostatek prostoru k meditacím i mimo svátky. Nemoc chápou jako očistu těla i duše a nesmí se před ní utíkat, jelikož věří že se jinak nemoc vrátí zpět. V případě ohrožení na životě nebo závažného onemocnění je povolena transfúze. Transplantace je u nich také povolena, až na výjimku transplantace srdce, která je nepřípustná. Při ošetřování dětí tohoto náboženství, je nutné tolerovat, že očkování je podle nich velká zátěž pro organismus, tudíž nemusí být naočkované. Na očkování převáží spíše negativní názor v tomto náboženství. Buddhisté se také snaží vyhýbat se extrémům ve spojitosti s užíváním léků. Při procesu umírání je rodina přítomná u pacienta. Eutanazie se neschvaluje. Po smrti je důležité se těla několik hodin nedotýkat, aby se nenarušil proces oddělování těla od duše (Tóthová a kol., 2012).

Výživa a rituály

Stravu v nemocničním prostředí je vhodné nechat zajistit rodinu. Zdravé jídlo berou jako nástroj pro konání dobra. Pokud je období svátků, tak dodržují velice přísný půst. Buddhisté nejsou úplní vegetariáni, jelikož buddhismus nezakazuje konzumaci masa, ale konzumace masa jim není lhostejné. Proto je pro buddhisty mnohdy postoj k vegetariáství výsledkem osobního rozhodnutí. Pokud se buddhista rozhodne jíst maso, musí být starší 7 týdnů, jelikož pokud není starší 7 týdnů, je mysl zvířete stále spojená s tělem zvířete (Tóthová a kol., 2012).

Judaismus

Osoby vyznačující judaismus se nazývají židé. Je to monoteistické náboženství, uctívají jednoho boha. Tohle náboženství je kořenem dvou největších náboženství neboli křesťanství a islám (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, Tóthová a kol., 2012).

Ošetrovatelské péče u pacienta vyznávající judaismus

Židovská tradice ukládá židům v případě nemoci vyhledat kvalifikovanou lékařskou pomoc. Při setkání s židem v nemocničním prostředí není potřeba se obávat špatného chování, jelikož vycházejí vstříc zdravotnickému personálu. Je časté, že v nemocnici má pacient často návštěvy rodiny, protože v době nemoci a umírání by neměl být židovský pacient opuštěný. Židům nijak nevadí užívání léčiv, přijímat transfuze, nezbytná očkování. Neodmítají ani výkony jako jsou amputace, popř. odběr části orgánů. Pouze ortodoxní židé odmítají transplantát. V případě interrupce je tenhle výkon povolen pouze v případě, že je ohroženo zdraví matky. Při úmrtí pitvu přímo nezakazují, ale je omezena pouze na nezbytné úkony. Eutanazii nepodporují (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, Tóthová a kol., 2012).

Výživa a rituály

Židé považují stůl jako domácí oltář a místo každodenního setkání. Židovské stravování se řídí přísnými zásadami, tzv. kašrutem. Kašrut je soubor pravidel pro rituální způsobilost. Jednou z hlavních charakteristik kašrutu je zákaz mísení masitých a mléčných potravin. Vše mají rozděleno do několika talířů nebo misek, aby se právě jídlo nemísilo. Nepřípustná je u nich konzumace vepřového a koňského masa, také je zakázáno velbloudí maso, ryby bez šupin a ploutví, mušle, plazi. Tóra jim zakazuje konzumaci i krve a hmyzu, až na některé kobylky, které zakázané nejsou. Drůbeží maso není zakázáno (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, Tóthová a kol., 2012).

OTÁZKY

- 1) Definujte pojem etnikum.
- 2) Definujte pojem etnické vědomí.
- 3) Popište vrstvy kulturní cibule.
- 4) Specifikujte ošetrovatelskou péči o pacienta vyznávajícího islám.

EVIDENCE BASED PRACTICE V PROCESU KLINICKÉHO ROZHODOVÁNÍ SESTRY

PO SKONČENÍ VÝUKY BUDE STUDENT SCHOPEN:

- DEFINOVAT POJEM EVIDENCE BASED PRACTICE;
- POPSAT JEDNOTLIVÉ KROKY EVIDENCE BASED PRACTICE;
- FORMULOVAT KLINICKOU OTÁZKU V PICOT FORMÁTU;
- ORIENTOVAT SE VE VYHLEDÁVÁNÍ V DATABÁZÍCH;
- APLIKOVAT NALEZENÉ DŮKAZY DO PRAXE.

Definice Evidence Based Practice

- Evidence Based Practice je proces klinického rozhodování sester
- využití nejdostupnějších výsledků výzkumu, klinické zkušenosti a preferencí pacienta v kontextu dostupných prostředků. (DiCenso et al., 2005, s. 4)

- Evidence Based Practice (praxe založená na důkazech) je integrací nejvalidnějších výsledků publikovaných studií, klinické zkušenosti a potřeb pacienta. Potřeby pacienta se v tomto případě chápou jako očekávání, zájem, obavy a požadavky, které pacienti přinášejí do klinické praxe. (Malloch, Porter-O'Grady, 2006, s. 1)

- Když sestry implementují EBP v kontextu péče, je poskytována nejvyšší kvalita péče a jsou dosaženy nejlepší výsledky pro pacienta, poskytovatele i systém (Melnik et al., 2009, s. 51).

Proces implementace EBP podporuje celá řada **faktorů**:

- EBP vědomosti a zručnosti,
- víra v důležitost a význam EBP a schopnost implementovat je,
- kultura podporující EBP a poskytující nevyhnutné nástroje na podporu EBP,
- mentoři EBP.... (Melnik et al., 2009, s. 51).

Bariéry EBP

Cherry, Jacob (2005, s. 503) uvádí bariéry využití výzkumu v praxi:

- **bariéry vztahující se k výsledkům výzkumu,**
- **bariéry na straně sester,**
- **bariéry týkající se charakteristiky organizace.**

Podobně vidí bariéry Burns a Grove (2005, s. 641):

- **charakteristiky sester,**
- **podpora zdravotnické organizace,**
- **kvalita výsledků výzkumu.**

Identifikace bariér EBP může podpořit komunikaci mezi výzkumníky, sestrami a zástupci organizací a může ulehčit implementaci EBP ve zdravotnických zařízeních.

Kroky EBP

Proces EBP byl běžně popisován jako 5fázový.

- **1. formulace problému** - klinické otázky
- **2. vyhledávání v literatuře a sběr důkazů**
- **3. výběr klíčových prací a hodnocení nalezených odpovědí - důkazů**
- **4. aplikace závěrů do praxe** – integrace důkazů s klinickou zkušeností, hodnotami pacienta = rozhodnutí nebo změna
- **5. hodnocení klinického rozhodnutí nebo změny**

Nejnovější publikace (Melnik et al., 2010) poukazují na rozšíření fází EBP a uvádějí 7 kroků.

Krok 1 Formulace klinické otázky v PICOT formátu

- PICOT otázka je systematický způsob identifikace součástí klinického problému (Stillwell et al., 2010a, s. 59). PICOT formát poskytuje účinný rámec pro vyhledávání v elektronických databázích, určených pro získání článků relevantních ke klinické otázce (Melnik et al., 2010, s. 52). PICOT je zkratka jednotlivých složek klinické otázky. Dobře stanovená klinická otázka zvyšuje pravděpodobnost, že bude nalezen nejlepší důkaz (Stillwell et al., 2010a, s. 60).

PICOT model pro klinické otázky

Zkratka	Anglický název	Český překlad	Popis
P	Patient, Population, Problem	pacient, populace, problém	Jaká je skupina pacientů?
I	Intervention/Issue of Interest	intervence, předmět zájmu	Co je hlavní intervencí?
C	Comparison Intervention or Comparison Group	srovnání intervencí nebo skupin	Jaká je jiná alternativa hlavní intervence?
O	Outcome	výsledek	Co chci měřit, zlepšit, dosáhnout?
T*	Time	čas	Za jaký čas?

* T (čas) se nevyžaduje u každé klinické otázky

Pro názornost příklad, který je zaměřen na zjištění, jestli preventivní strategie snižují u seniorů v institucích riziko pádu.

Klinická otázka

Snižují preventivní strategie (I) u seniorů v institucích (P) riziko pádů (O)?

P – senior v instituci

I – preventivní strategie

C – nic (bez preventivní strategie)

O – snížení rizika pádů

PICO(T)

Prvek	Otázka	Příklad
Pacient nebo problém	Jak popsat skupinu pacientů podobných mému?	senior v instituci (P)
Intervence	Jakou hlavní intervenci zvažovat?	preventivní strategie (I)
Srovnatelná intervence	Jaká je hlavní alternativa ke zvolené intervenci?	nic (C) bez preventivní strategie
Výsledek	Co doufám, že dosáhnu?	snížení rizika pádu (O)

Krok 2 Hledání nejlepšího důkazu

1. identifikovat typ PICOT klinické otázky
2. určit úroveň důkazu, která nejlépe zodpoví klinickou otázku
3. vybrat relevantní databáze k vyhledávání
4. pro vyhledávání v databázích využít klíčová slova z PICOT otázky
5. Racionalizovat vyhledávání pomocí následujících strategií:
 - kombinovat vyhledávání použitím Booleanovských operátorů (OR, AND, NOT)
 - omezit konečné vyhledávání výběrem definovaných dat (např. metaanalýzy apod.)

- Převedení klinické otázky do *vyhledávací strategie je významnou součástí druhého kroku* – hledání nejlepšího důkazu.
- PICOT formát pomáhá identifikovat klíčová slova. Jejich zadání a kombinace urychlí vyhledání relevantních článků v databázích jako PubMed, CINAHL apod. (Melnik et al., 2010, s. 52)

- Na základě klinické otázky ve formátu PICOT se provede výběr klíčových slov, která je možné pro zdůraznění podtrhnout a očíslovat podle pořadí důležitosti od 1 do 3, příp. 4

Příklad výběru, podtržení a očíslování klíčových slov podle pořadí důležitosti

PICO	Výběr klíčových slov
P	<u>senior</u> (3) v instituci
I	<u>preventivní</u> (2) strategie
C	nic (bez preventivní strategie)
O	snížení rizika <u>pádů</u> (1)

Vzhledem k tomu, že významné databáze pro vyhledávání relevantních zdrojů jsou převážně v anglickém jazyce, klíčová slova se přeloží do angličtiny. Dále se najdou jiné alternativy klíčových slov, synonyma, základy klíčových slov, která budou sloužit k různým kombinacím ve vyhledávání.

Pořadí	Alternativy klíčových slov - česky	Alternativy klíčových slov – anglicky
1.	Pád; pády; riziko pádu	Fall; falls; falling; fall*; risk of fall
2.	Prevence; preventivní strategie; preven*	Prevent; prevention; preventive; preven*
3.	Senior; senioři; starší pacienti; geriatričtí pacienti; geriatr*; senior*	old; older; elder; elderly; geriatric; geriatr*

- Při vyhledávání důkazů z relevantních zdrojů se doporučuje využít **multizdrojový přístup**.
- Vyhledávání v několika databázích výrazně redukuje možnost přehlédnutí relevantní literatury (Stillwell et al., 2010b, s. 42).

Pro vyhledávání **českých zdrojů** je možné využít následující vyhledávače:

- **Google Scholar (<http://scholar.google.cz/>)**
- **Bibliographica Medica Čechoslovaca (www.medvik.cz)**

České databáze

Při vyhledávání v českých databázích je možné využít jeden, dva nebo všechny vybrané termíny (klíčová slova).

- Vyhledávání pak může vypadat následovně (**možnosti při vyhledávání – česky**):
- Vyhledávání 1: pád* OR riziko pádu
- Vyhledávání 2: preven* OR prevence
- Vyhledávání 3: senior OR geriatr*
- Vyhledávání 4: 1 AND 2 AND 3

Anglické zdroje

- **PubMed** (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)
- **CINAHL** (www.ebscohost.com/cinahl)
- **Cochrane Library** (www.cochrane.org)
- **Science Direct** (<http://www.sciencedirect.com/>)
- **ProQuest** (<http://search.proquest.com/>)
- **Nursing+ Best Evidence for Nursing Care**
(<http://plus.mcmaster.ca/np/Default.aspx>)
a další.

Databáze jsou živé, stále se tvoří, nové články se pravidelně doplňují.

Podobně při vyhledávání v anglických databázích je možné využít jeden, dva nebo všechny vybrané termíny (klíčová slova)

Možnosti vyhledávání – anglicky:

- Vyhledávání 1: fall* OR risk of fall
- Vyhledávání 2: preven* OR prevention
- Vyhledávání 3: elder* OR geriatr*
- Vyhledávání 4: 1 AND 2 AND 3

Krok 3 výběr klíčových prací a hodnocení nalezených odpovědí - důkazů

- Když jsou studie z databází vybrány na kritické zhodnocení, následně se určí, které z nich jsou nejvíce relevantní, validní, reliabilní a použitelné pro zodpovězení klinické otázky.

Účelem rychlého zhodnocení studií je zjistit
(Fineout-Overholt, 2010a, s. 47):

- úroveň důkazu
- kvalitu provedení studie
- přínos pro praxi.

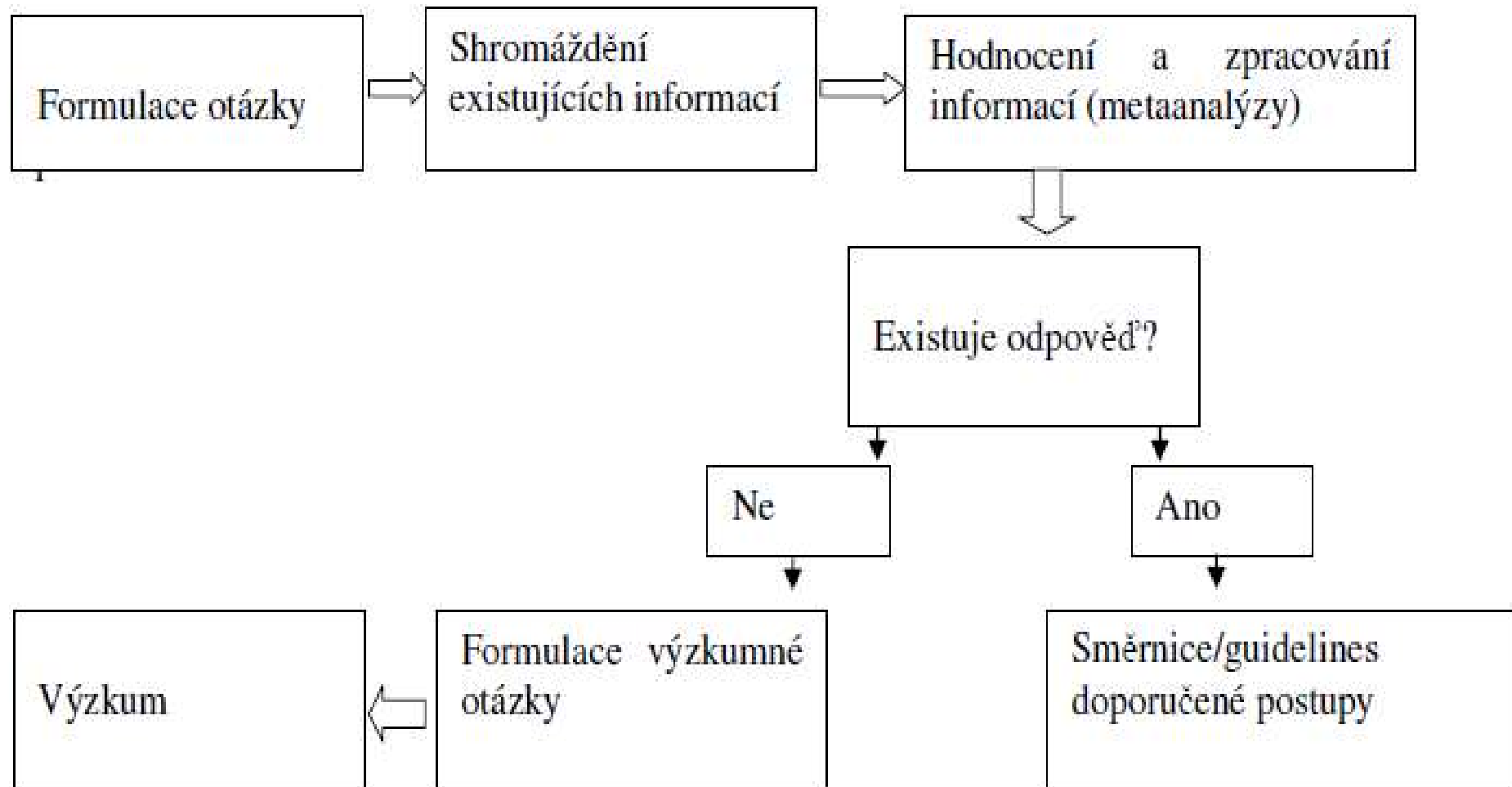
Hierarchie úrovně důkazů

Úroveň důkazu	Typ důkazu
I	Systematický přehled a metaanalýza
II	Randomizovaná kontrolovaná studie
III	Kontrolovaná studie bez randomizace
IV	Studie případů a kontrol a kohortové studie
V	Systematický přehled kvalitativních nebo deskriptivních studií
VI	Kvalitativní nebo deskriptivní studie
VII	Názor odborníka a zpráva expertní komise

Pro lepší přehlednost nalezených publikací se vytvoří tabulka na zhodnocení studií. Zhodnocení každé studie může trvat 10 – 15 minut, přičemž se do tabulky zaznamenají nejdůležitější informace o studii (záměr studie, velikost souboru, hlavní charakteristiky apod.).

Úroveň důkazu	Typ studie	Cíl, záměr	Popis souboru	Sběr dat	Analýza dat	Výsledky	Přínos pro praxi

Krok 4 aplikace závěrů do praxe



Krok 5 hodnocení klinického rozhodnutí nebo změny

- Po implementaci EBP je důležité monitorovat a hodnotit každou změnu výsledků a každou pozitivní změnu podpořit a negativní napravit. I když nějaká intervence byla efektivní v kontrolované studii, neznamena to, že bude stejně účinná v našem klinickém prostředí.

- Monitorování efektu změn EBP na kvalitu zdravotní péče může pomoci sestřám v klinické praxi (i ostatním klinickým pracovníkům) postřehnout nedostatky v realizaci a přesně identifikovat, kteří pacienti mají s největší pravděpodobností nejvíce prospěchu. Když se výsledky liší od výsledků zaznamenaných v literatuře, monitorování napomáhá určit příčiny zjištěných rozdílů (Melnik et al., 2010, s. 53).

- Sestry (a ostatní kliničtí pracovníci) mohou dosáhnout vynikajících výsledků u svých pacientů díky EBP, ale často nedostatečně sdílejí své zkušenosti se svými kolegy nebo jinými zdravotnickými zařízeními, příp. organizacemi. Tato skutečnost vede ke zbytečnému opakovanému úsilí a udržování klinického přístupu, který není „evidence based“ (Melnik et al., 2010, s. 53).

- Mezi způsoby diseminace (rozšíření) poznatků mohou patřit EBP setkání v instituci, prezentace na konferencích, sdílení v recenzovaných a odborných časopisech, publikace. (Melnik et al., 2010, s. 53)

Základní pojmy

- **Booleanovské operátory (*Boolean operators*)**
– používají se na vyhledávání v elektronických databázích ke kombinaci zadávaných klíčových slov. Zahrnují AND, OR a NOT.
- **Klinické doporučené postupy (*clinical guidelines*)** - zpracovaná doporučení pro klinickou praxi aplikovatelná v zemích, pro které byla týmem expertů vytvořena

- **Kohortova studie (*cohort study*)** – observační studie, u které pacienti jsou pacienti vystaveni účinku léku nebo jiného činitele a následně jsou sledováni za účelem zjištění, jestli se u nich dostaví/rozvinou konkrétní výsledky. Do studie mohou být zahrnuti i pacienti, kteří nejsou vystaveni účinku nějakého činitele (kontrolní skupina).

- **Přehledové články (*review*)** - shrnují a interpretují zpracované výsledky původních publikací
- **Případová studie, kazuistika (*case study*)** – podrobné a intenzivní zkoumání jednoho nebo několika málo případů (pro komparativní účely)
- **Původní práce (*original papers*)** - popisují výsledky klinického výzkumu nebo pozorování
- **Randomizovaná kontrolovaná studie - RCT (*randomized controlled trial*)** – studie, ve které jsou jedinci přiřazeni k experimentální intervenční skupině nebo srovnávací skupině náhodným rozdělením

- **Studie případů a kontrol (*case-control study*)**
 - observační studie, kde se určí skupina jedinců se sledovanou nemocí (případy) a skupina jedinců bez sledované nemoci (kontroly). Zpětně se zkoumá a identifikuje, jestli vystavení určitému jevu (předmětu zkoumání) převládalo více v některé skupině.

- **Systematický přehled (*systematic review*)** – souhrn výzkumných důkazů týkajících se specifické otázky, u kterých se používají systematické metody na identifikaci, selekci, kritické hodnocení a syntézu dostupných výzkumných důkazů. Systematické přehledy mají vlastní pravidla a nazývají se „sekundární výzkum“.
- **Metaanalýza (*metaanalysis*)** – statistická analýza kvantitativních výsledků většího počtu srovnatelných studií za účelem jejich integrace.

ÚKOLY

- 1) Sestavte klinickou otázku v PICOT formátu na libovolné téma.
- 2) Vyhledejte v databázi Scopus 5 výzkumů na vámi zvolené téma.
- 3) Přeložte abstrakt u těchto pěti výzkumů.

OTÁZKY

- 1) Proč sestry v praxi nepoužívají EBP?
- 2) Kolik fází má proces EBP a které to jsou?
- 3) Co je to PICOT model? Co znamenají jednotlivé komponenty?
- 4) Co je to kohortova studie?

KLINICKÉ DOPORUČENÉ POSTUPY V OŠETŘOVATELSTVÍ

PO SKONČENÍ VÝUKY BUDE STUDENT SCHOPEN:

- DEFINOVAT POJEM KLINICKÝ DOPORUČENÝ POSTUP (DÁLE JEN KDP);
- POPSAT JEDNOTLIVÉ FAKTORY, KTERÉ PODNÍTILY VÝVOJ KDP;
- VYJMENOVAT TYPY KDP;
- CHARAKTERIZOVAT CÍLE KDP;
- VYSVĚTLIT, CO JE CÍLEM AGREE.

Zdravotní péče by měla být založena na posledních poznatcích lékařské vědy, měla by to být medicína založená na důkazech, je potřeba mít nástroj, který by překlenul mezeru mezi vědeckým výzkumem a každodenní klinickou praxí.

- Vývoj KDP podnítily 4 faktory:
 - **Růst konzumerismu:** Doba, kdy pacient v úctě a bez řečí poslechl rady svého lékaře je pryč. Dnešní sdělovací prostředky v široké míře informují o úspěších i nezdarech ve zdravotnictví. Tato osvěta a vzdělávání zvyšuje povědomí veřejnosti o současné medicíně. Díky tomu narůstá i očekávání společnosti do nebývalých rozměrů. Rozmáhající se konzumerismus nás vede k tomu, že se na zdravotní péči můžeme dívat jako na „zboží“ a na pacienta jako na „spotřebitele“ či „zákazníka“, který má právo vědět co kupuje a být odškodněn, pokud „produkt“ nesplní jeho očekávání.

- **Otázka přiměřenosti zdravotní péče:** Přiměřená péče je taková, kdy „předpokládané přínosy významně převýší její očekávané negativní následky.“ Míra poskytování nepřiměřené péče se v současnosti v různých zdravotních systémech pohybuje od 10 po více než 30 %.

- **Rozdíly v poskytování zdravotní péče:** mohou být žádoucí i nežádoucí a je nutno je posuzovat z pohledu přiměřenosti péče. Jedním z cílů KDP je snižovat rozdíly neopodstatněné. Ty mohou vznikat buď v důsledku nedostatečné, nebo naopak nadměrné péče.

- **Potřeba stanovit náklady zdravotní péče:** S rostoucími možnostmi účinné léčby nemocí a s rozvojem technologií rostou i náklady na zdravotní péči. Proto se v mnoha rozvinutých zemích jednou z priorit zdravotní politiky stala kontrola nákladů. Důsledkem širokého zájmu o zdravotnictví jsou snahy zmenšit rozdíly mezi jednotlivými poskytovateli, zpomalit neustálé zvyšování nákladů a omezovat nevhodnou péči.

- Klinické doporučené postupy (KDP) jsou systematicky vytvářena stanoviska, pomáhající lékařům a pacientům ve specifických klinických případech rozhodovat o přiměřené zdravotní péči.
- KDP mohou navíc hrát významnou roli při tvorbě zdravotní politiky a byly vyvinuty s cílem pokrýt celé spektrum zdravotní péče (např. podporu zdraví, screening, diagnostiku).

- Potenciální přínos KDP je založen na jejich kvalitě. Pro úspěšnou implementaci výsledných doporučení je důležitá vhodná metodologie a důsledná přísná strategie procesu tvorby KDP (Kvalita KDP může být velmi různorodá. Často se stává, že některé KDP nesplňují ani její základní kritéria)

- S rostoucím vlivem EBM v 90. letech 20. století došlo obecně k posunu od odborného konsensu k vědecké přísnosti, využívající při tvorbě KDP vědeckých důkazů, systematických přehledů a meta-analýz. Zásadními se staly přesné metodologické principy s explicitně vyjádřeným procesem tvorby, logická struktura i systematicčnost vývoje KDP. Jsou v nich obsaženy kromě klinických a jiných dat také informace o metodice. Jednotlivá stanoviska jsou spojena s výsledky klinického výzkumu (tj. s důkazy) a ohodnocena podle kvality důkazu.

- Součástí KDP by měly být i mechanismy tvorby konceptu a způsobu definování přiměřenosti zdravotní péče pro konkrétní případy. Neméně důležitá je podpora zavádění, vhodného používání a soustavného hodnocení. Sebelepší KDP, který není šířen a zaváděn do klinické praxe zůstává pouze hromádkou konstatování založeného na důkazech (evidence-based mush, EBm). Proto je optimální zahrnout již do samotného KDP i strategii jeho zavádění. Současný uživatel očekává dobře formálně zpracovaný dokument s validními doporučeními.

- Mnoho autorů se obává, že KDP budou ponoukat k pohodlnosti, postupně ničit klinický úsudek a nakonec se stanou jakousi „kuchařkou medicíny.“
- V českých zdrojích nacházíme pojmenování: guidelines, doporučený postup, doporučení, standardy, léčebné standardy, zásady péče. Všechny tyto termíny odpovídají obsahem KDP a vyhovují jeho definici.

- Každý KDP by měl definovat klinická kritéria, indikátory zdravotní péče a standardy. To umožní těm, kdo budou KDP aplikovat, hodnotit a srovnávat praktické provedení s danými stanovisky.

Na začátku celého procesu KDP stojí rozhodnutí, jestli bude vytvořen zcela nový KDP nebo po adaptaci na místní podmínky použijeme některý již existující. Z tohoto pohledu máme dvě možnosti:

- Původní (angl. full-process guideline) - Systematický vývoj zcela nového KDP. Široká skupina odborníků jej de novo vytváří od hledání rámce a klinických otázek. Je založen na úplném systematickém přehledu, využívajícím primární zdroje.

- Adaptovaný, synonymum odvozený (angl. adapted guideline, derived guideline) Vytváření tohoto KDP je založeno na již existujícím, nejčastěji původním. Adaptace KDP je podle pracovní skupiny ADAPTE Collaboration „systematická metoda rozhodování o použití a/nebo přizpůsobení KDP, který byl vytvořen v určitém kulturním a organizačním prostředí, pro uplatnění v prostředí odlišném.“ CMA výslovně doporučuje metodu adaptace u všech doporučených postupů, u kterých to je možné.

- Klinické doporučené postupy v České republice, a to pouze ty, které splňují jistá kvalitativní kritéria, jsou odvozené. Je-li vzor vytvořený před delší dobou, je nutno aktualizovat přehled důkazů a vytvořit jednotlivá doporučení. Tvorba tohoto typu je mnohem méně časově i finančně náročná a není pro ní potřeba tak velké spektrum odborníků. U tohoto typu dokumentu ovšem mohou číhat skrytá nebezpečí v podobě zkreslení. Na první pohled se může zdát, že převzetím kvalitního KDP vznikne jeho validní místní forma. Bez použití systematického nástroje by ale autoři mohli vybrat jen některá doporučení a jiná opomenout. Proto byl vyvinut ADAPTE, obecně použitelný a validní nástroj pro tvorbu kvalitních adaptovaných KDP.

- Doporučené postupy vycházejí z principů veřejného zdravotnictví založeného na důkazech (evidence-based public health, EBPH). Využití principů EBPH je poměrně nové, první publikace pocházejí z přelomu 20. století. Výstupem je přehled současných znalostí o účinnosti a efektivitě populačních intervencí. Ty jsou zaměřeny na podporu zdraví, prevenci chorob, zranění, invalidity, předčasných úmrtí a působení environmentálních rizik.
- KDP jsou vytvářeny různými institucemi od mezinárodních, přes národní, až po regionální a místní úroveň. Jsou vytvářeny vládními i nevládními organizacemi.

- Podle účelu může být vytvořený KDP prezentován v různých podobách. Nejstručnější verze obsahuje pouze klinickou otázku a doporučení, či jen klíčová doporučení. Jednoduchou a jasnou formou jsou algoritmy a základní klinické postupy (clinical pathway). Pokud ke KDP připojíme i indikátory kvality a efektivity, vytvoříme standard. Protokol vznikne přizpůsobením KDP místním nebo jiným specifickým podmínkám.

- Forma KDP musí být přizpůsobená uživateli. V „plné verzi“ (full guideline) podrobně popisuje metodiku tvorby, návod k jeho použití, klinická kritéria pro klinický audit, vlastní klinická doporučení pro diagnostiku a terapii, úplný seznam literatury a ekonomické modely (kolem 170stran). „Zkrácená verze“ (NICE guideline) obsahuje minimum metodologických informací a obsahuje všechna doporučení pro diagnostiku a terapii jako plná verze. Ještě o něco stručnější jsou „základní informace – diagnostika a léčba“ (kolem 50stran). Ve „stručných doporučeních“ (quick reference guide) jsou především algoritmy a základní klinický postup (kolem 20stran).

- Verze pro pacienty je velmi stručná a jasná. Předává příjemnou a jednoduchou formou klíčové údaje. Tato „patientská verze“ je užitečná i pro lékaře, který sděluje informace svým pacientům a měl by užívat obecného a srozumitelného jazyka.

- Pro tvorbu KDP se používají 2 typy důkazů:
 - 1. Klinické důkazy (angl. clinical evidence) popisují vztah mezi pacientem a intervencí.
 - 2. Ekonomické důkazy (angl. economic evidence) popisují vztah mezi pacientem, intervencí a ekonomickými ukazateli.

- 8 žádoucích vlastností (attributes) KDP:
 - Vlastnosti vztahující se k obsahu:
 - validita
 - reliabilita a opakovatelnost
 - použitelnost
 - přizpůsobivost
 - Vlastnosti vztahující se k procesu tvorby:
 - srozumitelnost
 - multidisciplinární přístup
 - plánování revize
 - dokumentace.

Abychom zjistili, zda má KDP všechny vlastnosti, které mít má, musíme si položit a zodpovědět několik otázek.

- Dosáhneme dodržení KDP v praxi předpokládaných výsledků? Je-li odpověď kladná, pak je validní.
- Mohou si různí uživatelé vyložit a použít KDP stejným způsobem? Vytvoří jiná skupina odborníků stejný či podobný KDP, pokud použije stejné důkazy a stejnou metodiku? Jsou-li odpovědi kladné, pak má reliabilitu a je opakovatelný.
- Obsahuje KDP údaje o konkrétní situaci, populaci a prostředí, pro které je určen? Je-li odpověď kladná, pak je použitelný.

- Je možno KDP použít v závislosti na specifické situaci? Uvádí také alternativní doporučení? Jsou-li odpovědi kladné, pak je přizpůsobivý, flexibilní.
- Používá KDP jednoznačné termíny a přesné formulace uspořádané v logickou strukturu? Je-li odpověď kladná, pak je srozumitelný.
- Podíleli se v různých fázích na tvorbě KDP i jiní zainteresovaní lidé než lékaři? Je-li odpověď kladná, pak je přístup multiinterdisciplinární.
- Obsahuje KDP explicitní informace o plánované revizi? Je-li odpověď kladná, pak je to správně.
- Jsou metody použité při vývoji přesně v KDP popsány? Je-li odpověď kladná, pak je dokumentace správná.

- Na úplnost literárního systematického přehledu (angl. systematic review) je nutné se zaměřit proto, aby byla omezena publikační zkreslení (angl. publication bias). Tento typ zkreslení zásadně ovlivňuje kvalitu přehledu. Měla by být přísně dodržena metodika tvorby systematického přehledu, který by neměl být omezen pouze na jeden typ klinických studií (např. jen randomizované).

- Zahrnuty by měly být publikované a nepublikované studie ve všech relevantních jazycích.
- V rámci evaluace KDP je nezbytné provádět jeho aktualizaci.
- KDP by měl obsahovat jasné údaje o konkrétní situaci, populaci a prostředí, pro které je určen.

Na to, že není něco v pořádku a KDP není použitelný vůbec, či jen omezeně, nás upozorňují čtyři Sacketovy varovné signály:

- Výskyt nemoci v dané populaci je příliš nízký.
- Nízká důvěra jednotlivců nebo společnosti v doporučené postupy, hodnotu či ve vlastní užitečnost doporučovaných výkonů.
- Zavedení KDP není pro společnost výhodné, protože skryté náklady by byly příliš vysoké.
- Překážky implementace jsou příliš výrazné a nejsou překonatelné.

Cíle klinických doporučených postupů

- Pomoc lékařům a pacientům v rozhodování.
- Šíření nejlepší klinické praxe založené na systematicky hodnocených důkazech.
- Měření a zajišťování kvality zdravotní péče. Snížení míry nepřiměřené a zbytečné péče.
- Snížení neospravedlnitelných rozdílů mezi poskytovateli zdravotní péče.

- Zlepšení úroveň komunikace.
- Podpora etické praxe.
- Vzdělávání jednotlivců a skupin.
- Informační zdroj pro politiky, plátce a řídicí pracovníky.
- Řízení alokace zdrojů ve zdravotní péči.
- Snižování rizika vzniku právní odpovědnosti v důsledku postupu non lege artis.

- Organizaci tvorby KDP zajišťují různé vládní instituce, nevládní regionální, národní i mezinárodní odborné i neodborné společnosti.
- Primárně jsou KDP určeny lékařům, pacientům, jejich rodinám a zdravotnickým institucím. Ostatní uživatelé jsou zdravotní pojišťovny, veřejní činitelé a státní instituce.

- KDP může být užitečný a může hrát důležitou roli v systému poskytování zdravotní péče, pokud:
 - panuje nejistota nebo jsou rozdílné názory na typ zdravotní péče, o čemž svědčí velké rozdíly v jejím poskytování nebo ve výstupech,
 - máme ověřený způsob léčby, díky níž může být snížena mortalita nebo morbidita,
 - je potřeba sjednotit výsledky vědeckého výzkumu a odborná stanoviska na určitý problém,
 - jsou prokázána iatrogenní onemocnění nebo signifikantně vysoká rizika či náklady intervencí.

KDP je možné rozdělit podle použitých metod tvorby

- **Expertní doporučený postup** (angl. opinion-based guideline) – Medicína založená na věhlasu (eminence-based medicine, ebm) - Je jednou z nejstarších metod tvorby doporučení, kdy jeden či více odborníků v příslušném oboru vydává svá doporučení, zatímco jiní mohou mít opačný názor. Tento proces není založen na důkazech, ale spíše na věhlasu.

- **Konsensuální doporučený postup** (angl. consensus-based guideline). Jeho výrazným kladem je, že je uživateli široce přijímán. Výhodou je i relativní časová nenáročnost a nízké náklady. Omezením je nesystematický výběr literárních zdrojů, což může vést k předpojatým závěrům a dokonce i vzájemně si odporujícím doporučením. Špatný konsensuální doporučený postup může způsobit jeho odmítnutí odbornou veřejností a snížení důvěry v ostatní doporučené postupy, např. Delfská metoda

- **Doporučený postup založený na důkazech** (angl. evidence-based guideline). Jeho tvorba vychází z principů EBM. Je založena na systematickém vyhledávání, kritickém hodnocení a syntéze vědeckých důkazů.

- Medicína založená na důkazech je svědomité, jednoznačné a kritické využívání nejlepších současných důkazů pro rozhodování o péči poskytované jednotlivým pacientům. Podmínkou pro využití principů EBM v klinické praxi je „integrace nejlepších vědeckých důkazů, našich klinických zkušeností se specifickými okolnostmi a hodnotami našeho pacienta.

- Důležité je také kladení otázek a EBM je právě „postup, kdy problémy převádíme na otázky a následně systematicky vyhledáváme výsledky výzkumu jako základ pro klinické rozhodování.
- Medicína založená na důkazech spojuje:
 - nejlepší vědecké důkazy
 - klinickou zkušenost
 - pacientovy hodnoty
 - specifické okolnosti

- Vždy je nutné si nejdříve položit vhodné otázky, najít nejlepší dostupné vědecké důkazy, kriticky je zhodnotit a použít v denní klinické praxi + evaluace aplikované intervence v klinické praxi.
- Podle typu klinické otázky budeme hledat i příslušné důkazy, které budou mít určitou úroveň kvality. Na nejlepších důkazech pak založíme naše doporučení, která budou mít určitou sílu:

- 1) **Studie** – původní články publikované v odborném tisku;
- 2) **Syntézy** – systematické přehledy všech studií publikovaných k danému tématu;
- 3) **Synopse** – souhrn studií a systematických přehledů, publikovaných např. v EBM časopisech;
- 4) **Systemy** – KDP, základní klinické postupy nebo přehledy v EBM učebnicích.

- Nástroj pro hodnocení doporučených postupů pro výzkum a evaluaci (AGREE Instrument) se zabývá variabilitou kvality KDP.
- Za tím účelem byl AGREE vyvinut jako nástroj, který slouží k hodnocení metodologické přísnosti a transparentnosti procesu tvorby KDP.
- Původní nástroj AGREE byl vylepšen a vznikl nový AGREE II, který nově obsahuje i uživatelskou příručku

- Cílem AGREE II je vytvořit rámec pro:
 - hodnocení kvality KDP;
 - poskytnutí metodologické strategie tvorby KDP;
 - doporučení, které informace a jakým způsobem by měly být v KDP obsaženy.

- AGREE II nahrazuje původní verzi coby doporučený nástroj a může být používán jako součást měřítka celkové kvality s cílem zlepšit zdravotní péči.
- Původní AGREE nástroj byl publikován v roce 2003 mezinárodním týmem vědců a tvůrců KDP AGREE Collaboration. Jejich cílem bylo vytvořit nástroj pro hodnocení kvality KDP. Hodnoceny jsou metody použité k tvorbě KDP, součásti vytvořených doporučení a faktory spojené s jejich přijetím uživateli.

- Výsledkem práce AGREE Collaboration byl původní nástroj AGREE, složený z 23 položek, uspořádaných do 6 domén.
- Nástroj AGREE byl přeložen do mnoha jazyků, citován ve více než 100 publikacích a je používán několika zdravotnickými institucemi.

ÚKOLY

- 1) Podrobněji nastudujte nástroj AGREE a AGREE II.
- 2) V databázích vyhledejte KDP na vámi zvolené téma/problematicku.
- 3) Vytvořte krátkou prezentaci na zvolený KDP.

OTÁZKY

- 1) Co jsou to synopse?
- 2) Co znamená adaptovaný KDP?
- 3) Co je to full guideline?

HODNOCENÍ KVALITY V OŠETŘOVATELSTVÍ

PO SKONČENÍ VÝUKY BUDE STUDENT SCHOPEN:

- CHARAKTERIZOVAT KVALITU OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE;
- POPSAT JEDNOTLIVÉ DRUHY STANDARDŮ;
- VYJMENOVAT TYPY OŠETŘOVATELSKÉHO AUDITU;
- CHARAKTERIZOVAT METODY OŠETŘOVATELSKÉHO AUDITU.

Znaky kvality:

- dostupnost;
- vhodnost;
- přijatelnost;
- efektivita;
- účinnost;
- rovnocennost.

Charakteristické znaky kvalitní ošetrovatelské péče

- jasná koncepce ošetrovatelství v daném zdravotnickém zařízení,
- ošetrovatelská péče poskytovaná metodou ošetrovatelského procesu a odvozená od deficitních potřeb klienta,
- respektování práv nemocného,
- týmová práce personálu,

- odborně připravený a dobře motivovaný ošetrovatelský personál,
- tým si stanovuje reálné cíle,
- tým dodržuje profesionální etický kodex,
- ošetrovatelská péče poskytována na základě nejnovějších vědeckých poznatků,
- do péče se zapojují nemocní i rodinní příslušníci,
- mezioborová spolupráce (České ošetrovatelství, 1998)

Osoby, provádějící hodnocení kvality ošetřovatelské péče

- Lékař
- Nemocný
- Sestra
- Management zařízení

Standardy ošetřovatelské péče jsou objektivními
a vždy platnými kritérii kvality.

ÚKOLY

- 1) Nastudujte význam standardizace.
- 2) Nastudujte typy standardů.

Ošetrovateľský audit

Dodržovanie štandardů, monitorovanie a hodnotenie kvality ošetrovateľskej péče se řídí zásadami:

- sestry musí souhlasit s touto činností,
- sestry přebírají zodpovědnost za činnosti a zdůvodňují je,
- zaručena důvěrnost informací,
- audit je konstruktivní,
- časově efektivní.

Metody auditu

- pozorování sester při práci,
- kontrola ošetrovatelské dokumentace,
- sběr statistických údajů,
- hodnocení ošetrovatelské péče nemocnými,
- hodnocení ošetrovatelské péče spolupracovníky,
- hodnocení vlastní práce sestry,
- měření účinnosti ošetrovatelské péče podle délky jejího trvání,
- sledování, jak sestry předávají službu,
- hodnocení ošetrovatelské péče příbuznými nemocného.

ÚKOL

1) Nastudujte druhy auditu.

OTÁZKY

- 1) Jakým způsobem se hodnotí kvalita ošetrovatelské péče?
- 2) Co je to standardizace?
- 3) Jaké jsou druhy auditu?

Použitá literatura

Burns, N. & Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization*. 5th ed. St. Louis: Elsevier. 780 s.

Dicenso, A., Guyatt, G. & Ciliska, D. (2005). *Evidence-Based Nursing: A Guide to Clinical Practice*. 1st ed. St. Louis: Mosby, 2005. 600 p.

Fineout-Overholt, E. (2010a). Evidence-Based Practice: Step by Step: Critical Appraisal of the Evidence: Part I. *American Journal of Nursing*. vol. 110, no. 9, p. 41- 49.

Cherry, B. & Jacob, S. R. (2005) *Contemporary nursing: issues, trends, & management*. 3rd ed. St. Louis, Mo.: Elsevier Mosby.

Ivanová, K., Špirudová, L. Kutnohorská, J. (2005) *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada.

Jarošová, D. (2018) *Základy ošetřovatelství: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.

Jarošová, D. & Bocková, S. (2012) *Využitelnost ošetřovatelských klasifikací NANDA International a NIC v domácí péči*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.

Jarošová, D., Majkusová, K., Kozáková, R. & Zeleníková, R. (2015) *Klinické doporučené postupy v ošetřovatelství*. Praha: Grada.

Jarošová, D. & Zeleníková, R. (2014) *Ošetřovatelství založené na důkazech: evidence based nursing*. Praha: Grada.

Kutnohorská, J. (2013) *Multikulturní ošetřovatelství pro praxi*. Praha: Grada.

- Líčeník, R. (2009) *Klinické doporučené postupy. Obecné zásady, principy tvorby a adaptace*. Olomouc: UP.
- Malloch, K. & Porter-O'Grady, T. (2006). *Introduction to Evidence-Based Practice in Nursing and Health Care*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers. 278 p.
- Maračková, J. & Klugarová, J. (2015) *Evidence-Based Health Care: Zdravotnictví založené na vědeckých důkazech*. Olomouc.
- Melnyk, B. M. (2009). Igniting a Spirit of Inquiry: An Essential Foundation for Evidence-Based Practice. *American Journal of Nursing*. vol. 109, no. 11, p. 49-52.
- Melnyk, B. M. (2010). Evidence-Based Practice: Step by Step: The Seven Steps of Evidence-Based Practice. *American Journal of Nursing*. vol. 110, no. 1, p. 51-53.
- Plevová, I. (2012) *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada.
- Stillwell, S. B. (2010a). Evidence-based practice. Step by step. Asking the Clinical Question: A Key Step in Evidence-Based Practice. *American Journal of Nursing*. vol. 110, no. 3, p. 58-61.
- Tóthová, V. (2012) *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton.
- Zeleníková, R. (2019). *Využití principů EBP ve výuce a klinické praxi v ošetrovatelství - manuál*. Ostrava: OU.
- Zeleníková, R. & Sikorová, L. (2020) *Ošetrovatelský proces a dokumentování: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.