



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Implementace praxe založené na důkazech do výuky

Darja Jarošová, Ilona Plevová, Yveta Vrublová

Ostrava 2012

Publikace je podpořena projektem **INOVACE PROFESNÍCH ZDRAVOTNICKÝCH
PROGRAMŮ NA OU**
REGISTRAČNÍ ČÍSLO PROJEKTU: CZ.1.07/2.2.00/15.0020

Editoři: doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.
PhDr. Ilona Plevová
doc. PhDr. Yvetta Vrublová, Ph.D.

Recenzenti: Mgr. Ivana Bóriková, Ph.D.
PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.

© Darja Jarošová, Ilona Plevová, Yvetta Vrublová 2012

© Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta

ISBN 978-80-7368-967-4

OBSAH

<i>Darja Jarošová, Hana Sochorová</i> Projekt inovace profesních zdravotnických programů na Ostravské univerzitě.....	5
<i>Jana Nemcová</i> Ošetrovateľstvo založené na dôkazoch vo vzdelávaní sestier.....	8
<i>Lucie Sikorová</i> Využití kazuistiky v mapě klinické úvahy	12
<i>Radka Bužgová, Radka Kozáková, Renáta Zeleníková</i> Implementace multidisciplinárního přístupu při řešení kazuistik ve výuce paliativní péče.....	19
<i>Eva Janíková, Renáta Zeleníková</i> Případová studie ve výuce odborných předmětů.....	23
<i>Andrea Pokorná, Zdeňka Dobešová</i> Proces implementace a udržení kontinuity best practice v rámci odborné klinické přípravy studentů	26
<i>Soňa Bocková</i> Případová studie pro výuku ošetrovateľské dokumentace – Klasifikace aliance NNN v klinické ošetrovateľské praxi	30
<i>Ilona Plevová, Eva Janíková</i> Implementace audiovizuální techniky do výuky.....	35
<i>Radka Kozáková</i> Nutriční skríníng u seniorů v komunitní péči.....	39
<i>Bohdana Břegová, Yveta Vrublová</i> Dysfunkce sexuálních potřeb u pacientů s hypertenzí	44
<i>Jana Bizoňová, Darja Jarošová</i> Preventivní strategie minimalizující riziko vzniku infekce močových cest u katetrizovaných pacientů – využití metodiky EBP	48
<i>Ivan Farský</i> Problémy spojené s „výučbou“ spirituality v rámci praxe založenej na dôkazoch.....	52
<i>Martina Lepiešová, Katarína Žiaková</i> Problémy implementácie EBP do výučby študentov ošetrovateľstva a medicíny na JLF UK v Martine	57
<i>Jarmila Kristiníková</i> EBP v rehabilitačních oborech – první zkušenosti s výukou	63
<i>Renáta Zeleníková, Darja Jarošová</i> Projektová výuka praxe založené na důkazech	65
<i>Yveta Vrublová, Hana Lukšová</i> Implementace problémové metody do předmětu ošetrovateľská péče v gynekologii.....	75

PROJEKT INOVACE PROFESNÍCH ZDRAVOTNICKÝCH PROGRAMŮ NA OSTRAVSKÉ UNIVERZITĚ

Darja Jarošová, Hana Sochorová
Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta

Abstrakt

Příspěvek prezentuje řešení a dílčí výstupy fakultního projektu zaměřeného na tvorbu a inovaci vybraných předmětů a kurzů šesti akreditovaných studijních oborů. Systémově se jedná o zařazení komponenty EBP do studijních plánů bakalářských a magisterských oborů v prezenční a kombinované formě studia. Tématika EBP je zapracována do sylabů vybraných povinných a povinně volitelných klinických předmětů, které jsou inovovány implementací případových studií a modelových situací s využitím koncepce PICO a elektronických databází. Současně je vytvořen nový jednosemestrální kurz EBP. Řešení projektu vychází z praktické klinické výuky, kdy jsou studenti vedeni k tomu, aby odůvodnili své ošetrovatelské aktivity a intervence a způsob řešení ošetrovatelské problematiky konkrétního pacienta.

Klíčová slova: projekt inovace, praxe založená na důkazech, implementace, studijní obory

Úvod

Vzdělávání sester v České republice je stále převážně orientováno na ošetrovatelství založeném na zkušenostech a na akumulaci poznatků zdravotních věd bez diferenciaci na specifické potřeby a požadavky konkrétního pacienta (zpravidla sekundární a terciární zdroje). Současná zdravotnická praxe však vyžaduje flexibilního a kreativního odborníka poskytujícího kvalitní zdravotní péči, která je odůvodněna relevantními výsledky výzkumných studií. Rozvoj ošetrovatelské teorie a praxe vede v posledních letech ke kvalitativním změnám v oboru – mimo jiné zavádění a realizace praxe založené na důkazech (Evidence Based Practice). Praxe založená na důkazech (EBP) je poměrně novým fenoménem, který se objevuje v českém ošetrovatelství prakticky až v poslední dekádě. Prezentovaný projekt reflektuje aktuálnost potřeby zdravotní péče založené na důkazech a reaguje na společenskou poptávku po vysokoškolsky vzdělaných zdravotnických odbornících schopných zhodnotit, vyhledat a implementovat relevantní výsledky výzkumu do klinické praxe pro zajištění kvalitní individualizované péče o pacienta. Implementace EBP v praxi naráží právě na nepřipravenost absolventů vysokých škol, kteří tuto specifickou přípravu dosud neabsolvovali.

Cíle a výstupy projektu

Cílem prezentovaného projektu je inovovat vybrané předměty a kurzy akreditovaných bakalářských a magisterských studijních oborů na Lékařské fakultě Ostravské univerzity. Projekt je zaměřen na aktualizaci a modernizaci vzdělávacích postupů u nelékařských zdravotnických oborů jednak za pomoci nového materiálního vybavení – např. pomůcky pro nácvik zdravotnické péče, výukové modely, ale zejména v oblasti inovace výukových metod. Samostatná práce studentů a jejich aktivní a komunikativní přístup ke vzdělání je podpořen prostřednictvím e-learningového prostředí Moodle, zpracováním studijních opor, které studenty v jeho samostatné práci vedou, a co nejužším propojením studia s přímou praxí. Systémově se jedná o zařazení komponenty EBP do studijních plánů šesti oborů připravujících absolventy k poskytování přímé, na pacienta zaměřené, zdravotní péče (Všeobecná sestra, Porodní asistentka, Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech, Komunitní péče v porodní asistenci, Fyzioterapie, Ergoterapie). Tématika EBP byla

zpracována do 16 sylabů vybraných klinických předmětů implementací případových studií a modelových situací s využitím elektronických databází. Všechny inovované předměty jsou povinnými a povinně volitelnými kurzy. Současně byl vytvořen jednosemestrální kurz, který bude zařazen do kategorie předmětů povinně volitelných. Projekt jako celek přinese tyto konkrétní výstupy: 54 inovovaných a jeden nový kurz – z toho 15 inovovaných kurzů a 1 nový kurz s komponentou EBP, 160 kazuistik – modelových situací, 4 metodiky a manuály k EBP, 46 distančních studijních opor, 32 e-learningových kurzů, 1 350 proškolených studentů cílové skupiny studentů nelékařských zdravotnických oborů, 12 proškolených pedagogů, 6 proškolených odborníků z praxe zapojených do inovace kurzů. Očekávaným obecným výstupem projektu bude zvýšení kvalifikace absolventů a zvýšení jejich uplatnitelnosti na trhu práce.

Výuka EBP na Lékařské fakultě Ostravské univerzity

Výuka EBP je na Lékařské fakultě v současné době realizována v rámci dvou kategorií kurzů: 1. samostatný předmět Praxe založená na důkazech (EBP) pro bakalářské, magisterské a doktorské studium a 2. EBP integrovaná do klinických ošetrovatelských předmětů pro studenty bakalářských a magisterských oborů.

V první fázi projektu byl připraven nový jednosemestrální kurz Praxe založená na důkazech (EBP), ve kterém se studenti učí v malých skupinkách (10 - 12 osob) základním krokům EBP včetně vyhledávání a evaluace nalezených důkazů. Po společném praktickém cvičení s učitelem studenti samostatně zpracovávají a prezentují své individuální projekty, ve kterých řeší vybrané problémy své klinické praxe (např. Snižuje metoda klokánkování vnímání procedurální bolesti u novorozenců? Má význam u seniorů s demencí využívat nefarmakologických možností péče?). Výuka probíhá v počítačové učebně, důraz je kladem zejména na znalost dostupných elektronických databází a knihoven (Medline, Cochrane, Ovid, Proquest) a na dovednost vyhledávat a hodnotit relevantní důkazy pro řešení klinického problému ošetrovatelské praxe. Nový kurz EBP je studentům nabízen až po absolvování povinného předmětu Výzkum v ošetrovatelství, na který obsahově a metodicky navazuje. Studenti využívají ve výuce metodiky a manuály vytvořené řešitelským týmem v rámci projektu.

Ve druhé fázi projektu jsme se pokusili o implementaci prvků EBP do vybraných klinických předmětů. Pro implementaci byly na základě dlouholetých praktických a pedagogických zkušeností vybírány především ty klinické ošetrovatelské kurzy, které jsou realizovány ve druhém a třetím ročníku studia dotčených oborů a vyžadují již syntetizaci předchozího učiva a propojení se zkušenostmi z klinické praxe. Vzhledem k praktickému zaměření aktivit projektu spolupracujeme úzce se sestrami z Fakultní nemocnice a Městské nemocnice (obě nemocnice jsou partnery projektu). Sestry zapojené do projektu jsou většinou našimi bývalými studenty a mnohé z nich vedou jako mentoři klinické praxe studentů. Pro každý inovovaný klinický kurz bylo vytvořeno minimálně deset modelových situací (kazuistik a klinických scénářů). Každá kazuistika zahrnuje jeden nebo více problémů podle úrovně vzdělání studentů. Sestry z nemocnice nám dodávají skutečné problémy klinické praxe, návrhy, témata. Učitelky ošetrovatelství modifikují klinické problémy do podoby kazuistik a klinických scénářů a integrují je do výuky. Výuka takto inovovaných předmětů (např. Ošetrovatelství v chirurgických oborech) probíhá formou cvičení na odděleních Fakultní nemocnice ve skupině 10-12 studentů. Připravenou modelovou situaci (kazuistiku) zadává učitel skupince 2-3 studentů, kteří samostatně připravují a zpracovávají řešení zahrnutých problémů před vlastní výukou. Nalezená řešení a doporučení konzultují studenti s učitelem. Je-li to možné, implementují doporučení nejlepší praxe u pacientů a hodnotí dosažené výsledky. Na závěr výuky probíhá workshop celé skupiny studentů, kde posluchači prezentují a diskutují své případové studie, řešené problémy a případné výsledky.

Závěr

Aktivity studentů, realizované v rámci inovovaných kurzů, by měly vést k pozitivním změnám v jejich myšlení a učení. Takto proškolení absolventi budou na trhu práce kreativnější a flexibilnější, budou umět reagovat na potřeby znalostní společnosti v kontextu zdravotnické problematiky. Vhodně aplikovaná praxe založená na důkazu, s jejíž principy a metodikou budou posluchači ošetrovatelství seznamováni v rámci inovované výuky, povede také ke zkvalitnění poskytované péče a k vyšší efektivitě práce s pozitivním ekonomickým dopadem.

*doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.
Ústav ošetrovatelství a porodní asistence
Lékařská fakulta
Ostravská univerzita
Syllabova 19
703 00 Ostrava-Zábřeh
e - mail: Darja.Jarosova@osu.cz*

OŠETROVATEĽSTVO ZALOŽENÉ NA DÔKAZOCH VO VZDELÁVANÍ SESTIER EVIDENCE BASED-NURSING IN NURSE'S EDUCATION

Jana Nemcová

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

Abstrakt

Premisou pre poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti je, aby súčasná ošetrovateľská prax vychádzala z najnovších výsledkov a dôkazov získaných výskumom. Sestry sa však aj v súčasnosti pri klinickom rozhodovaní stále viac spoliehajú na vedomosti nadobudnuté v škole a praktické skúsenosti, ako na dôkazy z výskumov. Nekritické pridržovanie sa tradičných postupov vedie k prehlbovaniu rozdielov medzi praxou a najnovšími vedeckými dôkazmi. Prekonanie priepastných rozdielov medzi praxou a výskumom si vyžaduje zaviesť nový prístup a edukačné stratégie do vzdelávania sestier. Týmto novým prístupom sa ukazuje ošetrovateľstvo založené na dôkazoch a jeho implementácia do študijných programov v sesterskom vzdelávaní. Od roku 2009 sme na Jesseniovej lekárskej fakulte v Martine, Ústave ošetrovateľstva začali vo vzdelávaní sestier v externom štúdiu, v magisterskom programe, vyučovať predmet Ošetrovateľstvo založené na dôkazoch. Pozitívne sme vyhodnotili skúsenosti sestier s riešením problémov, s ktorými sa stretávajú v praxi, naopak slabou stránkou boli jazykové zručnosti, ktoré boli bariérou pre vyhľadávanie najlepších dôkazov v anglickom jazyku z dostupných databáz.

Ošetrovateľstvo založené na dôkazoch je determinované vzdelaním, dostupnosťou výsledkov výskumných štúdií v ošetrovateľstve, klinickými skúsenosťami, poznaním hodnôt, preferencií a potrieb pacientov, ako aj materiálno – technickým zabezpečením.

Kľúčové slová: ošetrovateľstvo založené na dôkazoch, prax, výskum, vzdelávanie

Úvod

Vysoká odbornosť a profesionalita sa vždy spája s uplatňovaním najnovších vedeckých dôkazov v praxi. Klinická prax v podmienkach slovenského zdravotníctva, sa často pridriava tradičných, rokmi zaužívaných prístupov, bez kritického prehodnocovania najnovších dôkazov a očakávaní pacientov. Tento neželaný fenomén rozdielu medzi praxou a vedeckými dôkazmi je výzvou pre vzdelávanie. Vo vzdelávaní v ošetrovateľstve by sme mali využívať edukačné stratégie a prístupy so zameraním na rozvoj kritického myslenia a ošetrovateľstvo založené na dôkazoch. Ošetrovateľstvo založené na dôkazoch zn. rešpektovanie vedeckých poznatkov, očakávaní pacienta a skúseností odborníkov v praxi. Ošetrovateľská prax založená na dôkazoch je potvrdením kompetentnej starostlivosti sestier pre 21. storočie. Americké združenie ošetrovateľských škôl (American Association of Colleges of Nursing – AACN) uviedlo ošetrovateľskú starostlivosť založenú na dôkazoch ako potvrdenie nového rozmeru profesie sestry, skvalitnenia poskytovanej starostlivosti a zefektívnenia vynaložených finančných prostriedkov (Rolloff, 2010, s 291).

Bariéry pre ošetrovateľstvo založené na dôkazoch

Študenti ošetrovateľstva, ako aj sestry v klinickej praxi, málo využívajú evidence-based prístup pre riešenie problémov či skvalitnenie starostlivosti o pacientov. Ako potvrdili aj výskumy (Ax a Kinkade, 2001; Olade, 2003; Pravikoff, Tanner & Pierce, 2005) až menej ako polovica študentov mala pozitívny postoj k výskumu, väčšina sestier z praxe uviedla, že nevyužívajú ošetrovateľstvo založené na dôkazoch a že sa riadia vlastnými skúsenosťami. Americká asociácia zdravotníckych škôl (AACN) v roku 2007 poukázala, že hoci veľa škôl

má v bakalárskom programe predmet ošetrovateľský výskum, v praxi nie je taký dopad, ako sa očakávalo. Príčinu vidia vo vzdelávaní, kde nie je reflektovaný význam výsledkov výskumu do praxe, orientovanie sa na riešenie klinických problémov, či implementovanie kvalitných dôkazov a výsledkov výskumných zistení do praxe (Rolloff, 2010, s 291).

Rozvoju ošetrovateľstva a praxe založenej na dôkazoch bráni aj deficit zručností v práci s informáciami z literárnych a elektronických prameňov. Súvisí to so schopnosťou nájsť si dobré zdroje, porozumieť dôkazom a využiť výskumné výsledky v praxi. Výskumné štúdie (McNeil et al., 2003; Griffiths & Riddington; 2001) zistili, že na fakultách ošetrovateľstva sú viacerí študenti len začiatočníkmi alebo pokročilí v informačných technológiách.

Pravikoff et al. (2005) vo svojej štúdií uviedol, že 58 % sestier nikdy nevyužilo výsledky výskumov, 82% nikdy nevyužilo služby nemocničnej knižnice a 76 % nikdy nepracovalo s databázou CINAHL.

Existujúce bariéry pre ošetrovateľstvo založenom na dôkazoch a jeho implementovanie do klinickej praxe je možné podporiť vzdelávaním.

Vzdelávaním k lepšej príprave sestier na ošetrovateľstvo založené na dôkazoch

Vzdelávanie v ošetrovateľstve založenom na dôkazoch má základ v pedagogickom konštruktivizme. Podľa pedagogickej konštruktivistického teórie treba klásť dôraz na rešpektovanie a nadviazanie na skúsenosti učiacich sa, konštruovať ciele tak, aby viedli k rozvoju kritického myslenia, spolupráci a rešpektovali osobné očakávania učiacich sa (Turek, 2003). Kritické myslenie podporuje rozvoj širokého okruhu záujmov učiacich sa, ich úsilie byť dobre informovaný, tendenciu využívať čo najviac výpočtovú techniku, dôveru v silu rozumu (myslenia), svoje schopnosti, otvorenosť k divergentným globálnym problémom, flexibilitu v zohľadňovaní alternatív a názorov, chápanie názorov iných ľudí, k čestnosti vo vzťahu k vlastným predsudkom, odstraňovaniu zaujatosti, egocentrizmu, ochote ai. (Nemcová, 2003).

Vzdelávanie v ošetrovateľstve založené na dôkazoch by malo byť organizované tak, aby učitelia boli zapojení do riešenia situácií reálnej klinickej praxe viac ako len aby memorovali vedecké fakty (Rasouli, 2004).

Levin (2006) identifikoval 5 krokov pre úspešné integrovanie ošetrovateľstva založenom na dôkazoch do vzdelávania sestier, ktoré by sa mali naučiť: 1. konštruovať problém (otázku) vhodný pre riešenie; 2. určiť si dôkazy, ktoré by mohli súvisieť s problémom; 3. analyzovať štúdie, kde by sa našli odpovede ku problému (otázke); 4. integrovať požiadavky (hodnoty) pacienta a skúsenosti experta k nájdeným dôkazom; 5. hodnotiť efektívnosť prvých štyroch krokov v zodpovedaní otázky.

Pre vzdelávanie v ošetrovateľstve založenom na dôkazoch by mali byť využívané problémové a projektové metódy vzdelávania, kde je priestor pre hľadanie odpovedí študentmi na klinické otázky, analýzu problémov, diskusiu v skupine, samostatnú prácu študentov a spojenie teórie s praxou (Christie et al., 2012).

Odborní asistenti ústavu ošetrovateľstva pri Jesseniovej lekárskej fakulte v Martine sa na jar v roku 2009 zúčastnili vzdelávacích seminárov v oblasti ošetrovateľstva založenom na dôkazoch na Ostravskej univerzite v Ostrave a Univerzite J. E. Purkyně v Olomouci. Na základe nadobudnutých poznatkov a ďalšieho štúdia bolo rozhodnuté, implementovať ošetrovateľstvo založené na dôkazoch do kurikula magisterského štúdia v študijnom programe Ošetrovateľstvo ako samostatný predmet. Ošetrovateľstvo založené na dôkazoch sa stalo súčasťou vzdelávania od akademického roku 2009/2010. Predmet bol členený na vysvetlenie

pojmov, konštruovanie klinickej otázky podľa formátu PICOT, vyhľadavanie najlepších dôkazov z dostupných online databáz, ktoré sú v ponuke univerzitetnej knižnice (Univerzita J. A. Komenského) a následne pokračoval ako samostatná práca v skupine pod vedením konzultanta z radov odborných asistentov. Samostatná práca skupiny študentov prebiehala v jednotlivých krokoch: k vybranej téme formulovať klinickú otázku podľa formátu PICOT, vyhľadať štúdie, kriticky ich hodnotiť a vybrať najlepšie dôkazy, urobiť odporúčania pre implementovanie dôkazov do praxe a pripraviť sa k prezentovaniu svojich zistení pred inými skupinami a konzultantmi. Priebežne mohli študenti konzultovať s odborným asistentom, expertom pre danú tému. Hodnotenie študentov bolo štruktúrované s ohľadom na formulovanie klinickej otázky, vymedzenie kľúčových termínov, analýza nájdených zdrojov vrátane guidelines. Študentkami boli sestry z praxe s bakalárskym stupňom vzdelania, ktoré mali minimálne jednoročnú prax. Všetky prešli vzdelávaním v predmete výskum v ošetrovatel'stve v bakalárskom programe. K predmetu Ošetrovatel'stvo založené na dôkazoch pristupovali s nedôverou a považovali ho za záťaž aj s ohľadom na skutočnosť, že pracovali na téme, ktorá nesúvisela s ich diplomovou prácou a bolo to pre nich časovo náročné. Konzultanti, učitelia zodpovední za vedenie študentov, zhodne uvádzali, že pre našich študentov pri vzdelávaní podľa ošetrovatel'stva založenom na dôkazoch (Evidence-Based Practice, EBP) bola najväčším problémom angličtina, ako aj nedostatok kvalitných ošetrovatel'ských výskumov národnej proveniencie. Študenti pozitívne hodnotili, že sa naučili kriticky hodnotiť výskumné štúdie, nachádzať najlepšie dôkazy, možnosť rýchlejšie zistiť ako riešiť problém z praxe bez toho, aby musel byť k tomu realizovaný výskum. Tieto postoje potvrdzuje aj štúdia Jalali-Nia et al. (2011), kde študenti intervenčnej skupiny, s evidence-based prístupom vo vzdelávaní, dosiahli rovnaké skóre vedomostí s kontrolnou skupinou, ale dôležité bolo ich hodnotenie prínosu evidence-based, kde vyzdvihli lepšie porozumenie teoretickým poznatkom na základe ich využitia a transferu do praxe a tiež vyjadrovali lepšie porozumenie ich profesionálnej zodpovednosti. Pozitívne bolo tiež zistenie ($P=0,001$), že intervenčná skupina (80 %) hodnotila evidence-based prístup ako dobrý až vynikajúci, kým študenti v kontrolnej skupine (57,1 %) hodnotili metódy (prednášky, otázky a odpovede) tradičného vzdelávania len ako priemerné.

Viacere výskumné štúdie (Lauver et al., 2009; Bondmas, 2007; Cordner, 2007; Kruszewski et al., 2009; Mencil et al., 2007; Kim et al., 2008) so zameraním na hodnotenie evidence-based vo vzdelávaní na rôznych úrovniach v ošetrovatel'ských programoch potvrdili, že vzdelávanie na princípe evidence-based vedie k zlepšeniu kritického myslenia, úrovni vedomostí a postojov, využívaniu a implementovaniu výskumných dôkazov tak v pregraduálnom, ako aj špecializačnom štúdiu v programoch ošetrovatel'ského vzdelávania (Jalali-Nia et al, 2011). Ciliska (2005) odporúča zaviesť evidence based prístup do kurikúl a ošetrovatel'ského vzdelávania na všetkých úrovniach. Vo Veľkej Británii Rada pre ošetrovatel'stvo a pôrodnú asistenciu (The Nursing and Midwifery Council) vyžaduje, aby sestry nadobudli kompetenciu pracovať metódou evidence-based practice pred získaním registrácie (Christie, Hamill Power, 2012), čo v praxi znamená, že už v bakalárskom stupni vzdelávania je potrebné integrovať evidence-based prístup do vzdelávania v ošetrovatel'stve.

Záver

Nová paradigma ošetrovatel'ského vzdelávania zdôrazňuje potrebu explicitne využívať najnovšie dôkazy z výskumov, orientovať sa na študenta, efektívne manažovať množstvo nových informácií, čo si vyžaduje opierať sa o dôkazy publikované vo vedeckých časopisoch, využívať ich k diskusi a formovaniu rozhodovacích procesov pre kritické posúdenie študentami. Východiskom by malo byť implementovanie ošetrovatel'stva založené na dôkazoch do kurikúl ošetrovatel'ského vzdelávania všetkých úrovní a študijných programov.

Bibliografické odkazy

- AX, S., KINCADE, E. Nursing students' perceptions of research: Usefulness, implementation and training. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, vol 35, no 2, p 161-170.
- CILISKA, D. Educating for evidence- based practice. *Journal Professional Nursing* 2005, no 21, p 345-350.
- FINEOUT-OVERHOLT, E., HOFSTETTER,S, SHELL, L., JOHNSTON, L. Teaching EBP: Getting to the Gold: How to Search for the Best Evidence. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. Fourth Quarte 2005. p. 207-211.
- GRIFFITHS, P. , RIDDINGTON, L. Nurses' use of computer databases to identify evidence for practice: A cross sectional questionnaire survey in a UK hospital. *Health information Libreres Journal*, 2001, no 18, p 2- 9.
- CHRISTIE, J., HAMILL, C., POWER, J. *How can we maximize nursing students' learning about research evidence and utilization in undergraduate, pre-registration programmes? Discussion paper*. *Journal of Advanced Nursing*. [cit 2012-05-20] Dostupné z *Journal of Advanced Nursing* 00(0), 000–000. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05994.x
- JALALI-NIA, S. F. SALSALI, M., DEGHAN –NAYERI, N., EBADI, A. Effect of evidence – based education on Iranian nursing students' knowledge and attitude. *Nursing and Health Sciences* , 2011, no 13, p 221 – 227.
- LEVIN, R.F. Evidence –based practice in nursing. What is it? In Levin R. F., Feldman, H. R. (Eds), *Teaching evidence- based practice in nursing*. NewYork: Springer Publishing, 2006, p. 5- 11.
- McNEIL, B. J. et al. Nursing information technology knowledge, skills and preparation of student nurses, nursing faculty and clinicians: A U. S. survey. *Journal of Nursing Education*, 2003, vol 42, no 8, p 341-349.
- NEMCOVÁ, J. Rozvoj kritického myslenia je zodpovednosťou učiteľa. In NEMCOVÁ, J. (ed) *Zborník z odborného seminára s medzinárodnou účasťou. Alternatívne metódy výučby odborných predmetov na SZŠ a VŠ*. Martin: Osveta, 2003. s. 20-22. ISBN 80-8063-154-9.
- OLADE, R. A. Attitudes and factors affecting research utillization. *Nursing Forum* , vol 38, no 4, p 5-15.
- PRAVIKOFF, D. S., TANNER, A. B., PIERCE, S. T. Readiness of U. S. nurses for evidence-based practice. *American Journal of Nursing*, 2005, vol 105, no 9, p 40-51.
- RASSOULI, M. Globalizatíon and nursing education . In *Proceedings of First National Congress of Nursing in Iran 1400, perspectives and challenges*. Tehran Salemi, 2004.
- ROLLOFF, M. A. Constructivist model for teaching Evidence – Based Practice. *Evidence – Based Practice*. 2010, vol 131, no 5, p 290-293.
- TUREK, I. *Kritické myslenie*. Bratislava: Metodicko-pedagogické centrum v Bratislave, 2003. ISBN 80-8052-175-1.

PhDr. Jana Nemcová, Ph.D.
Jesseniova lekárska fakulta v Martine,
Ústav ošetrovatel'stva
Malá Hora 5
036 01 Martin
Slovenská republika
e-mail: nemcova@jfmed.uniba.sk

VYUŽITÍ KAZUISTIKY V MAPĚ KLINICKÉ ÚVAHY

Lucie Sikorová

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

Abstrakt

Příspěvek shrnuje aktuální poznatky týkající se ošetrovatelského posuzování klientů, s důrazem kladeným na analýzu klientova příběhu. Poukazuje na významnost situačního kontextu při zvažování plánu ošetrovatelské péče. Rámcově navrhuje postup podporující kritické myšlení studentů ošetrovatelství, které je pro klinické zvažování nezbytné. Prezentována je kazuistika pacienta přicházejícího k hospitalizaci s bolestí, avšak po rozhovoru se sestrou a klinické úvaze znázorněné v mapě klinické úvahy, vyplývá pro pacienta nový, pro něj prvořadý problém s vylučováním moče a sebepojetím pacienta. Příběh pacienta a jeho obavy jsou následně zaznamenány v síti klinické úvahy, která může usnadnit stanovení ošetrovatelských diagnóz a následný plán ošetrovatelské péče.

Klíčová slova: klientův příběh, klinická úvaha, kritické myšlení, situační kontext, student, ošetrovatelství

Úvod

Vyučující a mentoři klinické praxe, kteří se podílejí na výuce studentů ošetrovatelství, mnohdy komentují nedostatečnou připravenost studentů řešit ošetrovatelské problémy jedinců v ošetrovatelské péči. S uvedeným tvrzením souhlasí i zahraniční autoři (Brunt, 2005, s. 64). Jednou z možností jak napomoci začínajícím všeobecným sestrám/porodním asistentkám (dále jen sestrám) řešit ošetrovatelské problémy je **posouzení klientova** příběhu formou **klinické úvahy (Clinical Reasoning, RS)** jež podporuje kritické myšlení začínajících sester a studentů ošetrovatelství. Pro studenta, může být totiž analýza obtížnějším problémem než pro sestru vykonávající praxi několik let. Jsou to pro něj obvykle situace nové, neznámé a chybí mu dostatek praktických zkušeností s novou problematikou. Někteří autoři naznačují, že ošetrovatelský proces, kterým se studenti učí pracovat, neobsahuje myšlenkový proces expertní sestry během praxe (Tanner, 2000, s. 338). Proto je třeba v učení sester nového přístupu, který by jim pomohl, na jejich cestě vývoje od nováčků k odborným profesionálům ošetrovatelství. Pro podporu kritického myšlení je podle Kautz et al. (2006, s. 130) vhodné použití klasifikace aliance 3N (NANDA – ošetrovatelské diagnózy, NIC – ošetrovatelské intervence a NOC – citlivé ošetrovatelské výsledky), jako klinického slovníku, který pomáhá studentům v procesu myšlení o potřebách pacienta, ošetrovatelských řešeních a ošetrovatelských intervencích.

Expertí nedělají rozhodnutí v procesním způsobu. Pochopí situaci jako celek a často nedokážou vysvětlit, jak je jejich myšlenky dovedly ke klinickému rozhodnutí, které udělali. Fowler (1997, s. 355) uvádí, že tradiční přístup řešení problémů, který zahrnuje řadu kroků, nepřispívá k hloubce poznání. Tradiční plány péče se zaměřují na kognitivní aspekty situace, ale často ignorují **kontext**, ve kterém se klient nachází. Tento přístup nevede k adekvátní akci či rozhodnutí sestry. Navrhováno je použití **mapy**, která podporuje studentovo pochopení složitých situací. Při přípravě mapy, musí student seřadit všechna data/informace tak, aby byl patrný jejich **vztah**. Tento přístup požaduje po studentovi, aby zvážil, jak každý fakt/informace ovlivňuje ostatní. Tím by mělo dojít ke zlepšení studentovy schopnosti **kritického myšlení**. Vedení pedagogem studentům pomáhá rozvíjet pochopení klientovy situace, zlepšuje se způsob učení, myšlení, rozšiřují se znalosti o situaci s využitím reflexe vlastního myšlení.

Kritické myšlení

Základní součástí klinického úvahy je kritické myšlení. Podle Kuiper a Pesut (2004, s. 383) je nejčastěji citovaná definice **kritického myšlení**: „souhrn postojů, které umožňují člověku rozpoznat problémy, hledat důkazy na podporu pravdy a přesně zvážit logicky určené důkazy“

Brunt (2005, s. 62) definuje kritické myšlení jako proces cílevědomého myšlení a reflexního klinického zvažování, jehož prostřednictvím, sestry zkoumají myšlenky, předpoklady, principy, závěry, názory a akce v souvislosti s praxí.

Facione et al. (1995, s. 12) poukazuje na to, že je důležité znát, jak *studentovy dispozice* myslet kriticky, tak *využití schopnosti* kritického myšlení. Kritické myšlení je podle Facione et al., užití závěru, interpretace, analýzy, hodnocení, vysvětlení, a osobní regulace.

Součástí **dispozic ke kritickému myšlení** jsou:

hledání pravdy, zvědavost, systematickosti, otevřenost k jiným názorům, analytičnost, sebevědomí, kognitivní zralost, vytrvalost apod.

Jak studenty motivovat ke kritickému myšlení?

1. Nejprve je vhodné otevřít debatu na zajímavé téma, dilema, událost, komplexní problém, kazuistiku, pustit příběh nebo situaci z videozáznamu.
2. Hledat východiska řešení s pomocí metod brainstormingu, uvažování nahlas, reflexe ostatních.
3. Uvést praktické zkušenosti.
4. Hledat řešení s využitím kreativity, hledat alternativní řešení.
5. Zhodnocení řešení ve vztahu k prvotní otázce (zpětná vazba).

Klinická úvaha

Pesut a Herman (1999, s. 237) definují klinickou úvahu jako tvůrčí a kritické myšlenkové procesy s reflexí v souvislosti s praxí, **srovnáván je současný stav pacienta s jeho požadovaným/očekávaným výsledkem**. Prioritní otázky klienta (klienta v kontextu) lze zaznamenat do **mapy klinické úvahy** (Conger, 1997). Následuje zanesení do **sítě klinické rozvahy** a dále buď postupovat dle **ošetřovatelského procesu** nebo **modelu OPT**.

Murray a Atkinson (2000) uvádějí, že na úrovni nováčka, studenti chtějí slyšet pouze „správné odpovědi“. Cítí se nepohodlně s dvojznačností. Jak postupují studiem v programu ošetřovatelství, zvyšuje se úroveň jejich myšlení, jsou schopni se poprat se skutečností, že správná odpověď bude záviset na okolnostech. Uvědomují si, že existuje několik variant řešení jakéhokoli problému, a musí prozkoumat každou z nich, aby mohli určit, která varianta je tou nejlepší. Pedagogové bojují za způsob, jak rozvíjet myšlení studentů, které jim pomohou dosáhnout této úrovně kompetence.

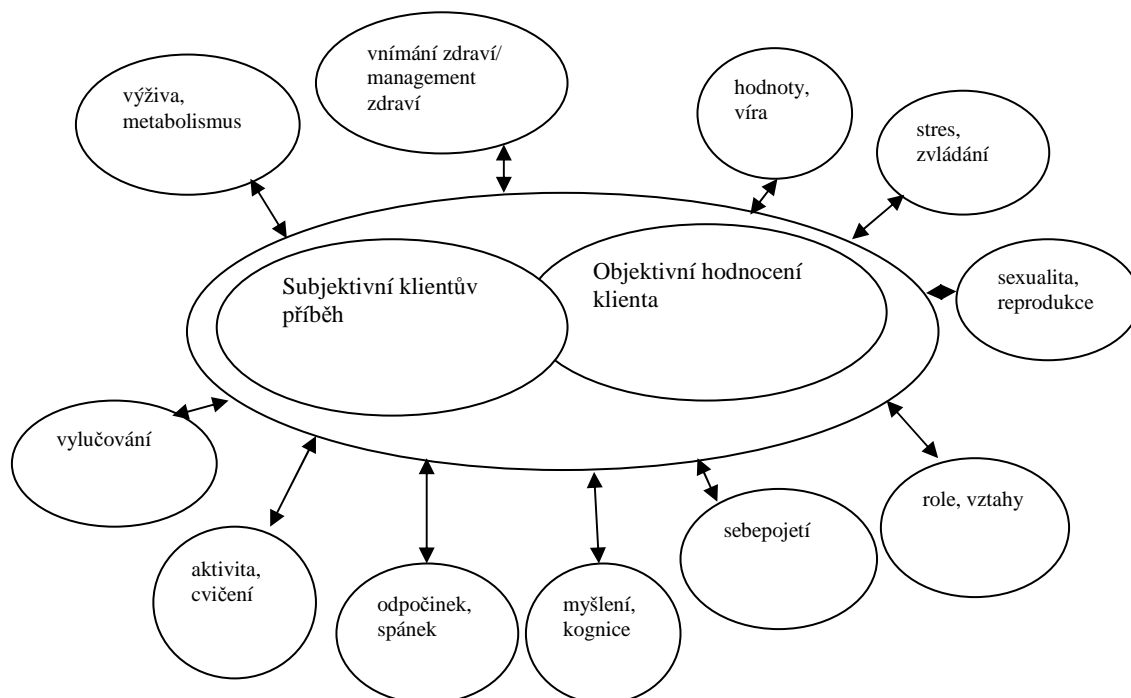
Klientův příběh

Jedním z prvních kroků studenta po seznámení se s klientem, je vyslechnutí jeho subjektivních prožitků. Klient má možnost vyprávět příběhy, které jsou pro něj důležité a které mnohdy přinášejí cenné informace o tom, jak vidí sebe, další významné osoby v jejich životě a svět, jehož jsou součástí. Sestra využívá narativního přístupu ke klientovi. Jak vnímá klient svou situaci a čeho chce dosáhnout. Naslouchání tomuto příběhu je začátkem rozvoje terapeutického vztahu. Obdržení těchto subjektivních dat je základním elementem v klinické úvaze. Příběh je tvořen kolem klienta, jeho příběh je jako kapitola v knize, kde existuje nějaká kapitola předcházející a nějaká kapitola ještě přijde. Klient sestře/studentovi tyto kapitoly otevírá postupně podle důvěry, kterou k nim má. (Mendez a Neufeld, s. 12) Pro klienta je hlavní postavou v příběhu jeho problém, pro zdravotníka je hlavní postavou **klient**. Sdílené rozhodování, které propaguje vzájemnost, je cíl ošetřovatelských pedagogů, který je třeba zdůraznit při výuce studentům ošetřovatelství (Conger, 1997).

Sestra by primárně měla posoudit situaci z pohledu klienta. Např. osoba s terminálním stádiem rakoviny plic může zjistit, že kouření je jedna z největších radostí zůstávající v jeho životě. Pokud jeho cílem je umřít poklidnou smrtí s kouřením, jako jeho součástí, a cílem všeobecné sestry je, aby se účastnil programu stop kouření, poté jsou cíle v konfliktu. Vypracovaný plán, aniž bychom brali v úvahu klientův cíl, nebude efektivní.

Posouzení klientova příběhu – mapa klinické úvahy

Sestra ve fázi posouzení klienta zaznamenává kromě subjektivních údajů také výsledky zjištěné prostřednictvím objektivizujících nástrojů a metod. Mnoho studentů ošetřovatelství je spokojenější se získáním informací pomocí procesu fyzikálního hodnocení než se získáním dat posloucháním klientovu příběhu. Data ze subjektivního příběhu i objektivní nálezy jsou však neoddělitelnou jednotou (obr. 1). Studentům při organizaci posuzovacího procesu je nápomocno několik nástrojů. Jaký nástroj použít záleží na kontextu prostředí klienta. V podmínkách českého zdravotnictví je klient posuzován obvykle pomocí Gordon Assessment tool (Gordon, 2002) – *Gordonové posuzovacímu nástroji – Funkční vzorce zdraví*. Tento nástroj pracuje celkem dobře u hospitalizovaných klientů. Směrem pryč z centra mapy jsou obousměrné šipky vedoucí ke kruhům zobrazující kategorie použitého hodnotícího nástroje. Gordonové hodnocené kategorie se skládají z 11 oblastí: management vnímání zdraví, výživa-metabolická, eliminace, činnost / cvičení, spánek / odpočinek / pohodlí, kognitivní, sebe-pojetí, role / vztahy, sexualita / produktivní, zvládání / stres, a hodnoty / přesvědčení. Obdržená data týkající se hodnocení klienta potom studenti vkládají, do příslušných kruhů v diagramu, výsledkem je **mapa klinické úvahy**. Myšlenková část tohoto procesu vzniká tehdy, když student ukazuje souvislost mezi daty tím, že kreslí linie spojující různá data, která se navzájem ovlivňují. U klienta s komplexním problémem bude spousta linií spojující kruhy. Kruhy s většinou linií směřujících k tomuto poukazují na **hlavní/centrální problém**, se kterým se dále může pracovat v síti klinické rozvahy.

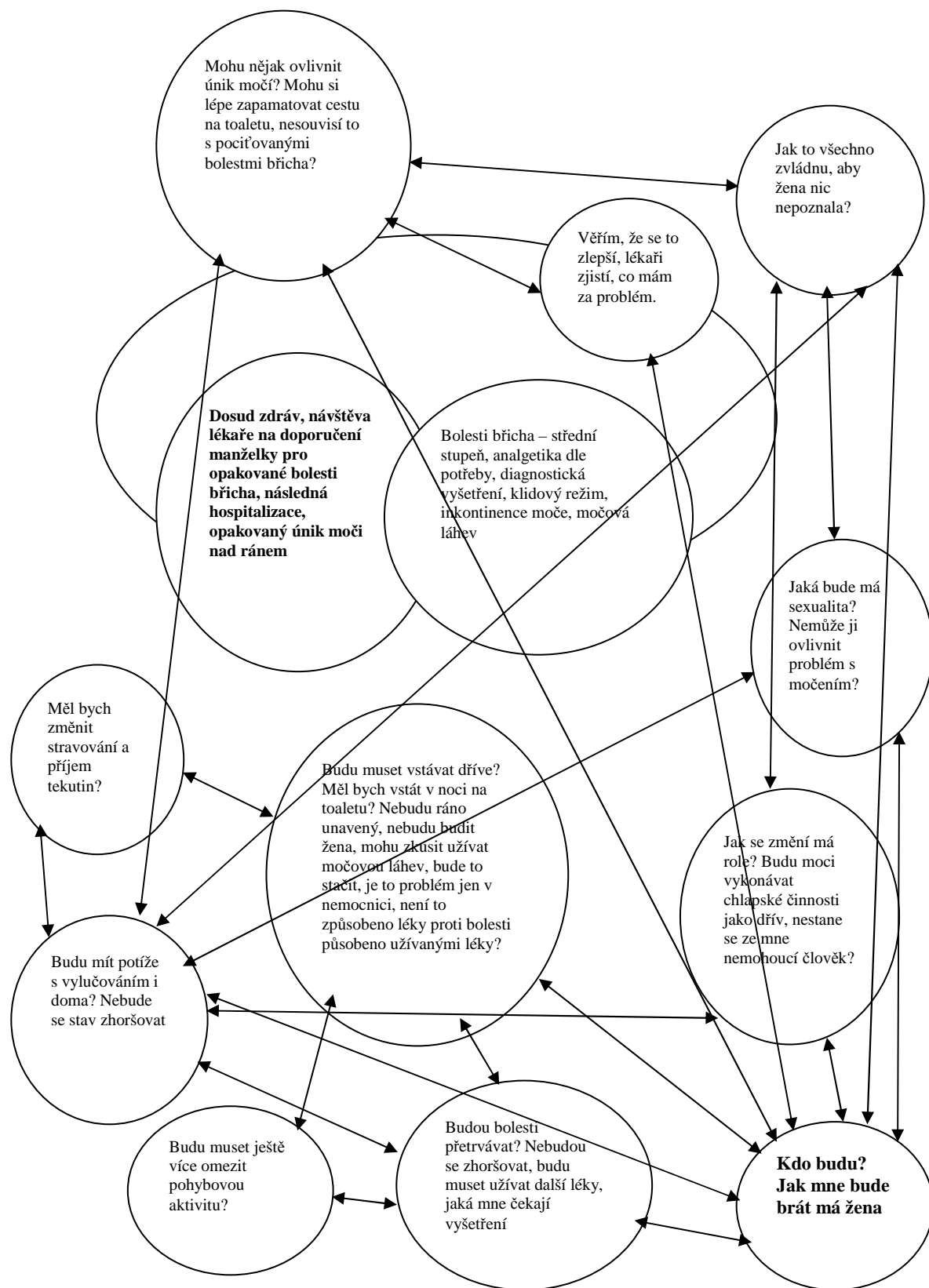


Obr. 1 Mapa klinické úvahy

Příklad mapy klinické úvahy

Pro názornost je prezentována modelová situace klienta. Pan His je přijat na interní oddělení z důvodu opakovaných bolestí v břiše. Pan His je ve věku 55 let a přišel v doprovodu manželky. Pan His uvádí, že byl vždycky zdravý jako „řípa“, a že vůbec do nemocnice nechtěl jít ale, že jej manželka donutila. Uvědomuje si, že to s ním myslí dobře. Jsou prý spolu víc jak třicet let a má pocit, že je vždy vše „po jejím“. Pan His sděluje, že společně byli vždy docela aktivní, když ještě nemíval bolesti, chodili pravidelně na túry a na procházky. Stravují se údajně někdy zdravě, někdy méně zdravě a někdy asi nezdravě, ale jak sděluje pan His „maso je přeci zdravé a to mám nejraději, může být klidně i tučnější.“ Skleničku alkoholu příležitostně neodmítá. V ranních hodinách prosí pan His o nové oblečení, neboť prý nestačil doběhnout na toaletu a došlo k malé nehodě. Druhý den se situace opakuje, s komentářem pana Hise, že je po ránu jaksi popleten a protože to tady moc nezná, tak vždycky utíká na druhou stranu, když potřebuje jít ráno na toaletu. Trošku se obává, aby se nic nedozvěděla jeho žena, protože by ho už nebrala, dle jeho slov „jako chlapa“. Večer, ale pan His nemůže ani usnout, protože se už obává rána, že opět dojde k pomočení a on nestihne dojít na toaletu. Jeho problém dokonce zastínil bolesti břicha, se kterými přišel k hospitalizaci, proto se domáhá návratu domů. V odpoledních hodinách odmítá pít, aby neměl na noc plný močový měchýř. Tady v nemocnici si totiž „připadá bezmocný“ zejména proto, že je to v ní všechno rozlehlé, stejné a špatně označené. Obává se závažné diagnózy, neboť má pocit, že zhoršené vnímání, pomočování a bolesti břicha spolu mohou souviset. Věří však, že současná medicína mu může pomoci. Sestra nabízí panu Hisovi močovou láhev, kterou nejprve pan His nechce, ale nechá si ji na zkoušku.

Subjektivní a objektivní data obdržená během posouzení a vztahy mezi nimi jsou stručně ukázány v mapě klinické úvahy, na které navazuje zvažování problému. Pokud nebude vylučování moče a bolest zvládnuta přiměřeně, může mít pan His potíže s příjmem tekutin, spánkem, pohybovou aktivitou a sexualitou. Pravá strana mapy klinické úvahy ukazuje množství přítomných problémů v souvislosti s jeho **budoucností** jako muže. K této oblasti směřuje tolik linií, jako u vylučování moče, proto zde bude sestra stanovovat prioritní ošetřovatelské diagnózy (obr. 2).

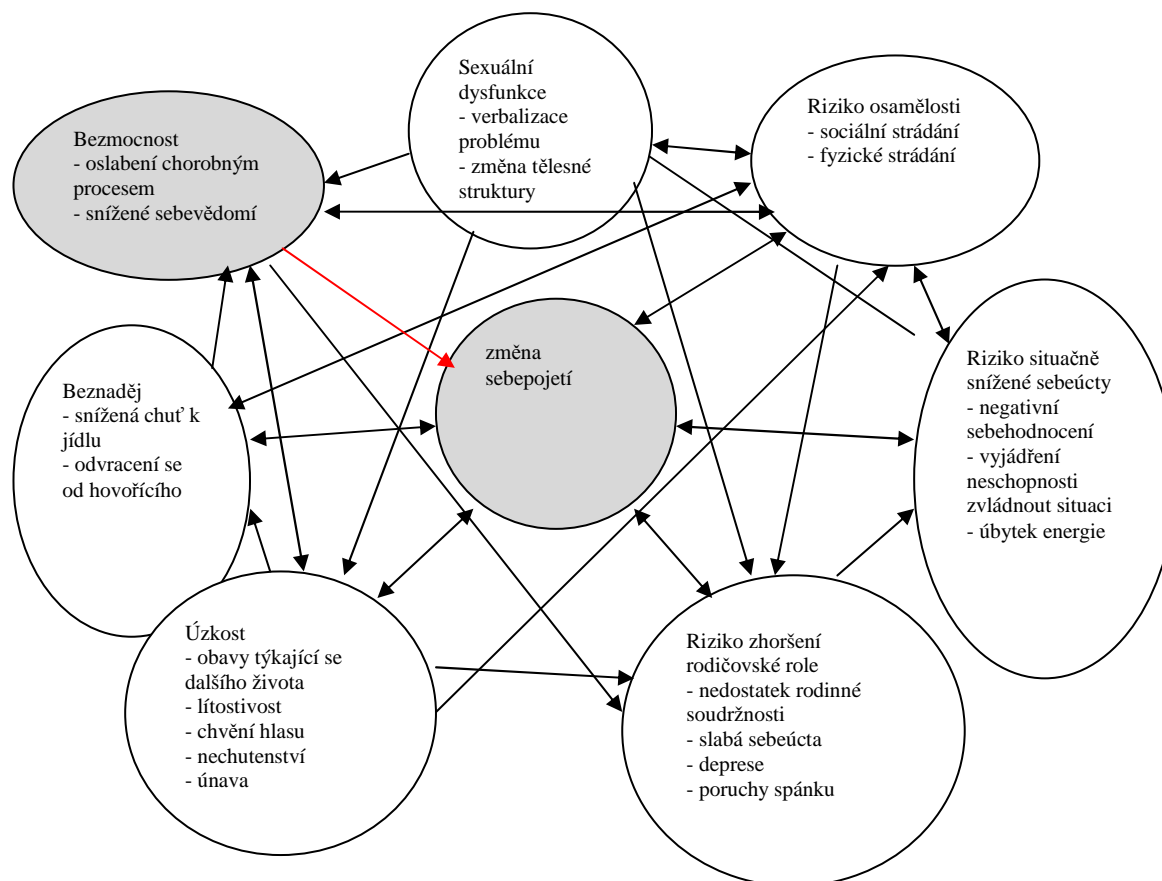


Obr. 2 Mapa klinické úvahy – modulový příklad

Sít' klinické úvahy

Data obdržena z klientova příběhu a z posouzení sestrou jsou jak ze subjektivního, tak z objektivního nálezu rozhodující o zaměření na centrální problém a jsou určující pro vývoj sítě klinické úvahy (problém se dostává do středu sítě). „Sít' klinické úvahy“ znázorňuje funkční vztahy mezi diagnostickými hypotézami odvozenými kritickým myšlením, které vedou k sblížení a následné identifikaci hlavních oblastí, které vyžadují péči" (Pesut,

Herman, 1999, s. 77). Síť podporuje klinickou úvahu pomocí klientova příběhu, pomůže identifikovat a reprezentovat problémy a potřeby pacienta. Názorně je síť klinické rozvahy vyplývající z příběhu pana Hise ukázána na obr. 3.



Obr. 3 Síť klinické úvahy

Závěr

Proces klinického uvažování vybízí studenty ke konverzaci o klientovi a s klientem. Celý proces je cyklický, avšak cykličnost je pouze formální a nepravidelná díky různým liniím zaměření.

Bibliografické zdroje

- BRUNT, B. A. Critical thinking in nursing: An integrated review. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 2005, roč. 36, č. 2, s. 60-67.
- CONGER, M., HADDON, R. *Expanding The Nursing Process: Developing Clinical Reasoning Skills In Baccalaureate Nursing Students*. (nepublikovaný materiál autorky M. Conger).
- FACIONE, P. A. SANCHEZ, C. A., FACIONE, N. C., GAINEN, J. The disposition toward critical thinking. *Journal of General Education*. 1995, roč. 44, č. 1, s. 1-25.
- FOWLER, L. Clinical reasoning strategies used during careplanning. *Clinical Nursing Research*. 1997, roč. 6, č. 4, s. 349-362.
- GORDON, M. *Manual of Nursing Diagnosis*. Philadelphia: Mosby, 2002. 593 s. ISBN 0323019781.

KAUTZ, D. D., KUIPER, RA., PESUT, D.J., WILLIAMS, R. L. Unveiling the use of NANDA, NIC, and NOC (NNN) language with the Outcome-Present State-Test (OPT) model of clinical reasoning, international. *Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2006, roč. 17, č. 3, s. 129-138.

KUPIER, R., PESUT, D. Promoting cognitive and metacognitive reflective reasoning skills in nursing practice: self regulated learning theory. *Journal of Advanced Nursing*. 2004, roč. 45 č. 4, s. 381-391. ISSN 1365-2648.

MENDEZ, L., NEUFELD, J. Clinical Reasoning. *What is it and why should I care?* Ottawa: CAOT, 2003. 35 s. ISBN: 1-895437-62-8

MURAY, M., ATKINSON, L. *Understanding the nursing process in a changing care environment*. New York: 2000, McGraw-Hill. 243 s. ISBN 978-0071350785.

PESUT, D. J., HERMAN, J. *Clinical reasoning: The art and science of critical and creative thinking*. Albany: Delmar Publishers, 1999. 264 s. ISBN 978-0-8273-7869-8.

TANNER, C. Critical Thinking: Beyond Nursing Process. *Journal of Nursing Education*, 2000, roč. 39, č. 8, s. 338-339.

PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.
Ústav ošetrovatelství a porodní asistence
Lékařská fakulta
Ostravská univerzita v Ostravě
Syllabova 19
703 00 Ostrava-Zábřeh
e-mail: lucie.sikorova@osu.cz

IMPLEMENTACE MULTIDISCIPLINÁRNÍHO PŘÍSTUPU PŘI ŘEŠENÍ KAZUISTIK VE VÝUCE PALIATIVNÍ PÉČE

Radka Bužgová, Radka Kozáková, Renáta Zeleníková

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

Abstrakt

Cílem příspěvku je prezentovat zkušenosti s implementací multidisciplinárního přístupu do výuky paliativní péče formou organizace Týmových dnů paliativní péče při výuce. Podstatou výuky v Týmových dnech je diskuse mezi studenty ošetrovatelství a multidisciplinárním týmem nad konkrétní kazuistikou pacienta. Multidisciplinární tým byl tvořen odborníky z praxe – lékař (1), psycholog (1), všeobecné sestry (2), sociální pracovník (1), duchovní (2), odborníkem v oblasti ošetrovatelské diagnostiky (1) a studenty 2. ročníku navazujícího magisterského studia denní i kombinované formy studia (20). Zadání kazuistiky obsahovalo 2 hlavní oblasti: představení probíraného pacienta a jeho rodiny a vlastní sebereflexe. Každá kazuistika byla probírána ve 45 minutové facilitované diskusi mezi studenty a multidisciplinárním týmem. Týmové dny paliativní péče přispěly k rozvoji multidisciplinární spolupráce a byly přínosem nejen pro studenty, ale i celý multidisciplinární tým.

Klíčová slova: multidisciplinární přístup, paliativní péče, kazuistika

Úvod

Světová zdravotnická organizace (2002) definovala paliativní péči jako *přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí a to prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží*. Z definice jednoznačně vyplývá důraz kladený na zmírnění utrpení a kvalitu života. Vzdělávání v paliativní péči by mělo odrážet filozofii poskytování paliativní péče, neboť je to proces, v němž se pracuje „s lidmi“ a „pro lidi“ než „na lidech“ (Sheldon, Smith, 1996, s. 100). Dle Sneddové (2006, s. 671) je interpersonální stránka paliativní péče pro pacienta důležitější než stránka fyzická, v níž se řešení nacházejí přece jen snáze. Hodnota připisovaná pozitivní lidské interakci znamená, že nejdůležitějším z nástrojů, jež mají odborníci k dispozici, jsou oni sami. Vzdělávání v paliativní péči by mělo tedy budoucí zdravotníky vybavit i dovednostmi v interpersonálních vztazích. V paliativní péči je kladen důraz také na multidisciplinární přístup. Proto je vhodné do výuky zařadit prvky „multiprofesního vzdělávání.“ Jedná se o proces, který dává příležitost sdílet studijní zkušenosti, odbourávat hranice mezi profesemi, zlepšovat porozumění role a silných stránek odborníků různých profesí a zkvalitňovat komunikaci a spolupráci prostřednictvím intenzivnější interakce (Barr, Waterton, 1996).

Také Kalvach a Sláma (2004) doporučují, aby vzdělávací programy v oblasti paliativní péče ve větším měřítku obsahovaly metody, kterými se členové ošetrovatelského týmu učí efektivní spolupráci a porozumění následujícím podstatným zásadám:

- zodpovědnosti týmu jako skupiny,
- roli, kterou každý člen týmu hraje při plnění úlohy, která byla týmu svěřena,
- rozsahu v jakém se různé role členů v týmu překrývají,
- procesům, které jsou nutné, aby byla spolupráce úspěšná,
- roli jakou tým v rámci celkových podávaných výkonů hraje.

Na základě těchto doporučení jsme se rozhodly implementovat do výuky předmětu paliativní péče pro studenty ošetrovatelství na LF OU prvky multidisciplinárního přístupu (multiprofesního vzdělávání) a kritického myšlení. Předmět paliativní péče je na LF OU zařazen ve 3. ročníku bakalářského studia a dále v širším rozsahu ve 2. ročníku navazujícího magisterského studia oboru ošetrovatelská péče v klinických oborech. Základním cílem výuky paliativní péče zejména v magisterském studiu je příprava sester, které dovedou být pacientovi a jeho rodině oporou, umí celostně rozpoznávat situaci pacienta a jeho rodiny a plánovat intervenci, umí komunikovat s navazujícími profesemi v bio-psychosociálně-spirituální ruznici, jejímž je středem a umí reflektovat (= vnímat a uvědomovat si) sebe ve vztahu k druhým. V první fázi jsme implementovaly prvky do výuky studentů magisterského studia a to organizováním Týmových dnů paliativní péče v rámci výuky. Inspirovaly jsme se konáním reflektované praxe a týmových dnů na FZS UPCE v Pardubicích ve spolupráci s dr. Bohumilou Bašteckou.

Implementace multidisciplinárního přístupu do výuky

Multidisciplinární přístup do výuky paliativní péče byl implementován formou Týmových dnů paliativní péče, které v rámci výuky předmětu paliativní péče proběhly na LF OU již dvakrát, v roce 2011 a 2012. Týmové dny se konaly vždy ve dvoudenních setkáních (20 vyučovacích hodin). Podstatou výuky je diskuse mezi studenty ošetrovatelství a multidisciplinárním týmem nad konkrétní kazuistikou pacienta. Kazuistiky zpracovaly studentky dle zadání při výkonu studentské praxe. Týmové dny vedla v řízené diskusi PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., multidisciplinární tým byl tvořen odborníky z praxe – lékař (1), psycholog (1), všeobecné sestry (2), sociální pracovník (1), duchovní (2), odborníkem v oblasti ošetrovatelské diagnostiky (1) a v neposlední řadě studenty 2. ročníku navazujícího magisterského studia denní i kombinované formy studia (20).

Cíle kazuistik pro týmové dny

Cílem tvorby a prezentace kazuistik na týmových dnech bylo:

- vyzkoušet si skupinovou práci, slyšet názory ostatních,
- rozšířit si vnímání pacienta (a jeho rodiny) a sebe ve vztahu k pacientovi a jeho rodině,
- doplnit pohled o důrazy psychosociální a duševně-duchovní (potřeby a zdroje, síly, hodnoty, strategie zvládnání) situace pacienta a jeho rodiny,
- naučit se situaci pacienta promýšlet v multidisciplinárním týmu,
- naučit se rozumět pacientovi a jeho rodině v souvislosti s nemocí.

Zadání kazuistik

Zadání kazuistik studentům proběhlo 3 měsíce před plánovaným termínem týmových dnů a současně před praxemi studentů. Součástí zadání kazuistiky bylo představit probíraného pacienta a jeho rodinu a vlastní sebereflexe studenta, včetně vyjádření toho, jak se studentce úkol plnil.

Popis představení pacienta zahrnoval 3 oblasti:

- představení základními daty pacienta a epikrizou,
- představení ošetrovatelskou diagnózou,
- představení ošetrovatelským plánem.

Při **představení pacienta základními daty** byl kladen důraz na psychosociální souvislosti onemocnění, léčby a pobytu ve zdravotnickém zařízení (hospici/nemocnici/domácí péči). Studentky hledaly odpovědi na následující doporučené otázky: *V jakých souvislostech svého a rodinného života pacient/ka onemocněla? Jak probíhalo vyrovnávání se s onemocněním? Kdo rozhodoval o léčbě? Jaké jsou zdravotní přesvědčení pacienta/pacientky? Co nemoc znamená (též finančně) pro rodinu? Jak vypadá komunikace v rodině o této situaci, o umírání, závěti, volbě způsobu a místa rozloučení? Jaké jsou pacientovy zdroje a jaké zdroje má rodina?*

Kromě psychosociálních souvislostí se měly studentky zaměřit i na duševně-duchovní situaci pacienta a jeho rodiny. Tuto oblast pomáhaly mapovat tyto doporučené otázky: *V čem spatřuje daný pacient smysl života? Co považuje za svůj úkol v životě a jak se jeho pohled v tomto směru vyvíjel? Dařilo a daří se mu ho naplňovat? Zažívá někdy pocit vděčnosti? Kdy? Z čeho čerpá naději, pokoj, smíření, víru, radost? Co pro něj znamená, když se řekne, „je něco, co nás přesahuje“? Co pro něj znamená smrt? Co pro něj znamená náboženství? Co ho napadne jako první, když uslyší toto slovo? Jaké jsou jeho síly? Jakými způsoby zvládá ohrožující zátěž nemoci?*

Stanovení **ošetřovatelských diagnóz** u konkrétního pacienta bylo omezeno použitím pouze jedné určené domény z NANDA-International taxonomie II. Záměrně jsme vybraly domény, které se týkají psycho-sociální a spirituální oblasti (6 – vnímání sebe sama, 7 – vztahy, 9 – zvládání zátěže – odolnost vůči stresu, 10 – životní princip). Na základě stanovené diagnózy, vyhledávaly studentky možné ošetřovatelské intervence pro stanovení **ošetřovatelského plánu**.

Kromě představení pacienta a jeho rodiny byla důležitou součástí zadané kazuistiky vlastní **sebereflexe**. Pomůckou k uvědomění si vlastní hodnoty, síly, zdrojů a strategií zvládání byly doporučeny následující otázky: *V čem spatřuji smysl života? Co považuji za svůj úkol v životě a jak se můj pohled v tomto směru vyvíjí? Dařilo a daří se mi ho naplňovat? Zažívám někdy pocit vděčnosti? Kdy? Z čeho čerpám naději, pokoj, smíření, víru, radost? Co pro mě znamená, když se řekne, „je něco, co nás přesahuje“? Co pro mě znamená smrt? Co pro mě znamená náboženství? Co mě napadne jako první, když uslyším toto slovo? V čem spočívají moje síly? Jakými způsoby zvládám ohrožující zátěži?*

Způsob práce s kazuistikou na týmových dnech

Kazuistiky byly probírány vždy podle jednotlivých domén. Každá studentka prezentovala kazuistiku v 15ti minutách. Měla zkusit svoji „dvojjazyčnost“ - epikrízu říct jazykem lékařským a ošetřovatelskou diagnózu a plán tak, aby to pacient, jeho rodina a celý multidisciplinární tým (tedy i odborníci z jiných oborů) pochopili. Na závěr představila sebe, svoje hodnoty, síly, zdroje a strategie zvládání. Následovala 30 minutová facilitovaná diskuse ke konkrétní kazuistice, do které se zapojily studentky i multidisciplinární tým. Důraz byl kladen na řešení situace pacienta v rámci určené domény a také na hodnotový systém studentky a probíraného pacienta. Aby sestra mohla více porozumět setkání s pacientem a jeho rodinou, hledaly jsme v rámci diskuse odpověď na otázku: *Které hodnoty a přesvědčení „mého“ pacienta a jeho rodiny odpovídají mým (= sestřiným) vlastním hodnotám a přesvědčením, a kde vnímám rozpor?*

Závěr

Týmové dny paliativní péče přispěly k rozvoji multidisciplinární spolupráce. Byly přínosem nejen pro studenty, ale i celý multidisciplinární tým. Doporučujeme rozšířit výuku paliativní péče o prvky multidisciplinárního přístupu a kritického myšlení.

Bibliografické odkazy

- BARR, H., WATERTON, S. *Interprofessional Education in Health and Social Care in the United Kingdom*. London: Caipé, 1996. ISBN 1900804069.
- BAŠTECKÁ, B. Co když se zeptá? Vzdělávání sester pro paliativní péči a vnímání člověka v bio-psychosociálně spirituální celistvosti. In *Životní bilance ve stáří*. Sborník s odborné konference u příležitosti mezinárodního dne seniorů, 2009, s. 38-41.
- KALVACH, Z., SLÁMA, O. Vzdělávání v paliativní péči: návrh vzdělávacích program pro pregraduální a postgraduální přípravu lékařů. In *Cesta domů*, 2004. 36 s.

SHELDON, F., SMITH, P. The life so short, the craft so hard to learn: a model for post-basic education in palliative care. *Palliative Medicine*. 1996, roč. 10, s. 99-104.

SNEDDONOVÁ, M. Speciální profesní vzdělávání v paliativní péči. In PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, CH. (eds.) *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. s. 668-688. ISBN 978-80-87029-25-1.

Mgr. Radka Bužgová, Ph.D.
Ústav ošetrovatelství a porodní asistence
Lékařská fakulta
Ostravská univerzita v Ostravě
Syllabova 19
703 00 Ostrava-Zábřeh
e-mail: Radka.buzgova@osu.cz

PŘÍPADOVÁ STUDIE VE VÝUCE ODBORNÝCH PŘEDMĚTŮ

Eva Janíková, Renáta Zeleníková

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

Abstrakt

Příspěvek přináší ukázkou vyučovací hodiny s využitím výukových případových studií a dalších tradičních i aktivizujících metod. V rámci projektu Inovace profesních zdravotnických oborů CZ.1.07/2.2.00/15.0020, který byl spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky, byly vytvořeny kazuistiky, které mají studentům přiblížit praktickou část jejich studia a podpořit jejich zájem o zvolenou problematiku a obor. Díky nastíněným problémům je pak cílem vytvořit prostředí podnětné pro kritické myšlení. Tyto cíle vyžadují zájem samotného vyučujícího a jeho vysokou kvalifikaci nejen pro pedagogiku, ale i pro samotnou praxi.

Klíčová slova: výuková případová studie, metodika, vyučovací hodina, Crohnova nemoc, stomie

Úvod

Umění předávat informace žákům/studentům je dovednost, kterou učitelé získávají víceméně v průběhu studia na vysoké škole, ale zejména samotnou pedagogickou praxí. V rámci obecné didaktiky, která je charakterizována jako teorie vyučování, jako věda, která studuje obecné otázky procesu vyučování, se vymezily didaktiky oborové. Tyto se začaly rozvíjet především po druhé světové válce a znamenají propojení zvoleného vědního oboru (např. ošetrovatelství) s pedagogikou a psychologií. Základní otázkou je pak „JAK“ (jakou formou, jakými metodami aj.) vyučovat. V závislosti na didaktických zásadách (zásada vědeckosti, spojení teorie s praxí atd.) je třeba i v rámci vysokoškolského vzdělávání respektovat psychologická pravidla a zákonitosti vnímání, učení, zapamatování apod. Proto by se výuka na vysoké škole neměla omezit pouze na faktické předávání informací, ale zakomponovat metody využívající aktivity samotných studentů, kteří se tak stávají partnery v rámci vyučovacího procesu. Jednou z těchto může pak být práce s kazuistikou, která stojí na pomezí situačních a inscenačních metod. Důležité je upozornit na rozdíl mezi klinickou a výukovou případovou studií, jež je stručně znázorněn v tab. 1. (Skalková, 2007, s. 18; Kuberová, 2008, s. 11 – 23; Janiš, Kraus, Vacek, 2010, s. 53; Nemcová, Hlinková a kol., 2010, s. 165 – 178, Šauer, Lisa, 2007)

Tab. 1 Hlavní rozdíly mezi případovou studií a výukovou případovou studií (Šauer, Lisa, 2007)

Charakteristika	Případová studie	Výuková případová studie
Rozsah a míra detailů	Může být velmi obsáhlá a rozsáhlá	Musí být přiměřeně dlouhá, nemůže obsahovat příliš detailů
Řešení problémů	Musí být uvedeny	Nesmí být ve studii uvedeny (možná řešení mohou být pouze součástí poznámek pro učitele)
Názorová vyváženost	Může obsahovat alternativní řešení, často však obsahuje jen řešení výhodné pro zpracovatele	Musí přinášet vybilancované informace tak, aby student měl možnost nalézt alternativní řešení
Shoda popisované situace s realitou	Musí řešit reálnou situaci	Situace může být částečně modifikována, aby vystihovala typickou situaci, případně aby umožnila aplikaci určité metody, konceptu či teorie

V rámci projektu Inovace profesních zdravotnických oborů CZ.1.07/2.2.00/15.0020, který byl spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky, byly vytvořeny kazuistiky vycházející z klinické praxe, a které byly zakomponovány do výuky odborných předmětů. Naším cílem je ukázka možného přístupu vedení vyučovací hodiny s použitím těchto případových studií a dalších aktivizačních metod.

STRUKTURA VYUČOVACÍ HODINY (Ošetrovatelská péče v chirurgii cvičení)

Téma: Ošetrovatelská péče o pacienta s Morbus Crohn

Časová dotace: 90 minut

Cíle:

- Studenti získají základní informace o zvoleném onemocnění – Crohnově nemoci a střevních vývodech, které budou schopni interpretovat.
- Studenti stanoví ošetrovatelské diagnózy dle NANDA Int. tax. II dle priorit a následně pak určí ošetrovatelské intervence – vytvoří plán ošetrovatelské péče v předoperačním období pro konkrétního pacienta.
- Studenti si uvědomí roli všeobecné sestry v edukaci pacienta v souvislosti s životním stylem a léčebným režimem.
- Studenti vyjmenují stomické pomůcky a na modelu provedou výměnu stomického sáčku

Zvolené metody: brainstorming, přednáška, výuková případová studie, souhlas s tvrzením, demonstrace, instruktáž, samostudium

Potřebné didaktické pomůcky: flip chart, PC, dataprojektor, připravené kazuistiky, psací potřeby, pracovní listy, formulář „souhlas s tvrzením“, stomické pomůcky, model stomie

Motivační fáze:

- Přivítání studentů, seznámení s tématem a cíly vyučovací hodiny.
- Pomocí brainstormingu a osobní zkušenosti snaha vzbudit ve studentech zájem o zvolenou problematiku.

Expoziční fáze:

- Stručný vhled do problematiky daného onemocnění – Morbus Crohn (základní informace o příčinách, projevech, diagnostických metodách a léčebných postupech). Použití pracovního listu, kde si studenti mohou doplnit poznámky (příloha 1).

- Rozdělení studentů do skupin (3 – 4 studenti) a seznámení je s vybranou kazuistikou (případová studie je každé skupině k dispozici v tištěné verzi, jsou zodpovězeny případné nejasnosti v popisu případu). Následuje práce ve skupinách ve stanoveném čase, dle určených úkolů (příloha 2).
- Společná prezentace jednotlivých skupin, konfrontace vypracovaných ošetrovatelských plánů, diskuze nad rozdílnými pohledy, využití osobních zkušeností jednotlivých studentů.
- Ukázka stomických pomůcek a demonstrace výměny stomického sáčku na modelu, praktický nácvik studentů.

Fixační fáze:

- Shrnutí ošetrovatelských intervencí v předoperačním období, stanovení možných ošetrovatelských diagnóz dle NANDA Int. tax. II.

Verifikační fáze:

- Metodou „souhlas s tvrzením“ ověření zapamatovaných informací (příloha 3), zodpovězení případných dotazů.
- Zadání samostudia – úkolu: „Vyhledejte možnosti léčby (s jejich bližší charakteristikou/specifikací) u onemocnění Morbus Crohn“.
- Poděkování za aktivní přístup, shrnutí vyučovací hodiny a zhodnocení cílů, rozloučení, informace o navazujícím tématu další hodiny.

Závěr

Případové studie vytvářejí prostor pro skloubení teorie s praxí. Do prostředí školy tak přináší realitu, jež může vzbudit zájem a podnítit kritické myšlení. A to jsou výhody, proč by tato metoda neměla být zapomenuta, ale naopak užívána v rámci klinických předmětů i na vysokých školách. V rámci výše zmíněného projektu byly vytvořeny kazuistiky, které korespondují se sylabem vybraného předmětu (oboru) a jsou dále využívány ve výuce.

Bibliografické odkazy

- JANIŠ, K., KRAUS, B., VACEK, P. *Kapitoly ze základů pedagogiky*. 5. vyd. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2010. 163 s. ISBN 978-80-7435-083-2.
- KLENER, P. et. al. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén, 2011. 1174 s. ISBN 978-80-7262-705-9.
- KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
- LUKÁŠ, K. et. al. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada, 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.
- NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. a kol. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
- SKALKOVÁ, J. *Obecná didaktika*. 2. rozšířené aktualizované vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 328 s. ISBN 978-80-247-1821-7.
- ŠAUER, P., LISA, A. Využívání výukových případových studií při výuce environmentální ekonomie a politiky. *Envigogika*. 2007. roč. 2, č. 2.
- ZEMAN, M. et. al. *Speciální chirurgie*. Praha: Galén, 2006. 575 s. ISBN 80-7262-260-9.

Mgr. Eva Janíková
Ostravská univerzita v Ostravě
Lékařská fakulta
Ústav ošetrovatelství a porodní asistence
Syllabova 19, 703 00 Ostrava Zábřeh
e-mail: eva.janikova@osu.cz

PROCES IMPLEMENTACE A UDRŽENÍ KONTINUITY BEST PRACTICE V RÁMCI ODBORNÉ KLINICKÉ PŘÍPRAVY STUDENTŮ

Andrea Pokorná, Zdeňka Dobešová

Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství

Abstrakt

V průběhu profesní pregraduální přípravy všeobecných sester jsou studentům předkládány často pojmy jako best practice, best evidence apod. Best practice je v této souvislosti definována jako metoda nebo technika, která trvale prokazuje a přináší výsledky lepší než výsledky dosažené s jinými prostředky, a která je používána jako měřítko pro hodnocení kvality – česky hovoříme o nejlepší praxi. Často je „nejlepší praxe“ definována jako ta, která je uskutečňována na základě ošetrovatelských postupů založených na „nejlepších důkazech“ (best evidence) tedy dostupných výsledků ošetrovatelského výzkumu. Cílem „osvědčených postupů“ je implementovat relevantní a užitečné ošetrovatelské intervence, které jsou založeny na výzkumu, v realitě klinické praxe. Pokud ponecháme stranou skutečnost rozdílné úrovně předávaných poznatků a zaměříme se na vlastní začlenění a udržení kontinuity best practice v průběhu odborné klinické praxe a stáží studentů, objevují se mnohé nové otázky. Mají studenti možnost implementovat best practice? Jaké jsou jejich osobní zkušenosti s praxí založenou na důkazech v průběhu odborných klinických stáží? Lze udržet požadavek nejlepší praxe s ohledem na kvalitu péče a profesní satisfakci? V příspěvku bude prezentována cesta, jak zhodnotit možnosti studentů v oblasti udržení best practice postupů v základních a jednoduchých ošetrovatelských intervencích, na základě relevantních odborných zdrojů a praktických zkušeností autorů.

Klíčová slova: evidence based practice, kontinuita, odborná příprava, student, ošetrovatelství, reflektivní praxe.

Úvod

Praxe založená na důkazech (evidence based practice dále i jako EBP) umožňuje řešení problémů v klinické praxi a zajišťuje efektivní přístup ke klinickému rozhodování, založeném na hledání nejlepších a nejnovějších důkazů, na klinických zkušenostech, na hodnocení pacientů a preferenci hodnot v souvislosti s péčí (Zeleníková, 2007, s. 96). Integruje tak zkušenosti poskytovatelů péče s odbornými poznatky a nejlepšími externími klinickými důkazy. Všechna výše uvedená kritéria a okolnosti uplatňování praxe založené na důkazech by tedy jednoznačně měla vést k jisté unifikaci ošetrovatelské péče s přihlédnutím k individuálním prvkům nejen základních ošetrovatelských postupů, za účelem zvýšení bezpečnosti pacienta, ale také k vyšší profesní satisfakci pečujících.

Obsah

V současné době však stále, i přes přetrvávající snahu národních i mezinárodních profesních ošetrovatelských organizací, existuje mnoho nedostatků ve schopnostech implementovat a dlouhodobě využívat evidence based poznatky v klinické praxi (ICN, Closing the gap: From evidence to action, 2012, s. 6). Problematická situace se pak prohlubuje v případě, že v daném zdravotnickém zařízení absolvují profesní klinickou přípravu studenti nelékařských zdravotnických oborů. Obecně se předpokládá, že většinou zdravotnických pracovníků v klinické praxi a samozřejmě také studenty je přijímána a akceptována potřeba na důkazech založené praxe. V rovině poskytování péče (bed-side care/péče u lůžka) je realita méně optimistická a novým postupům méně nakloněná. Důvody tohoto stavu lze identifikovat s ohledem na orientaci a povahu klinické praxe (zaměření na výkon), na absenci obecně

platných požadavků (celonárodních standardů péče) a na nedostatek detailních informací o tom, jak realizovat výzkum v klinické praxi a využívat jej v rámci kritického myšlení (Cutcliffe, Bassett, 1997, s. 241). Důsledkem je pak prohlubování propasti mezi teoretickou přípravou studentů, jejich klinickou praxí a zkušenostmi, které zde získávají (theory and practice gap). Mezi hlavní bariéry využívání nových a podložených poznatků v klinické praxi patří zejména:

- nedostatečné přesvědčení sester o tom, že výsledky výzkumu jsou relevantní pro praxi;
- nedostatečná sebedůvěra ve vlastní schopnost najít, pochopit a vyhodnotit informace z výzkumů;
- nedostatečný čas k implementaci změn;
- nedostatečná podpora a důvěra organizací v podpoře EBP (Nagy et al., 2001, s. 316-317).

Obdobné důvody pro nevyužívání EBP v průběhu klinických stáží lze identifikovat také u studentů, ovšem zde ještě umocňované tím, že studenti se cítí jako hosté, nemají dostatek prostoru pro vlastní vyjádření potřeb a požadavků a domníváme se, že mohou být vnímáni jednotlivými pracovníky i managementem jako „ředitelé zeměkoule“ bez dostatku zkušeností. Právě podporu ze strany managementu akcentuje také průzkum Gifforda et al. (2007, s. 129), kteří hodnotili dvanáct studií zaměřených na podporu evidence based postupů v klinické praxi. Jako hlavní facilitativní postup identifikovali modelování rolí managementem zdravotnického zařízení a technické zázemí při implementaci nových ověřených postupů – tedy strategickou roli liniového managementu v procesu přenosu nových poznatků a výsledků výzkumů do praxe. Obdobná zjištění poskytl průzkum provedený v Británii, který navrhuje jako klíčové aktivity podpory EBP skupinové klinické semináře za účelem předávání nových poznatků a zkušeností a udržení kvality péče (Alleyn, Jumaa, 2007, s. 242). Autoři, tak staví vedle sebe na stejnou úroveň „dobré ošetřovatelství“ a „dobrý management“, který je základním předpokladem kvalitní péče. V neposlední řadě je třeba zmínit institucionální bariéry, zahrnující nedostatek finančních prostředků, rozdílné priority a cíle dané organizace související například s personálními zdroji a výběrem pracovníků (Pravikoff et al. 2005; Ring et al. 2005). Výše uvedená fakta jsou známá i v podmínkách českého zdravotnictví (Zeleníková, 2007; Plevová, 2007; Jarošová, 2008; Pokorná, Ježová, 2011) a naším záměrem není je opakovat. Snažili jsme se naopak nalézt cestu, jak napomoci studentům k překonávání rozdílů mezi teoretickou přípravou a klinickou zkušeností. Budeme-li vycházet z předpokladu managementu jako klíčového nástroje změny, pak pro zajištění praktické výuky, jsou klíčovými koordinátoři odborných klinických stáží (link teachers). Strategické a didakticko metodické postupy pro podporu evidence based aktivit a jejich implementaci v klinické praxi na pracovišti autorek, byly také z tohoto důvodu zaměřeny na několik oblastí:

- na identifikaci problémových situací, s nimiž se studenti v průběhu klinické praxe setkávají v běžných ošetřovatelských intervencích (pomocí supervizních setkání s link teachers, reflexních listů dle metodiky Stetler/Marram modelu určených jak pro studenty ošetřovatelství, tak pro mentory a skupinových supervizních mítinků);
- na pomoc v akceptaci limitujících faktorů pro implementaci EBP (porozumění situacím, v nichž není možné zcela do důsledků akceptovat požadavky evidence based practice s ohledem na aktuální situaci na pracovišti);
- na efektivní kooperaci s mentory v rámci individuální supervize studentů;
- na navržení efektivní metodiky pro podporu evidence based aktivit studentů v klinické praxi s využitím poznatků z teoretické výuky dle PICO – T rámce.

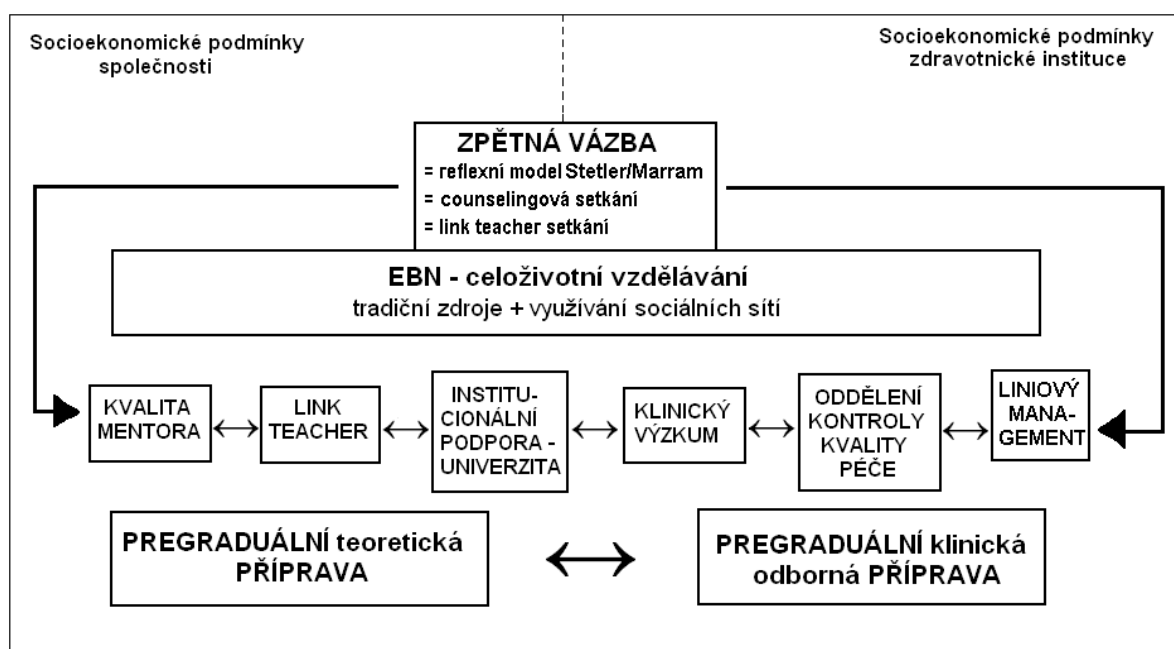
V souvislosti s výše uvedenými strategiemi je ale nezbytné zmínit také potenciální rizika spojená s edukací založenou na důkazech, která mohou veškerou snahu o podporu evidence based practice významně negativně ovlivnit. Mareš (2009, s. 248-253) uvádí následující hlavní rizika:

- neznalosti postupů při poznávání a dokazování
- mechanického přebírání principů z medicíny
- neoliberalního přístupu k edukaci

- monopolu na vědecké důkazy
- nevhodně vedené demarkační linie
- zdánlivé exaktnosti
- zdánlivé bezkontextovosti.

Závěr

Podpora best practice v rámci odborné klinické přípravy studentů zahrnuje několik významných kroků, které shrnuje prezentované schéma (viz obr. 1). Předání na důkazech založených poznatků v teoretické výuce a podpora kritického myšlení studentů v souvislosti s řešením modelových situací v podmínkách školního prostředí se nám osobně jeví nesrovnatelně jednodušší, než udržení kvality poskytované péče a implementace EBP v běžné klinické praxi. Rycroft-Malone et al. (2002, s. 42) popisují tři hlavní determinující faktory v organizaci pro realizaci EBP: důkazy, kontext a podporu. Důkazy zahrnují výzkum, klinické rozhodování a vlastní péči o pacienta. Související faktory zahrnují kulturu, vedení a proces vyhodnocování. Třetím faktorem je facilitace, která obsahuje odpovídající účel, funkce a potřebu, aby dovednosti odpovídaly aktuální situaci. Všechny komponenty jsou zahrnuty v námi prezentovaném schématickém modelu, jehož efektivita je aktuálně ověřována u studentů prvního ročníku studijního oboru všeobecná sestra. Model kontinuity EBP lze také, v případě jeho pozitivního ověření, využít v rámci adaptačního procesu nových pracovníků (tedy nejen v mentoringu, ale i preceptoringu).



Obr. 1 Model kontinuity EBP v klinické přípravě studentů

Bibliografické odkazy

- ALLEYNE, J., JUMAA, M.O. Building the capacity for evidence-based clinical nursing leadership: the role of executive co-coaching and group clinical supervision for quality patient services. *Journal of Nursing Management*. 2007, vol.15, no. 2, pp.230-243.
- CUTCLIFFE, J. R., BASSETT, C. Introducing change in nursing: The case of research. *Journal of Nursing Management*. 1997, vol. 5, pp. 241-247.
- GIFFORD, W., DAVIES, B., EDWARDS, N., GRIFFIN, P., LYBANON, V. Managerial leadership for nurses' use of research evidence: an integrative review of the literature. *Worldviews Evidence Based Nursing*. 2007, vol. 4, no. 3, pp. 126-145.

- ICN. *Closing the gap: From evidence to action*. Ženeva: International Council of Nurses. 2012, 52 s. ISBN 978-92-95094-75-8.
- JAROŠOVÁ, D. Ošetrovatelství založené na důkazech jako součást výuky. In: BUŽGOVÁ, R., SIKOROVÁ, L. (ed.) *Ošetrovatelská diagnostika praxe založená na důkazech. Nursing Diagnostics and Evidence Based Nursing*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008, s. 26-30. ISBN 978-80-7368-499-0.
- JOHNSON, M., GRIFFITHS, R. Developing evidence-based clinicians. *International Journal of Nursing Practice*, 2001, vol. 7, pp. 109-118.
- MAREŠ, J. Edukace založená na důkazech: Inspirace pro pedagogický výzkum i školní praxi. *Pedagogika*. 2009, roč. LIX, s. 232-258.
- NAGY, S., LUMBY, J., MCKINLEY, S., MACFARLANE, C. Nurses' beliefs about the conditions that hinder or support evidence-based nursing. *International Journal of Nursing Practice*. 2001, vol. 7, no. 5, pp. 314-321.
- PLEVOVÁ, I. Evidence Based Praktice jako součást celoživotního vzdělávání sester. In: *Ošetrovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech*. Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, Repronis Ostrava, 2007, s. 72-76. ISBN 978-80-7368-230-9.
- POKORNÁ, A., JEŽOVÁ, M. The Importance of Evidence-Based Nursing in Geriatric Nursing Care from the Viewpoint of Professional Caregivers. In JURENÍKOVÁ, P., POSPIŠILOVÁ, A., STRAKOVÁ, J. (ed.). *Conference Proceedings of the IV. International Conference of General Nurses & Workers Educating Paramedical Staff*. Brno: Tribun EU. 2011, s. 116-122. ISBN 978-80-263-0002-1.
- PRAVIKOFF, D.S., TANNER, A.B., PIERCE, S.T. Readiness of US nurses for evidence-based practice. *American Journal of Nursing*. 2005, vol. 105, no. 9, pp. 40-51.
- RING, N., MALCOLM, C., COULL, A., MURPHY-BLACK, T., WATTERSON, A. Nursing best practice statements: an exploration of their implementation in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*. 2005, vol. 14, no. 9, pp. 1048-1058.
- RYCROFT-MALONE, J., HARVEY, G., KITSON, A., MCCORMACK, B., SEERS, K., TITCHEN, A. Getting evidence into practice: ingredients for change. *Nursing Standard*. 2002, vol. 16, no. 37, pp. 38-43.
- SACKETT, D. L., STRAUSS, S. E., RICHARDSON, W.S., ROSENBEG, W.M.C., HAYNES, R. B. *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. London: Churchill-Livingstone, 2000. 261 p. ISBN 978-0443062407.
- ZELENÍKOVÁ, R. Evidence Based Praktice – nový trend v ošetrovatelství. In: *Ošetrovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech*. Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, Repronis Ostrava, 2007, s. 96-99. ISBN 978-80-7368-230-9.

PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.
 Katedra ošetrovatelství
 Lékařská fakulta
 Masarykova univerzita
 Kamenice 3
 625 00 Brno
 E-mail: apokorna@med.muni.cz

PŘÍPADOVÁ STUDIE PRO VÝUKU OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE – KLASIFIKACE ALIANCE NNN V KLINICKÉ OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

Soňa Bocková

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

Abstrakt

Příspěvek přibližuje způsob výuky EBP ukázkou případové studie pro předmět *Ošetrovatelský proces a dokumentování*. Student po absolvování tohoto předmětu dokáže popsat základní fáze ošetrovatelského procesu a vysvětlit význam jednotlivých složek. Dále by měl být schopen dokumentovat ošetrovatelské diagnózy, vhodně stanovit ošetrovatelské intervence a očekávané výsledky péče. Pro výuku předmětu byla zvolena kazuistika s cílem vyhledání nejlepších důkazů pro využití Aliance 3N v ošetrovatelské dokumentaci. Aliance NNN (NANDA International – ošetrovatelské diagnózy, NIC – ošetrovatelské intervence a NOC – očekávané výsledky péče) patří mezi nejčastější klasifikační systémy při výuce ošetrovatelské diagnostiky.

Klíčová slova: NANDA International, Aliance NNN, implementace do praxe, nemocniční zařízení, registrované sestry, ošetrovatelská dokumentace

Úvod

V oblasti zdravotnictví, v našem případě na poli ošetrovatelské klinické praxe, dochází k zavádění mnoha změn, které se dotýkají jednak stránky kvality, vývoje technologických postupů, zavádění moderních trendů a v neposlední řadě změn ekonomických. Především se začíná klást důraz na ekonomicky přijatelnou, kvalitně vyspělou a vysoce erudovanou ošetrovatelskou péči, která je poskytována způsobem vhodně měřitelným s jasnými doporučeními toho nejlepšího pro našeho pacienta. Zejména z důvodu již zmíněné ekonomické stránky a finančních tlaků na poskytovanou zdravotní péči je potřeba se s maximálním možným úsilím snažit minimalizovat výdaje ale s kvalitně zajištěnou poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Evidence - Based Practice (EBP) ve výuce ošetrovatelství je zaměřena na získání schopností a zručností vyhledávání důkazů podložené klinickou praxí a jejich následnou implementací do ošetrovatelské praxe s cílem zaměření péče na jednotlivce, rodinu a komunitu. Získané důkazy využijí všeobecné sestry a porodní asistentky při plánování a poskytování ošetrovatelské péče, která se stává adresnější, měřitelnější a pro pacienta mnohem kvalitnější. Proces EBP je autory Ackley, Ladwig (2010) popisován jako „zlatý standard“ ošetrovatelské péče, který vede k dokonalosti v ošetrovatelství. Sestry/porodní asistentky v klinické praxi by měly využívat prvky EBP, což ale vyžaduje pochopení a porozumění podstatě ošetrovatelství, dopadům na ošetrovatelskou praxi a ošetrovatelskou profesi (Finkelman, Kenner, 2012, s. 357).

Klasifikační systém Aliance 3N zlepšuje ošetrovatelská posouzení pacienta, kterým se začíná při vstupu do ošetrovatelského procesu, napomáhá v mnohem lepší identifikaci ošetrovatelských problémů, na které následně navazuje nastavení a plánování ošetrovatelské péče, její realizace a konečné vyhodnocení, zda bylo dosaženo očekávaného stavu pacienta s ohledem na jeho bio-psycho-sociální potřeby s respektováním jeho vlastní individuality. Součástí ošetrovatelského procesu, který je základní povinností a kompetencí výkonu povolání registrované sestry ze zákona, je vedle poskytování ošetrovatelské péče také její dokumentování. Bez dokumentace s přesně vymezenou ošetrovatelskou terminologií není možné následně ověřit, zjistit a změřit, zda vše co bylo naplánováno, bylo také realizováno a následně vyhodnoceno. Ošetrovatelská dokumentace v klinické praxi slouží mnoha účelům současně. Jednak dokumentuje veškeré aktivity a činnosti, které byly realizovány v péči o

pacienta, slouží pro lékaře ke zhodnocení stavu nemocného z pohledu ošetrovatelské péče, pro ostatní členy multidisciplinárního týmu, je podkladem informací pro rodinné příslušníky a pacienta samotného. Ještě do nedávných let u nás převažoval tzv. paternalistický přístup ze strany zdravotníků k pacientovi, ten byl ovšem postupem doby změněn na vztah mnohem užší, kdy pacient spolurozhoduje o postupech léčby a stává se pro zdravotníky jejich partnerem. Z toho důvodu může také dokumentace pacienta sloužit jako nástroj pro řešení soudních sporů, vedených ať už mezi zdravotníkem a pacientem, jeho rodinnými příslušníky, tak rovněž mezi zdravotníky navzájem. Proto je potřeba klást důraz na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče včetně vedené dokumentace, která bude měřitelná s využitím jasně stanovených doporučení a kritérií pro klinickou praxi.

Témata případových studií pro výuku

Během výuky Ošetrovatelského procesu a dokumentace se studenti seznamují s podstatou procesu a zásadami vedení dokumentace, získají informace o nutnosti dodržování legislativního rámce při záznamu ošetrovatelské péče a získají schopnosti vedení ošetrovatelské diagnostiky. Klasifikační systém Aliance NNN představuje jeden ze systémů standardizované ošetrovatelské terminologie, která může pomoci managementu zdravotnických zařízení poskytovat ekonomicky měřitelnou ošetrovatelskou péči. Pro potřeby výuky tohoto předmětu bylo vytvořeno pět případových studií pro tematický celek (ošetrovatelská dokumentace v klinické praxi) se zaměřením na role všeobecných sester a porodních asistentek a také na dokumentaci poskytované ošetrovatelské péče: 1) *Využití klasifikačního systému Aliance NNN v ošetrovatelské dokumentaci*, 2) Implementace elektronické dokumentace, 3) Dokumentace výsledků péče s využitím Aliance NNN, 4) Edukace pacientů v prevenci rozvoje komplikací, 5) Edukace pacientů v prevenci vzniku nemoci. Výuka podle principů EBP bude podrobněji prezentována na první případové studii, viz tab. 1.

Tab. 1 Případová studie

Využití klasifikačního systému v ošetrovatelské diagnostice a dokumentaci (případová studie)

Utilization the classification system for nursing diagnosis and documentation (case study)

U pacientů hospitalizovaných na akutních odděleních proběhlo auditní šetření interními auditory. Auditní kontrola byla naplánována na kvalitu ošetrovatelské dokumentace se zaměřením na dokumentaci ošetrovatelských diagnóz. Ošetrovatelské diagnózy jsou dokumentovány všeobecnými sestrami s využitím klasifikačního systému NANDA I. V rámci auditního šetření byly shledány nedostatky v záznamu přesné interpretace ošetrovatelských diagnóz spolu s určujícími znaky a souvisejícími faktory, které neodpovídají přesné formulaci. V ošetrovatelské dokumentaci chyběly záznamy ošetrovatelských intervencí nekorespondující s názvy ošetrovatelských diagnóz. Ošetrovatelské výsledky péče se v záznamech ošetrovatelské dokumentace vůbec nevyskytovaly. *Auditoři zvažují, zda využití klasifikačního systému Aliance NNN, vede ke kvalitní ošetrovatelské dokumentaci.*

Kroky ve výuce EBP

V úvodu hodiny je studentům představena případová studie „*Využití klasifikačního systému Aliance 3N v ošetrovatelské dokumentaci*, viz tab. 1 pro tematický celek Ošetrovatelská dokumentace v klinické praxi. Podstata vyhledávání důkazů spočívá v realizaci několika fázového procesu, do kterého autoři Melnyk et al. In Zeleníková (2011) řadí dotazování, formulace problému - klinické otázky, vyhledávání v literatuře a sběr důkazů, výběr klíčových prací a hodnocení nalezených důkazů, aplikace závěrů do praxe – integrace důkazů s klinickou zkušeností, hodnocení klinického rozhodnutí nebo změny a diseminace EBN

výsledků. Výuka studentů probíhá v pěti krocích identických s jednotlivými fázemi procesu. První a poslední fáze procesu – dotazování a hodnocení klinického rozhodnutí spolu s diseminací EBN výsledků do praxe nejsou součástí praktické výuky z důvodu realizace procesu EBN za studijním účelem. Obě tyto fáze jsou společné pro využití sester v každodenní praxi, které se denně setkávají s celou řadou klinických problémů, které mohou následně transformovat do podoby klinické otázky s využitím principů EBN. Pro účely výuky je potřeba nastudování **Manuálu EBP** Zeleníkové (2011), který provází studenty metodou procesu EBP a metodiku **Případová studie pro výuku ošetrovatelství** od autorů Jarošová a Vrublová (2011).

Formulace klinické otázky – 1. krok

Klinická otázka se formuluje v PICO formátu, viz tab. 2, který slouží pro vyhledávání v elektronických databázích s cílem nalezení relevantních článků, nutných k získání odpovědi na klinickou otázku.

Tab. 2 Klinická otázka v PICO formátu

P	Populace/problém	dokumentace oš. diagnóz (3)
I	Intervence/indikátor	klasifikační systém Aliance NNN (NANDA, NIC, NOC) (2)
C	Srovnatelná intervence	bez použití klasifikačního systému
O	Výsledek	kvalitnější dokumentace oš. diagnóz (1)

Studenti by měli být schopni stanovit jednotlivé komponenty PICO formátu, který jim následně pomůže vytvořit klinickou otázku. Tvorba klinické otázky může studentům činit větších potíží z důvodu nedostatečné klinické zkušenosti v ošetrovatelské praxi. Mnohem obtížnější však může být formulace jednotlivých prvků PICO formátu, zejména záměna pojmů problému a intervence. V případě námi zvolené kazuistiky by měla klinická otázka vypadat následovně: „*Klasifikační systém Aliance 3N vede ke kvalitnější dokumentaci ošetrovatelských diagnóz*“. Pokud studenti stanoví klinickou otázku, přecházejí k dalšímu kroku, jehož součástí je hledání nejlepšího důkazu na podkladě návrhu klíčových slov.

Hledání nejlepšího důkazu – 2. krok

Druhý krok procesu EBP představuje nalezení nejlepších důkazů pro podporu a možnou implementaci změny do klinické ošetrovatelské praxe. Studenti mohou jednotlivé komponenty PICO formátu očíslovat podle důležitosti, což jim umožní nastavení nejvhodnější vyhledávací strategie. V případě naší kazuistiky budou označena tato klíčová slova: číslem jedna „**kvalita**“, číslem dvě „**Aliance NNN (NANDA, NIC, NOC)**“ a číslem tři „**dokumentace**“. Klíčová slova se následně překládají do anglického jazyka, protože většina vyhledávaných zdrojů je psána anglicky. Z toho plyne požadavek na studenty, znalost anglického jazyka, zejména ošetrovatelské terminologie. Příklady českých a anglických klíčových slov jsou uvedeny v tab. 3.

Tab. 3 Klíčová slova

Pořadí	České alternativy klíčových slov	Anglické alternativy klíčových slov
1	kvalita; kvalita dokumentace	quality; quality of documentation
2	Aliance NNN; NANDA; NIC; NOC	Aliance NNN; NANDA; NIC, NOC
3	dokumentace; dokumentování;	documentation; documents; document*

Pro nalezení relevantních záznamů je potřeba k vyhledání užití několika databází současně. Studenti mohou pracovat jak s českými tak zahraničními databázemi obsahující nejčastěji anglicky psané příspěvky, nutné k dohledání důkazů aplikovatelných do klinické praxe. Po

zadání klíčových slov ve vybraných databázích studenti začínají vyhledávat články, které budou následně podrobeny důkladné analýze. Zásadní podstata pro nalezení nutné relevance spočívá v komplexnosti přístupu k vyhledávání. Studenti by si měli zvolit vyhledávací strategii, kterou v rámci výuky následně dokládají vyučujícím. Vhodnost strategie spočívá v různé kombinaci klíčových slov s užitím Booleovských operátorů - OR, AND, NOT, které jsou vyjádřením logického vztahu mezi klíčovými slovy. Následující tabulka 4 představuje ukázkou jedné výukové strategie pro navrženou klinickou otázku.

Tab. 4 Vyhledávací strategie

Vyhledávání 1	kvalita* OR kvalita dokumentace	quality OR quality of documentation
Vyhledávání 2	Aliance NNN OR NANDA OR NIC OR NOC	Aliance NNN OR NANDA OR nursing intervention OR nursing outcomes OR nursing diagnosis
Vyhledávání 3	dokumentace OR dokument*	documentation OR document*
Vyhledávání 4	1 AND 2 AND 3	1 AND 2 AND 3

Při vyhledávání v databázích je možné klíčová slova různě kombinovat a také vymežit limity, které pomohou k vyhledání. Nastavením limitů (např. období pro vyhledávání, typologie hledaných článků, typ publikací...) lze získat sice méně záznamů, ty však budou mnohem specifitější. Pro naši klinickou otázku, stanovenou v rámci výuky, nebylo nalezeno příliš mnoho zdrojů, proto není vhodné při vyhledávání stanovovat žádné limity. Při vyhledávání byly nalezeny tyto výsledky, viz tab. 5.

Tab. 5 Výsledky vyhledávání v databázích

DATABÁZE	KLÍČOVÁ SLOVA	POČET ZDROJŮ A DATUM VYHLEDÁVÁNÍ
http://scholar.google.cz/	„kvalita“, „NANDA“, „NIC“, NOC „dokumentace“	zdroje -50 datum: 10. 5. 2012
www.medvik.cz	„kvalita“	zdroje -829 datum: 10. 5. 2012
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	„quality“, „NANDA“, „NIC“, „NOC“, „documentation“	zdroje – 6 datum: 10. 5. 2012
http://www.sciencedirect.com/	„quality“, „NANDA“, „NIC“, „NOC“, „documentation“	zdroje – 59 datum: 10. 5. 2012

Kritické zhodnocení důkazu – 3. krok

Po nalezení důkazů podrobí studenti příspěvky analýze a kritickému zhodnocení jejich relevance. Měli by se zaměřit na obsah a strukturu příspěvků, na kolik jsou výsledky validní a reliabilní s následnou možností jejich aplikace do klinické ošetrovatelské praxe za účelem realizace změny. V případě námi navržené klinické otázky se dá změnou označit přístup k dokumentaci ošetrovatelských diagnóz. Je vhodné v rámci realizace ošetrovatelského procesu a poskytování ošetrovatelské péče využít klasifikační systém Aliance 3N pro dokumentaci ošetrovatelských diagnóz? S touto otázkou se studenti ošetrovatelství setkávají v rámci vykonávání odborných praxí, kde probíhá vzájemná konfrontace se zkušenými sestrami z praxe.

Integrace důkazu, klinické zkušenosti, hodnot a preferencí pacienta – 4. krok

Po kritickém zhodnocení důkazů přichází krok implementace změny do praxe. Tato fáze procesu EBP je však ovlivněna několika faktory. Klíčovým elementem je především bohatá klinická zkušenost sestry v praxi, kterou získají studenti až po ukončení studia a několikaleté ošetrovatelské praxi. Dalším faktorem jsou všechny úrovně managementu, které spolurozhodují při zavádění nových trendů a postupů do praxe, jejichž možnosti jsou limitovány ekonomickými hranicemi daných zařízení. Pro potřeby výuky je vhodné vést se studenty diskuzi na dané téma případové studie, zda je změna reálná, jaký případný dopad bude mít pro pacienta, na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče.

Poslední 2 kroky procesu zhodnocení výsledků praktických rozhodnutí a jejich diseminace již není předmětem výuky, jak bylo předesláno výše.

Závěr

Výuka studentů ošetrovatelství s implementací procesu EBP vede k hlubšímu porozumění předmětu Ošetrovatelský proces a dokumentování. Vyučující může pro potřeby výuky připravit kazuistiky na témata odrážející klinickou praxi s ošetrovatelskou dokumentací a ošetrovatelským procesem s názornou demonstrací zjištěných důkazů a diskutovat se studenty nad případnou implementací změny do praxe. Témata pro návrhy kazuistik mohou také přicházet od samotných studentů, kteří absolvují praxi v nemocničních zařízeních, kde se setkávají s celou řadou otázek souvisejících s obsahem přednášek tohoto předmětu. Implementace procesu EBP do výuky je také jedním z dalších kroků, jak zvýšit profesionalitu a autonomii v ošetrovatelství. Budoucí sestry získají větší erudici, schopnost rychlé orientace v aktuálně měnícím se prostředí, což povede k poskytování ošetrovatelské péče kvalitněji a mnohem ekonomičtěji.

Příspěvek byl vytvořen s využitím publikace *Využití principů EBP ve výuce a klinické praxi v ošetrovatelství* (Zeleníková, 2011) a metodiky *Případové studie pro výuku ošetrovatelství* (Jarošová, Vrublová 2011).

Bibliografické odkazy

ACKLEY, B., J., LADWIG, G. B. *Nursing Diagnosis Handbook - E-Ebook*. Mosby Elsevier, 2010. 960 p. ISBN 978-0-323-07150-5.

FINKELMAN, A., KENNER, C. *Professional Nursing Concepts: Competencies for Quality Leadership*. Jones & Barlett Learning, 2012. 524 p. ISBN 978-1-4496-4902-9.

JAROŠOVÁ, D., VRUBLOVÁ, Y. *Případové studie pro výuku ošetrovatelství – metodika*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2011. 14 s.

ZELENÍKOVÁ, R. *Využití principů EBP ve výuce a klinické praxi v ošetrovatelství – manuál*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2011. 30 s.

Mgr. Soňa Bocková
Ústav ošetrovatelství a porodní asistence
Lékařská fakulta
Ostravská univerzita v Ostravě
Syllabova 19
703 00 Ostrava-Zábřeh
e-mail: sona.bockova@osu.cz

IMPLEMENTACE AUDIOVIZUÁLNÍ TECHNIKY DO VÝUKY

Ilona Plevová, Eva Janíková

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

Abstrakt

Příspěvek přináší přehled tvorby audiovizuální techniky – DVD pro výuku praktických dovedností v ošetrovatelské praxi. Byla vybrána dvě témata, která se svou charakteristikou a složitostí výkonu v učebnách praktické výuky obtížně demonstrují. Bylo zvoleno zavedení centrálního žilního katétru (dále jen CŽK) a péče o *Vacuum assisted closure* (dále jen V.A.C. systém). V rámci projektu Inovace profesních zdravotnických oborů CZ.1.07/2.2.00/15.0020, který byl spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky byly vytvořeny dvě podoby DVD. První se uplatní ve výuce jako instruktážní film a druhé bude zpracováno pro E-learning v rámci programu Moodle.

Klíčová slova: e-learning, Moodle, V.A.C. systém, centrální žilní katétr, DVD

Úvod

Vysokoškolská pedagogika se vyznačuje zvýšenými nároky na kvalitu přípravy nejen po odborné, ale i metodologické didaktické stránce (Kalnický, 2009, s. 44). Didaktika kromě zásad komplexního rozvoje osobnosti žáka, zásady vědeckosti, zásady individuálního přístupu k žákům, zásady spojení teorie s praxí, zásady uvědomělosti a aktivity, soustavnosti a přiměřenosti apeluje na zásadu názornosti, což již od doby J. A. Komenského platí, že je třeba vnímat všemi smysly, tím se vědomosti a dovednosti stávají trvalejší (Janiš, Kraus, Vacek, 2010, s. 53; Kelnarová, Matějková, 2010, s. 131-132). Mojžíšek (1988, s. 35) dobu posunuje až do antiky, i když se také opírá o Komenského. Autor také zdůrazňuje, že vše, čemu učíme, je nutno předložit smyslům, tj. zraku, sluchu, hmatu, kinestetickým receptorům, chuti nebo čichu, aby žák vše viděl, slyšel, ohmatal a prožil. Taliánová a Řeřuchová (2011, s. 14-16) doplňují zásadu názornosti o procentuální vyjádření vnímání smysly a vyvracejí vědecké poznatky o 80 % přijímání vnímání informací zrakem a 12 % sluchem a tvrdí, že v tradičním pojetí výuky se setkáváme s opakem, kde je dominantní sluch. Doporučují pro názornost podpořit výuku ošetrovatelství o praktické ukázky na modelech, videoprojekci, výukovými programy na počítači, power-pointovými prezentacemi apod. Navíc doplňují didaktiku v ošetrovatelství o zásady vědeckosti (osvojení si poznatků odpovídající studentovy kognitivní úrovni v závislosti na současných ověřených vědeckých poznatcích) a operativnosti (trvalé osvojení vědomostí a praktických dovedností tak, aby byly použitelné pro každého jedince v dalším procesu sebevzdělávání i v praktických činnostech).

V našem případě, byla v rámci projektu Inovace profesních zdravotnických oborů CZ.1.07/2.2.00/15.0020, který byl spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky vytvořena audiovizuální pomůcka, DVD, která předkládá dvě témata – V.A.C. systém a zavedení centrálního žilního katétru (dále jen CŽK) a bude součástí jak prezenčního, tak i kombinovaného vzdělávání pomocí E-learningu a programu Moodle. E-learning představuje jednu z perspektivních možností ve vzdělávání. Je to nástroj pro tvorbu, aktualizaci, distribuci a vyhodnocení vzdělávání prostřednictvím síťových technologií a počítače s příslušným programovým a technickým vybavením. Nepodléhá klasické výuce učitel, žák, školní budova, třída, pomůcky apod., ale je vhodná pro svoji všestrannost pro výuku prezenčních i distančních studentů, ale i dalších subjektů vzdělávání (Střelec a kol., 2011, s. 210). „Learning“, tedy učení, označuje jeden ze stěžejních pojmů pedagogiky a psychologie, ale i jeden z klíčových procesů v životě člověka – učení, které je možno vymezit jako „získávání zkušeností a utváření jedince v průběhu jeho života“. Spojovník

mezi „e“ a „learning“ tak může opravdu symbolizovat „spojení“ či konvergenci možností ICT a principů učení, ale i (individuálních) potřeb všech aktérů vzdělávání (Zounek, 2009, 9 s.). E-learning chápeme jako multimediální podporu vzdělávacího procesu s použitím moderních informačních a komunikačních technologií, které je zpravidla realizováno prostřednictvím počítačových sítí. Jeho základem je v čase i prostoru svobodný a neomezený přístup ke vzdělávání (Kopecký 2006, s. 7). Moodle je softwarový balík určený pro podporu prezenční i distanční výuky prostřednictvím online kurzů dostupných na WWW. Moodle je vyvíjen jako nástroj umožňující realizovat výukové metody navržené v souladu s principy konstruktivisticky orientované výuky. Moodle umožňuje či podporuje snadnou publikaci studijních materiálů, zakládání diskusních fór, sběr a hodnocení elektronicky odevzdávaných úkolů, tvorbu online testů a řadu dalších činností sloužících pro podporu výuky (www.moodle.cz, cit. 2012-05-21). Audiovizuální pomůcky v moderním vyučování mají svou přirozenou podnětovou funkci v demonstračních metodách. Předávají názorné poznatky o jevech a současně se stávají objektem poznání Mojžíšek (1988, s. 72) a proto jsou nedílnou součástí pomůcek pedagoga.

Výběr témat

Jak již bylo řečeno výše, pro tvorbu audiovizuální pomůcky byla zvolena témata, která svým zaměřením není zcela možné prezentovat v odborné učebně při běžné výuce. Témata se dotýkají specifických postupů, které provádí vybraná pracoviště (V.A.C. systém) nebo jsou naopak běžná a student zdravotnického oboru by měl mít základní vhled do problematiky před samotnou osobní asistencí při výkonu (CŽK).

DVD vzniklo ve dvou podobách. První, která je vhodná pro e-learning, postup, jež spoléhá na studentovu aktivitu a samostatný přístup k tématu. Tento je doplněn vhodnými úkoly a cvičeními, které by měli studenta dovést k vyhledávání informací v odborné literatuře a podnítit tak jeho zájem o zvolenou problematiku. Druhá podoba materiálu, jež byla využita ve výuce je rozšířená o slovní a písemné komentáře a další související informace (např. Informovaný souhlas atp.)

NPWT – V.A.C. systém. Negative pressure wound therapy, NPWT, je moderní metoda, která využívá lokálně působícího negativního tlaku s cílem podpory hojení akutních či chronických ran. Tato metoda byla zavedena do praxe v roce 1898 a v současné době má použití v mnoha oblastech ošetřování různých typů ran (ve všech stádiích hojení). Indikací podtlakové terapie jsou hluboké či povrchové otevřené rány, např. bércové vředy, dekubity, diabetické ulcerace, dehiscence operačních ran apod. Naopak mezi kontraindikace patří malignity v ráně, suchá gangréna, osteomyelitis, obnažení cév v blízkosti rány apod. V rámci tvorby tohoto výukového materiálu bylo pracováno se systémem V.A.C., proto je dále užívána tato zkratka. Mezi další systémy, které se mohou používat, patří např. Vivano, Renasys apod. Aplikaci V.A.C. systému může provádět pověřená sestra nebo lékař. V tomto případě je pak rolí sestry příprava pomůcek, pacienta a vlastní asistence u samotného výkonu. V.A.C. systém je možné ponechat 3 – 5 dnů, velmi záleží na toleranci ze strany pacienta. V průběhu tohoto je nutno kontrolovat stav rány – těsnost folie, obsah a naplnění sběrného kanystru, subjektivní i objektivní projevy nemocného a v neposlední řadě také výsledky krevních vyšetření (zejm. hemokoagulace). Výsledky studií dokazují značné urychlení procesu hojení, snížení ekonomických nákladů a zvýšení komfortu ze strany pacienta. (Šimek, 2007, s. 4 – 8; Stryja, 2008, s. 64 – 66; Kapounová, 2007, s. 135)

Centrální žilní katétr (dále jen CŽK) je neocenitelný při léčbě a péči o pacienty s různě vážnými onemocněními (Adams, Harold, 1999, s. 78). Péče o kriticky nemocného vyžaduje jeden nebo více vstupů do cévního (žilního nebo arteriálního) systému. Spolehlivý a bezpečný přístup do žilního systému je výsledkem zkušenosti, která se získává přímo prací u lůžka (Zadák, Havel, 2007, s. 47). Role sestry spočívá v přípravě pacienta a jeho seznámení

s výkonem (Mikšová a kol., 2006, s. 179), v asistenci u výkonu a v péči v průběhu hospitalizace pacienta o CŽK. Samotný výkon zavedení CŽK vyžaduje důležitou zásadu dodržení aseptického postupu, který začíná přípravou operátora a místa, do kterého je kanylka zaváděna (Zadák, Havel, 2007, s. 47). Před samotou aplikací je nutná příprava sterilního stolku a materiálu a pomůcek mimo sterilní stůl, které bude lékař v průběhu výkonu potřebovat. Význam má i samotná příprava pacienta. Celý výkon by měl být proveden v krátkém časovém údobí, aby nebyl pacient vystaven dlouhodobému stresu z výkonu, aby se minimalizovalo případné zhoršení zdravotního stavu pacienta, v opačném případě, kdy je stav pacienta vážný, aby došlo k rychlému dodání léčiv, krevních derivátů, zavedení stimulace apod.

Zhodnocení

DVD vzniklo v rámci projektu Inovace profesních zdravotnických oborů CZ.1.07/2.2.00/15.0020 a za podpory partnerů, zejm. vybraných pracovišť Fakultní nemocnice Ostrava. Jako studijní materiál bylo využito pro studenty prvního a druhého ročníku oboru všeobecná sestra a porodní asistentka. Zhlédnutí bylo provázeno slovním komentářem vyučujícího a následnou ukázkou pomůcek a dalšími cvičeními v odborné učebně či na klinickém pracovišti nemocnice. Vzhledem ke zvoleným tématům studenti ocenili přímý náhled do problematiky, která byla pro mnohé z nich nová. Pozitivně hodnocena byla rovněž různorodost prezentovaných postupů, čímž byla umožněna diskuze a srovnávání již nabytých zkušeností samotných studentů z různých klinických pracovišť.

Závěr

Audiovizuální technika má nezastupitelné místo ve výuce nejen odborných předmětů. S pokrokem techniky se před námi otevírají stále nové a nové možnosti její implementace do výuky a tím zkvalitnění předávaných informací. Studentům umožňuje konfrontaci s reálnou situací v nemocničním prostředí a může tak sloužit jako podnět pro další studium.

Bibliografické odkazy

- ADAMS, B., HAROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1., české vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
- JANIŠ, K., KRAUS, B., VACEK, P. *Kapitoly ze základů pedagogiky*. 5. vyd. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2010. 163 s. ISBN 978-80-7435-083-2.
- KALNICKÝ, J. *Základy pedagogiky I*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2009. 117 s. ISBN 978-80-7248-543-7.
- KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 358s. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie I. díl*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 184 s. ISBN 978-80-247-3270-1.
- KOPECKÝ, K. *E-Lerning (nejen) pro pedagogy*. 1. vyd. Hanex: Olomouc, 2006. 130 s. ISBN 80-85783-50-9.
- MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., HERNOVÁ, R., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
- Moodle [online]. [cit. 2012-05-21]. Dostupný na WWW: <<http://moodle.cz/?lang=en>>.
- STŘELEČEK, S. et al. *Studie z teorie a metodiky výchovy II*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011. 214 s. ISBN 978-80-210-5512-4.
- ŠIMEK, M. et al. Vacuum assisted closure v léčbě sternálních infekcí po kardiokirurgických výkonech. *Hojení ran*. 2007, roč. 1, č. 1, s. 4 – 8. ISSN 1802-6400.

TALIÁNOVÁ, M., ŘEŘUCHOVÁ, M. *Vybrané kapitoly z didaktiky ošetrovatelství*. 1. Vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2011. 82 s. ISBN 978-80-7395-389-8.

ZADÁK, Z., HAVEL, E. Základní metody používané na jednotce intenzivní péče. In ZADÁK, Z., HAVEL, E. a kol. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 336 s. ISBN 978-80-247-2099-9.

ZOUNEK, J. *E-learning, jedna z podob učení v moderní společnosti*. Brno: Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, 2009. 161 s. ISBN 978-80-210-5123-2.

*PhDr. Ilona Plevová
Ústav ošetrovatelství a porodní asistence
Lékařská fakulta
Ostravská univerzita v Ostravě
Syllabova 19
703 00 Ostrava-Zábřeh
e-mail: ilona.plevova@osu.cz*

NUTRIČNÍ SKRÍNING U SENIORŮ V KOMUNITNÍ PÉČI

Radka Kozáková

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

Abstrakt

Cíl: Cílem tohoto příspěvku bylo zjistit nejvhodnější nutriční skrínigový nástroj k identifikaci rizika podvýživy u starších osob žijících v komunitní péči. Metody: Vyhledáváním v elektronických databázích (Pub Med, Google Scholar) bylo nalezeno 23 studií zabývajících se hodnocením nutričního stavu seniorů v komunitní péči. Výsledky: Bylo nalezeno sedm skrínigových nástrojů k hodnocení výživového stavu seniorů v komunitní péči: Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Nutrition Screening Initiative (NSI), Australian Nutritional Screening Initiative (ANSI), Screen I, Screen II, Council on Nutrition appetite questionnaire (CNAQ). Závěry: Existuje velká řada skrínigových nástrojů, nicméně řada z nich nebyla podrobena podrobnějšímu zkoumání, zda jsou schopny identifikovat nutriční riziko, což ztěžuje výběr vhodného nástroje v praxi. Je nezbytná realizace dalších výzkumných studií, zaměřených na zjištění platnosti a přijatelnosti skrínigových nástrojů k hodnocení výživy seniorů.

Klíčová slova: skrínigový nástroj, výživa, hodnocení, senior, komunitní péče

Úvod

Kvalita výživy ve stáří ovlivňuje zásadním způsobem celkový stav organismu a významné deficity mohou přispívat k multimorbiditě starších nemocných. Včasnou detekcí malnutrice ve stáří se můžeme vyhnout zhoršení funkční výkonnosti (Humphreys et al., 2002, s. 616; Oliveira, 2009, s. 54), závažným zdravotním komplikacím (Sorensen et al., 2008, s. 340), zvýšené nemocnosti (Norman et al., 2008, s. 5), úmrtnosti (Sorensen et al., 2008, s. 340) a zhoršení kvality života (Stratton et al., 2006, s. 325). Nutriční skrínig je rychlý a jednoduchý nástroj k vyhodnocení pacientů s rizikem malnutrice v nemocnici nebo v komunitní péči (Kondrup et al., 2003, Meyer, ESPEN, 2006). Vyšší věk je spojen s častějším výskytem poruch výživy, především s malnutricí. Prevalence malnutrice u seniorů žijících v komunitní péči se pohybuje mezi 10 % - 30 % (Watterson et al., 2009, s. 1). Má-li být měřicí nástroj dobrým prostředkem k měření, je třeba, aby vykazoval určité vlastnosti. Základními kritérii pro výběr nástroje jsou (Cochrane a Holland, 1971): validita, reliabilita, snadné použití a srozumitelnost pro ty, kteří provádějí měření, přijatelnost pro pacienty, přijatelnost z hlediska využití zdrojů (například čas a vybavení), senzitivita a specifita. Kondrup et al. (ESPEN, 2003) a Meyer (ESPEN, 2006) uvádějí, že u všech pacientů musíme znát nutriční stav a k tomuto účelu byly vypracovány doporučení ke stanovení nutričního skrínigu. Všichni pacienti musí projít skrínigem k identifikaci potenciálního nutričního rizika, aby se zabránilo zbytečné depleci. Ideální je zahájit skrínig už v zařízení komunitní péče. Systematický přehled Greenové a Watsona (2006, s. 485) prokázal existenci sedmdesáti jedna nutričních nástrojů, z nichž 21 bylo určeno pro použití u starší populace. Cílem tohoto příspěvku bylo zjistit nejvhodnější nutriční skrínigový nástroj k identifikaci rizika podvýživy u starších osob žijících v komunitní péči.

Metodika

Zdroje dat (od roku 2009): PubMed, GoogleScholar

Klíčová slova při vyhledávání: malnutrition – undernutrition elderly – risk malnutrition – malnutrition screening tool – nutrition assessment screening tool – community care – reliability – validity – specificity – sensitivity

Analýza: Celkem bylo nalezeno 183 studií. Při analýze byly vyloučeny studie, které nespĺňovaly definovaná kritéria.

Zařazené studie: 23 studií

Zařazující kritéria:

- nutriční skríníng byl určen k hodnocení nutričního stavu v komunitní péči,
- skríníng byl určen pro seniory ≥ 65 let.

Vylučující kritéria:

- osoby mladší 65 let,
- využití u specifických skupin nemocných (např. nádorové onemocnění),
- využití u specifického druhu péče (např. hospitalizovaní pacienti),
- malý výzkumný vzorek (<100).

Výsledky

Bylo nalezeno sedm validizovaných skríníngových nástrojů splňujících kritéria k hodnocení výživového stavu seniorů v komunitní péči: Australian Nutritional Screening Initiative (ANSI) (Cobiac, Syrette, 1995), Council on Nutrition appetite questionnaire (CNAQ) (Wilson et al., 2005), Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF) (Rubenstein et al., 2001), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) (Elia, BAPEN, 2003), Nutrition Screening Initiative (NSI) (Posner et al., 1993), SCREEN I (Keller et al., 2000), SCREEN II (Keller et al., 2005), (tab. 1).

Tab. 1 Přehled skríníngových nástrojů splňujících kritéria

Nástroj	Počet položek	Položky	Hodnocení	Senzitivita	Specificita
ANSI	12	Antropometrické měření Příjem stravy Faktory ovlivňující příjem stravy Dostupnost potravy Zdravotní stav Sociální faktory	Max. 29 bodů 0-3 – nízké riziko 3-5 – střední riziko 6 a více bodů vysoké riziko	0,32-0,47	0,74-0,79
CNAQ	4	Faktory ovlivňující příjem stravy Antropometrické měření Příjem stravy	Max. 20 bodů Skóre ≤ 14 riziko podvýživy	0,79-0,90	0,76-0,87
MNA-SF	6	Antropometrické měření Zdravotní stav Dostupnost potravy	Max. 14 bodů 12-14 – podvýživa 11-14 – nutriční riziko	0,97-1,00	0,94
MUST	3	Zdravotní stav Antropometrické měření Příjem stravy	Max. 6 bodů 0 bodů – nízké riziko 1 bod – střední riziko 2 body – vysoké riziko	0,68	0,88
NSI	10	Faktory ovlivňující příjem stravy Zdravotní stav	Max. 21 bodů 0-2 – dobrá výživa 3-5 – střední riziko	0,60-0,75	0,62-0,79

		Sociální faktory Dostupnost potravy	6 a více – vysoké riziko		
SCREE N I	15	Antropometrické měření Příjem stravy Faktory ovlivňující příjem stravy Zdravotní stav Sociální faktory Dostupnost potravy	Max. 60 bodů Méně než 50 – riziko malnutrice	0,81-0,94	0,32-0,55
SCREE N II	17	Faktory ovlivňující příjem stravy Dostupnost potravy Sociální faktory Antropometrické měření	Max. 64 bodů Méně než 50 – riziko malnutrice	0,84	0,62

Diskuse

Cílem tohoto příspěvku bylo zjistit nejvhodnější nutriční skrínigový nástroj k identifikaci rizika podvýživy u starších osob žijících v komunitní péči. Volkert et al. (ESPEN, 2006, s. 342) zdůrazňuje, že nutriční skrínig musí být rutinně prováděn u všech seniorů s cílem včasného odhalení nebezpečí podvýživy. Včasné rozpoznání malnutrice pak umožňuje včasné intervence (Stanga, 2009, s. 290). V České republice není zatím v ošetrovatelské ani v geriatrické praxi, v rámci péče o seniory pobývajících v komunitní péči, používán jednotný standardizovaný hodnotící nástroj ke stanovení stavu výživy. V ošetrovatelské praxi je využívána řada nutričních skrínigových nástrojů, ale mnoho z nich, ne-li většina, nebyla validizována v péči u dané populace pacientů nebo nebyly jejich výsledky v praxi dostatečně zhodnoceny. Z toho vyplývá, že není jasné, zda budou vhodným způsobem identifikovat pacienty, kteří skutečně potřebují nutriční hodnocení a potencionální nutriční zásah. Má-li být měřící nástroj dobrým prostředkem k měření, je třeba, aby vykazoval určité vlastnosti. Základními vlastnostmi dobrého nástroje jsou jeho validita, reliabilita, praktičnost, senzitivita a specifická (Chrásková, 2006, s. 33). Existuje velké množství rizikových faktorů, které ovlivňují nutriční stav seniora, a to se také odráží v jednotlivých položkách uvedených skrínigových nástrojů. Jedním z hlavních důvodů omezených možností porovnání mezi těmito nástroji je skutečnost, že neexistuje žádný zlatý standard k měření nutričního stavu a tak je obtížné posoudit platnost nástrojů. Podle Jones (2004, s. 312) je důležité, aby platnost skrínigového nástroje byla posuzována podle toho, u které populace je využívána a k jakému druhu péče je určena. Stejně tak by měla být zohledněna senzitivita a specifická nástroje při jeho vývoji. Arrowsmith (1999, s. 1483) poukazuje také na fakt, že mnohdy není dostatečně popsáno, jakým způsobem byl nástroj validizován.

Provádění hodnocení výživového stavu u seniorů a jeho implementace do praxe komunitní péče, umožňuje účinně identifikovat a následně adekvátně uspokojovat nutriční potřeby seniorů. Systematizace nutriční péče klade vysoké nároky na odbornou erudici a soustavné vzdělávání poskytovatelů těchto služeb, zvyšuje však také jejich zájem o danou problematiku i kvalitu poskytované péče (Kondrup et al., 2002). Systematické posuzování výživového stavu každého klienta a příslušná úprava stravy pozitivně ovlivňuje nutriční stav klientů, stabilizuje a zlepšuje jejich psychickou i fyzickou kondici a zvyšuje tak soběstačnost seniorů.

Závěr

Poruchy výživy ve stáří jsou závažným problémem. Rozpoznání a následné sledování výskytu malnutrice je i přes vysoký výskyt podvýživy u starších seniorů často velmi špatné a nedostatečné (Adams et al., 2008, s. 144). Přitom identifikace rizikových podvyživených pacientů je poměrně snadná a jednoduše proveditelná. Existuje velká řada skriningových nástrojů, nicméně řada z nich nebyla podrobena podrobnějšímu zkoumání, zda jsou schopny identifikovat nutriční riziko, což stěžuje výběr vhodného nástroje v praxi. Z nástrojů hodnotících stav výživy v komunitní péči se jevil jako nejvhodnější nástroj Škála pro hodnocení stavu výživy – zkrácená verze (MNA-SF) s ohledem na úroveň senzitivity a specificity.

Bibliografické odkazy

- ADAMS, N. E. et al. Recognition by medical and nursing professional of malnutrition and risk of malnutrition in elderly hospitalised patients. *Nutrition & Dietetics*. 2008, vol. 68, no. 2, s. 144-150.
- ARROWSMITH H. A critical evaluation of the use of nutrition screening tools by nurses. *Brit J Nurs*. 1999, vol. 8, p. 1483-1490.
- COBIAC, L., SYRETTE, J. What is the nutritional status of older Australians? *Proc Nutr Soc Aust*. 1995, vol. 19, p. 39-45.
- COCHRANE, A. L. - HOLLAND, W. W. Validation of screening procedures. *British Medical Bulletin*. 1971, vol. 27, no. 1, p. 3-8.
- ELIA, M. The MUST report – Nutritional screening of adults: a multidisciplinary responsibility, development and use of the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) for adults. Malnutrition Advisory Group (MAG), BAPEN; 2003.
- GREEN, S., WATSON, R. Nutritional screening and assessment tools for older adults: literature review. *J Adv Nurs*. 2006, vol. 54, p. 477-490.
- HUMPHREYS, J., de la MAZA, P., HIRSCH, S., BARRERA, G., GATTAS, V., BUNOUT, D. Muscle strength as a predictor of loss of functional status in hospitalized patients. *Nutrition*, vol. 18, no. 7-8, p. 616-620.
- CHRÁSKA, M. Metody pedagogického výzkumu. Praha: Grada, 2006. 261 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- JONES, J. Validity of nutritional screening tools and assessment. *Nutrition*. 2004, vol. 20, p. 312-317.
- KELLER, H., GOY, R., KANE, S. Validity and reliability of SCREEN II (Seniors in the Community: Risk evaluation for eating and nutrition, Version II). *Eur J Clin Nutr*. 2005, vol. 59, p. 1149-57.
- KELLER, H., HEDLEY, M., BROWNLEE, S. The development of Seniors in the Community: Risk Evaluation for Eating and Nutrition (SCREEN). *Can J Diet Pract Res*. 2000, vol. 61, p. 67-72.
- KELLER, H., MCKENZIE, J., GOY, R. Construct validation and test-retest reliability of the Seniors in the Community: Risk Evaluation for Eating and Nutrition Questionnaire. *J Gerontol*. 2001, vol. 56, p. 552-558.
- KONDRUP, J., ALLISON, S., ELIA, M., VELLAS, B., PLAUTH, M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clin Nutr*. 2003, vol. 22, p. 415-421.
- MEYER, R. *Nutritional Support Recommendations*. (An Evidence based Approach and the Application in Europe). ESPEN-FELANPE Symposium Istanbul 2006.
- NORMAN, K., PICHARD, C., LOCHS, H., PIRLICH, M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr*. 2008, vol. 27, no. 1, p. 5-15.
- OLIVEIRA, M. R. et al. Nutritional status and functional capacity of hospitalized elderly. *Nutrition Journal*. 2009, vol. 17, no. 8, p. 54.
- POSNER, B., JETTE, A., SMITH, K., MILLER, D. Nutrition and Health Risks in the Elderly: The Nutrition Screening Initiative. *Am J Public Health*. 1993, vol. 83, p. 972-978.

RUBENSTIEN, L., HARKER, J., SALVA, A., GUIGOZ, Y., VELLAS, B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol.* 2001, vol. 56, p. 366-372.

SORENSEN, J., KONDRUP, J., PROKOPOWICZ, J., SCHIESSER, M., KRAHENBUHL, L., MEIER, R. EuroOOPS: an international, multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome. *Clin Nutr.* 2008, vol. 27, no. 3, p 340-349.

STANGA, Z. Basics in clinical nutrition: Nutrition in elderly. *e-SPEN - The European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism.* 2009, vol. 4, no. 6, p. 289-299.

STRATTON, R. J. et al. Malnutrition Universal Screening Tool' predicts mortality and length of hospital stay in acutely ill elderly. *Br. J. Nutrition.* 2006 vol. 95, no. 2, p. 325-30.

WILSON, M., THOMAS, D., RUBENSTEIN, L., CHIBNALL, J., ANDERSON, S., BAXI, A., DIEBOLD, M., MORLEY, J. Appetite assessment: simple appetite questionnaire predicts weight loss in community-dwelling adults and nursing home residents. *Am J Clin Nutr.* 2005, vol. 82, p. 1074-81.

VOLKERT, D. et al. ESPEN Guidelines on enteral nutrition: Geriatrics. *Clinical Nutrition,* 2006, vol. 25, no. 2, p. 330-360.

PhDr. Radka Kozáková
Ústav ošetrovatelství a porodní asistence
Lékařská fakulta
Ostravská univerzita v Ostravě
Syllabova 19
703 00 Ostrava-Zábřeh
e-mail: radka.kozakova@osu.cz

DYSFUNKCE SEXUÁLNÍCH POTŘEB U PACIENTŮ S HYPERTENZÍ

Bohdana Břegová, Yvetta Vrublová***

**Fakultní nemocnice Ostrava, Interní klinika*

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

Abstrakt

Světová zdravotnická organizace uvádí, že globálně, skoro jedna miliarda světové populace se léčí s hypertenzí, která zabíjí téměř 8 milionu lidí každým rokem. V roce 2010 se pro hypertenzi léčil každý pátý registrovaný pacient v České republice, což na 100 000 registrovaných pacientů připadá 21 502,3 pacientů s hypertenzí. Antihypertenzní terapie negativně ovlivňuje kvalitu života z důvodu možného výskytu sexuálních dysfunkcí. Příspěvek z pilotní studie je zaměřen na hodnocení sexuality u mužů i žen, kteří se léčí s hypertenzí minimálně 1 rok. V našem příspěvku uvedeme výsledky ze zahraničních studií, které se touto problematikou zabírají a kasuistiky pacientů s výskytem sexuální dysfunkce z pilotní studie. Dále poukážeme na problematiku komunikační bariéry v informovanosti pacienta.

Klíčová slova: EBP, ošetrovatelská diagnostika, hypertenze, sexuální dysfunkce

Úvod

V současnosti se mnoho zdravotních zařízení zaměřuje na zvýšení kvality ošetrovatelské a zdravotní péče o pacienty, a proto v praxi se začínají uplatňovat nové metody a nástroje řízení ošetrovatelské a zdravotnické péče. Problematika chronických nemocí se odráží na kvalitě života pacientů.

V české populaci jsou nejrozšířenějším zdravotním problémem nemoci oběhové soustavy. Do této skupiny chronických nemocí řadíme Arteriální hypertenzi, která se svou vysokou prevalencí v dospělé populaci představuje závažný zdravotní problém. Pod dohledem praktického či odborného lékaře bylo k 31. 12. 2010 registrováno 1,707 milionu pacientů pro hypertenzní nemoci. Nově zjištěné onemocnění hypertenze bylo zaevidováno u praktického lékaře 130 733. Podle věkových skupin pod 44 let bylo evidováno 229 186 pacientů, ve věku od 45-64 let 767 318 pacientů a nad 65 let 710 048 pacientů. Pro hypertenzi se léčil každý pátý registrovaný pacient v ČR. Na 100 000 registrovaných pacientů připadá 21 502,3 pacientů s hypertenzí. (ÚZIS ČR, 2011)

Pro stanovení arteriální hypertenze považujeme opakované zvýšení TK $\geq 140/90$ mm Hg naměřené minimálně při dvou různých návštěvách u lékaře. (<http://www.escardio.org/>) Z výše uvedených statistických údajů vyplývá, že hypertenze je velmi aktuální problém, ale bohužel mnoho lidí neví, že symptomy a léčba hypertenze negativně ovlivňují oblast sexuality u obou pohlaví.

Během celého našeho života k zajištění kvality života dochází k uspokojování lidských potřeb. Sexualita je základní lidská biologická potřeba, řadíme ji mezi hlavní aspekty lidského života. Je spojená se věkem, rolemi, sexem, orientací, erotikou, potěšením, intimitou reprodukci. Sexualita není pouze sexuální akt, je to vášeň, citová vazba, láska, obdiv. Důležitou rolí v našem životě hraje potřeba vztahů, přátelství, spirituálního spojení, satisfaxe a v neposlední řadě romantické nebo platonické lásky. Ve stáří se nám do popředí řadí přátelství, fyzická blízkost, intimní neboli důvěrná komunikace, potěšení ze vztahů. Se

sexualitou je spojena intimita neboli důvěrnost, která obsahuje pět základních komponentů a to citovou vazbu, emocionální důvěrnost, intimitu poznávací, intimitu fyzickou intimita a závislost. (Touhy, 2010)

Zahraniční autoři uvádějí, že hypertenze negativně ovlivňuje sexualitu a způsobuje sexuální dysfunkce. Autor článku (Fogari, 2004) poukazoval na případný negativní vliv antihypertenziv u starších osob a jejich kvalitu života. Zdůraznil, že při hodnocení kvality života u starších pacientů je třeba věnovat zvláštní pozornost specifickým oblastem, jako jsou i sexuální funkce, protože antihypertenziva nepředstavují jako celek negativní vliv na kvalitu života pacientů, ale některé skupiny antihypertenziv mají vliv na snížení libida nebo ED. Nedávno byla publikována studie z univerzity v Káhiře. (Mittawae, 2006) Zkoumala zdravotní stav pacientů s důrazem na hypertenzi a hodnocením jejich sexuálních funkcí. Z 800 pacientů, kdy průměrný věk byl 59,2 let mělo 739 pacientů (92,3%) pravidelnou pohlavní aktivitu jednou až dvakrát týdně. Z toho počtu byla u 346 mužů stanovena ve 43,2% erektilní dysfunkce (ED). Výsledky ukázaly, že přítomnost a léčba hypertenze může zvýšit ED. V následujícím roce (Bener et al., 2007) probíhala katarská studie v měsících květen až říjen. Celkem bylo vybráno do této studie 425 pacientů s hypertenzí ve věku 30-75 let. Z celkového počtu pacientů 296 (74%) pacientů souhlasilo se zařazením do studie. Průměrný věk byl 54,8 let. Sexuální funkce byla hodnocena pomocí mezinárodního indexu erektilní funkce (IIEF). ED se vyskytla u 66,2% pacientů z celkového počtu. Z výsledků vyplývá, že ED je častější u pacientů s antihypertenzní terapií. Robert DeBusk a spoluautoři poukazují na vysokou incidenci kardiovaskulárních chorob a hledání léčby u pacientů se sexuální dysfunkcí. Ve svém článku upozorňují na Beta-blokátory a thiazidová diuretika, která způsobují ED. Dále se zmiňují se o Blokátorech calciových kanálů a AC inhibitory, kdy při jejich užívání ED už není tak častá. (DeBusk, 2000) I v dalším článku se dovídáme, že ED je běžný problém u pacientů, kteří se léčí s hypertenzí a užívají antihypertenziva jako Beta blokátory a thiazidová diuretika, blokátory calciových kanálů a AC inhibitory.

Cíl práce, soubor a metodika, výsledky

Cílem naší pilotní studie bylo prozkoumat a získat životní zkušenosti od pacientů, kteří se léčí s hypertenzí. Dále najít význam prožité zkušenosti pacienta a porozumět jeho problému, protože jeho sexuální problém není podle našeho názoru dostatečně prozkoumán. Pilotní studie je navržena tak, aby osvětlila častý výskyt u žen a mužů sexuální dysfunkce v různé populaci pacientů s kompenzovaným chronickým onemocněním arteriální hypertenzí.

Chtěli jsme najít tedy odpovědi: „Jaké jsou životní zkušenosti v oblasti sexuálních potřeb u pacientů s antihypertenzní terapií?“ Další otázka naše byla „Zda antihypertenzní léčba ovlivnila u pacientů jejich sexuální funkce?“

V rámci metodiky jsem si určili následující kritéria pro zařazení pacientů do naší pilotní kvalitativní fenomenologické studie, která byla schválena etickou komisí. Pilotní soubor tvořilo 10 respondentů ve věkovém rozmezí od 30-65 let, kteří byli bez komunikační bariéry a souhlasili se zařazením do pilotní studie. Pro arteriální hypertenzi byli léčeni minimálně 1 rok. Věkový průměr našich respondentů byl 45 let a léčili se s arteriální hypertenzí v rozmezí od 1-10 let. Pro léčbu arteriální hypertenze pravidelně užívali z farmakologické léčby Beta blokátory a thiazidová diuretika, blokátory calciových kanálů a AC inhibitory. Jako výzkumnou metodu jsem použili kvalitativní strukturovaný rozhovor pomocí návodu neboli s námi sestavenými sondážními otázkami zaměřenými na problém. Rozhovory byly nahrávány na diktafon.

Nyní uvádíme v rámci kasuistik některé výstupy z rozhovorů, které jsme použili v našem pilotním průzkumu. Otázky jedna až šest byly demografického a kontextového zaměření.

Z dalších otázek vyplývá, že všichni respondenti žili sexuálním životem a byli částečně nebo plně spokojeni se svým sexuálním životem.

Na otázku zda mají problémy se sexuálním vyvrcholením odpověděli respondenti takto: „*Někdy ano, potřebuji delší milostnou předehtu.*“ Další odpověď byla „*Potřebuji delší časový prostor, jako předehtu, ale nevím na kolik se podílí můj věk a na kolik hyperetnze, protože ono se to začalo nabalovat v jednu dobu.*“ nebo „*Někdy ano, pokud někdy, tak si myslím, že je to v důsledku léčby.*“ nebo „*Lépe se mi žije sexuálně, když jsem odpočínutá, ale jestli se ta únava spolupodílí s věkem nebo s tou hypertenzí, to neposoudím.*“ „*Ano, potřebuji delší časový interval k vyvrcholení.*“

Z výsledku analýz rozhovorů vyplývá, že ze sedmi žen tři používají lubrigační gely z důvodu snížené lubrigační schopnosti. Je dna odpověď zněla „*Ano, gely, ne vždy, ale občas.*“

Na otázku zda hypertenzní léčba ovlivnila sexuální funkce jeden ze tří mužů odpověděl: „*Ano, bolí Vás hlava a tlak se Vám, jak bych to řekl, vlastně ráno není erekce.*“ Musíte mít tedy delší sexuální předehtu? „*Někdy jo, někdy ne.*“ Další čtyři respondentky potřebují delší předehtu.

Zda hypertenze ovlivnila partnerský vztah pouze jeden odpověděl, že ano „*Určitě, měli jsem takový harmonogram a teď ještě se to vlastně změnilo.*“

Na otázku zda respondenti četli příbalové letáky od svých léčiv na hypertenzi odpověděli všichni respondenti, že ano, ale pouze jeden si pamatoval, že tam byla zmínka o vlivu těchto léčiv na sexuální apetit.

Pouze jeden responent z deseti byl při nastavování léčby upozorněn lékař o možných změnách s dopadem na sexualitu v rámci antihypertenzí léčby.

Polovina respondentů hovoří s partnerem o otázkách sexuálního života, ale na druhou stranu skro většina reposdentů, kteří uvedli v rozhovoru určité problémy v oblasti sexuality s parnerem o svých problémech nehovořili. Pouze jeden respondent uvedl „*Ano, probíráme pořád. My chceme děti a teď momentálně to nejde. Snažíme se, ale nejde to.*“ Na otázku zda má v plánu vyhledat odborníka k jeho problému respondent odpověděl, že „*Myslím, že se to spraví, ale teď jsem v takovém stresu, protože mi zase blbnou ledviny, takže myslím, že je to i tou psychikou, hlavně tou psychikou. Já nevím, jsem takový stydlivý.*“

V rámci naší pilotní studie bylo důležité získat povolení od pacienta k diskusi o jeho sexualitě, dovolit mu promluvit o jeho potížích, problémech, které se vztahují k otázce sexuality a získat potřebné informace o tom, co se mohlo změnit nebo změnilo v pacientově životě a mělo nějaký vliv na jeho sexuální potřeby a odpovědi. Z našeho výzkumu vyplývá, že i sestra může diagnostikovat určité problémy v pacientově životě a může mu nabídnout různé alternativy řešení jeho problému. Samozřejmě je to doporučení, aby se pacient obrátil na specialitu k intenzivní terapii. K dalším intervencím, které může i sestra nabídnout pacientovi jsou specifická doporučení k řešení problémů plánování aktivit, kdy se pacient cítí nejlépe, změna životního stylu, relax a investování času do erotické předehty, používat lubrikanty na bázi vody, alternativní pozice, správné užití ED léků, jak komunikovat ohledně vlastních sexuálních potřeb, cesty jak zvýšit pohodlí při styku nebo jak být intimní bez styku.

Závěr

Z našeho průzkumu vyplývá, že pacienti mají ovlivněnou sexualitu a jedním z důvodů může být i léčba hypertenze. V našem výzkumu budeme dále pokračovat. Co říci na závěr. Náš příspěvek se zaměřoval na oblast sexuality pacientů s hypertenzí, s důrazem na holistické

pojetí lidské osobnosti s cílem poukázat na možnosti a nabídku informací, které mohou přispět k hlubšímu vnímání a porozumění sexuálních funkcí a potřeb u pacientů. Cílem bylo hlubší pojetí sexuálního života pacientů a nastínění možného návrhu řešení problému sexuální dysfunkce. V závěru se příspěvek věnoval úloze sestry, která podle našeho názoru může diagnostikovat problém u pacienta a stanovit intervence k řešení problému. Je velice důležité pro sestry a lékaře, abychom řešili negativní důsledky léčby u pacientů s hypertenzí. V našem případě sexuální dysfunkce, a proto je potřeba dalšího výzkumu v rámci zachování sexuálního zdraví, předat dostatek informací pacientů ohledně i negativních účincích antihypertenzní terapie. Naším úkolem bude v rámci pokračování výzkumu získávání dalších informací, konzultací o sexuálních funkcích, adaptaci pacienta k věku přiměřeným změnám, a chronickým kondicím a udržení sexuality u pacientů, kteří to vyžadují. Bude nutná spolupráce sestry, pacienta a lékaře. Lékař by měl vždy informovat pacienta o všech pozitivních i negativních dopadech léčby.

Bibliografické odkazy

- BENER, A. et al. Prevalence of erectile dysfunction among hypertensive and nonhypertensive Quatari men. *Medicina*, 2007. Vol. 43. No. 11. p. 870-8. ISSN 1010-660X.
- DeBUSK, R. et al. Management of Sexual Dysfunction in Patients with Cardiovascular Disease: Recommendation of the Princeton Consensus Panel. *American Journal of Cardiology*, 2000, No. 6, p. 175-181. ISSN 0002-9149.
- FOGARI, R., ZOPPI, A. Effect of antihypertensive agents on quality of life in the elderly. *Drugs & Aging*, 2004. Vol. 21. No. 6. p. 377-93. ISSN 1170-229X.
- MITTAWAE, B. et al. Incidence of erectile dysfunction in 800 hypertensive patients: a multicenter Etiapin national study. *Urology*, 2006. Vol. 67. No. 3. p. 575-578. ISSN 0090-4295.
- TOUHY, T. A., JETT, K., F. *Ebersole Hess' gerontological nursing healthy aging*. Mosby, 2010. 483 p. ISBN 978-0-323-05701-1.
- Zdravotnická ročenka České republiky 2010*. Praha: ÚZIS, 2011. 268 s. ISBN 978-80-7280-966-0.

*Mgr. Bohdana Břegová
Fakultní nemocnice Ostrava
708 00 Ostrava
e-mail: bohdana.bregova@fno.cz*

PREVENTIVNÍ STRATEGIE MINIMALIZUJÍCÍ RIZIKO VZNIKU INFEKCE MOČOVÝCH CEST U KATETRIZOVANÝCH PACIENTŮ – VYUŽITÍ METODIKY EBP

Jana Bizoňová, Darja Jarošová

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

Abstrakt

Cíl: Cílem prezentovaného příspěvku bylo zjistit možnosti preventivních strategií k minimalizaci infekcí močových cest u katetrizovaných pacientů. *Metodika:* V sedmi dostupných elektronických databázích bylo, pomocí metodiky praxe založené na důkazech, vyhledáno a analyzováno 25 relevantních studií. *Výsledky:* Ve vybraných studiích nebyly nalezeny silné důkazy, které by jednoznačně potvrdily nebo vyvrátily vliv používaných preventivních strategií na snížení výskytu infekce močových cest u katetrizovaných pacientů. *Závěr:* Výstupy a doporučení zahraničních studií mohou být v podmínkách českého ošetrovatelství využity v péči o nemocné i přesto, že nebyly nalezeny dostatečně silné důkazy pro potvrzení vlivu preventivních strategií.

Klíčová slova: infekce močových cest, močový katétr, praxe založená na důkazu, preventivní strategie, elektronické databáze

Úvod

Za jednu ze základních ošetrovatelských činností v péči o nemocné bývá považována katetrizace močového měchýře. V běžné praxi se využívají různé alternativní způsoby katetrizace např. metoda čikování či metoda non-touch, které však mohou přinášet řadu komplikací bez pozitivního snížení rizika vzniku infekce močových cest (Julínková, Arnoštová 2005, s. 213; Kapounová 2007, s. 303). U pacientů se zavedeným močovým katétreem bývá vždy přítomna bakteriurie a samotná katetrizace se tak stává rizikem pro rozvoj nozokomiálních infekcí močového traktu (Bourdel-Marchasson et al. 2001). U starších hospitalizovaných pacientů je až 48 % nozokomiálních infekcí způsobeno záněty močových cest při zavedeném močovém katétru (Teplan et al. 2004, s. 188). Vzhledem k výše uvedeným poznatkům je nezbytné se touto problematikou blíže zabývat a vyvíjet aktuální doporučení vhodná pro praxi a tím zvyšovat především samotný komfort hospitalizovaného nemocného.

Cíl

Cílem příspěvku je, s využitím metodiky praxe založené na důkazu, zjistit, jaká je nabídka možností preventivních strategií minimalizující riziko infekcí močových cest u katetrizovaných pacientů.

Metodika

Výzkumná otázka: Ovlivňuje používání preventivních strategií riziko infekce močových cest u dospělých pacientů, kteří mají zavedený močový katétr?

Zdroje dat (1981-2010): PubMed, American Journal of Medicine, Virginia Henderson Library, Google Scholar, PubMed Central, Best Evidence for Nursing, Cochrane Collaboration

Výběr studií: meta-analýzy, systematické přehledy, randomizované kontrolované studie (RCT), prospektivní kohortové studie, průřezové studie, retrospektivní studie, studie případů a kontrol (case-control study).

Klíčová slova pro vyhledávání: preventive strategy - urinary catheter - urinary infection risk

Analýza: Celkem bylo nalezeno 34 studií a odborných článků. Při následující selekci bylo 9 studií vyloučeno pro nesplnění předem definovaných podmínek výběru. Vyloučené studie neodpovídaly požadovanému typu studie, jejich obsah nesouvisel s vybranou problematikou, v jedné z vyloučených studií se jednalo o katetrizaci močového měchýře u dětí. Podmínky pro další hodnocení splnilo celkem 25 studií.

Zhodnocení studií: Vybrané studie byly hodnoceny pomocí Haynesovy pyramidy důkazů (Jarolímková 2004) a nalezené důkazy byly hodnoceny podle tabulky úrovně důkazů (Fineout-Overholt, Johnston 2005). Všechny analyzované studie byly nejdříve rozděleny podle typu studie a poté byly nalezené důkazy dále tříděny.

Výsledky

Od roku 1974 bylo vytvořeno několik doporučení pro postup při ošetřování močových katétrů. Ve studiích (Stamm, 1975; Bogaert et al., 2004; Saint et al., 2007) byly nalezeny důkazy, které dokazují nejen souvislost mezi zavedeným močovým katétre a vznikem infekce, ale rovněž důkazy apelující na aseptický přístup k péči o močové katetry. Někteří autoři (Zomorodi et al. 2007; Wu et al. 2005; Burke et al. 1981) se ve svých studiích případů a kontrol zabývali mimo jiné také ošetřováním pacientů s močovým katétre rozpojováním uzavřeného systému, které se nakonec jeví jako nevhodné a velice nebezpečné. Zajímavou alternativou preventivní strategie v péči o močový katétr bylo použití dlouhodobě působícího antibakteriálního spreje. V průřezových, prospektivních a retrospektivních studiích (Talja et al. 1990; Stickler et al. 1987; Marki et al. 2001; Selcuka et al., 2006; Pilloni et al., 2005; Rupp et al., 2004; Matsumoto et al., 1997; Johnson et al., 1990) byly prezentovány vhodné preventivní strategie k minimalizaci rizika infekce – zavedení katétru pouze na dobu nezbytně nutnou, použití močových katétrů potažených hydrogelem s obsahem stříbra, snížení počtu bakterií na ústí močového měchýře ovlivňující výskyt infekcí močových cest, u starších klientů pak intermitentní sebekatetrizace při dysfunkčním močovém měchýři. Souvislost mezi nutričním stavem klienta a výskytem infekce močových cest při zavedeném močovém katétre se nalézt nepodařilo. Stejně tak nebyl jasně prokázán ani profylaktický vliv proplachu močového katétru. Ze závěrů systematických přehledů (Trautner et al., 2005; Hall et al., 2009; Reilly et al., 2005; Niël-Weise et al., 2009; Saint et al., 2000; Safdar et al., 2002) vyplývají zejména obecné doporučení preventivních strategií typu zavedení močového katétru na co nejkratší dobu, antibiotická profylaxe při zavedeném močovém katétre, vytvoření účinné preventivní strategie k zabránění infekcí močových cest u hospitalizovaných pacientů. Ve vybraných randomizovaných kontrolovaných studiích (Marra et al. 2008, Saint et al. 2006, Schneeberger et al. 1992, Loeb et al. 2008, Riley et al. 1994) došli autoři k závěrům, že důsledné dodržování hygieny rukou zdravotnického personálu je základním předpokladem v prevenci vzniku infekcí močových cest při zavedeném močovém katétre. Mezi další doporučení patří používání urinálního kondomu u klientů/mužů jako alternativy s menším rizikem vzniku infekce močových cest. V meta-analytické studii Palese et al. (2010) je prezentován podklad pro racionální indikaci k zavedení močového katétru, a to formou systematické sledování močového měchýře ultrazvukem. Tím lze redukovat sníženou kvalitu života hospitalizovaného klienta a současně snížit především finanční náklady související s léčbou infekce močových cest při katetrizaci močového měchýře.

Závěr

Z nalezených důkazů vyplývá, že je velmi důležité dodržovat aseptické postupy při vlastní katetrizaci, včetně hygieny rukou zdravotnických pracovníků. Je rovněž potřeba definovat jasné indikace ke katetrizaci močového měchýře pacientů a bylo by vhodné ke katetrizaci standardně používat katetry potažené hydrogelem s obsahem stříbra. Předpokládá se také pozitivní vliv používání dlouhodobě působícího antimikrobiálního spreje, který svým účinkem sníží počet mikroorganismů v ústí močové trubice. Z výsledků studií je zřejmé, že profylaktické užívání antibiotik je spíše zanedbatelnou preventivní strategií a spíše opačného

efektu lze docílit rozpojováním uzavřeného sběrného močového systému, jakožto i proplachování močových cest. Mezi doporučené preventivní strategie lze zařadit také systematické sledování močového měchýře ultrazvukem k zajištění optimalizace indikací katetrizace močového měchýře.

Příspěvek je publikován jako zkrácená verze článku Vliv preventivních strategií na vznik infekce močových cest při katetrizaci močového měchýře (in Ošetřovatelství a porodní asistence, 2011, roč. 2, č. 3) se souhlasem redakční rady časopisu.

Bibliografické odkazy

BOGAERT, G. A. et al. The physical and antimicrobial effects of microwave rating and alcohol immersion on catheters that are rezed for clean intermittent catheterisation. *European Urology*. 2004, vol. 46, no. 5, p. 641-646.

BOURDEL-MARCHASSON, I., et al. Annual incidence and risk factors for nosocomial bacterial infections on an acute geriatric unit. *Rev Med Interne*. 2001, vol. 22, no. 11, p. 1056-1063.

BURKE, J. P. et al. Prevention of catheter – associated urinary tract infections. *The American Journal of Medicine*. 1981, vol. 70, no. 3, p. 655-658.

HALL, M., MORGAN S., STAFFORD, P. *Prevention of Hospital Acquired Urinary Tract Infections* [online]. c 1999-2010, poslední revize January 2001 [cit. 2011-04-09] Dostupný z WWW: <<http://www.nursinglibrary.org/portal/main.aspx>>.

FINEOUT-OVERHOLT, E., JOHNSTON, L. Teaching EBP: Asking Searchable Answerable Clinical Questions. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2005, vol. 2, no. 3, p.157-160.

JAROLÍMKOVÁ, A. Evidence based medicine. *Ikaros* [online]. 2001, roč. 5, č. 10 [cit. 2011-02-02]. Dostupný z WWW: <<http://www.ikaros.cz/node/833>>.

JOHNSON, J. R. et al. Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infection with a Silver Oxide – Coated Urinary Catheter: Clinical and Microbiologic Correlates. *The Journal of Infection Diseases*. 1990, vol. 162, no. 5, p. 1145-1150.

JULÍNKOVÁ, V., ARNOŠOVÁ, S. Čistá intermitentní katetrizace. *Urologie pro praxi*. 2002, roč. 2, č. 5, s. 213.

KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007, 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

LOEB, M. et al. Stop orders to reduce inappropriate urinary catheterization in hospitalized patients: a randomized controlled trial. *The Journal of General Internal Medicine*. 2008, vol. 23, no. 6, p. 816-820.

MARKI, D. G., TAMBYAH, P. A. Engineering out the risk for infection with urinary catheters. *Emerging Infectious Diseases*. 2001, vol. 7, no. 2, p. 342-347.

MARRA, A. R. et al. Controlled trial measuring the effect of a feedback intervention on hand hygiene compliance in a step – down unit. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2008, vol. 29, no. 8, p. 730-735.

MATSUMOTO, T. et al. Prevention of catheter – associated urinary tract infection by meatal disinfection. *Dermatology*. 1997, vol. 195, suppl. 2, p. 73-77.

NIËL-WEISE, B. S., VAN DEN BROEK P. J. Urinary catheter policies for long-term bladder drainage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005, Issue 1.

PALESE, A. et al. The effectiveness of the ultrasound bladder scanner in reducing urinary tract infections: meta-analysis. *The Journal of Clinical Nursing*. 2010, vol. 19, no. 21-22, p. 2970-2979.

PILLONI, S. et al. Intermittent catheterisation in older people: a valuable alternative to an indwelling catheter? *Age and ageing*. 2006, vol. 34, no. 1, p. 57-60.

REILLY, L. et al. *The Effects of Criteria – Based Foley Catheter Guidelines in an ICU* [online]. c 1999-2010, poslední revize January 2001 [cit. 2011-04-09]. Dostupný z WWW: <<http://www.nursinglibrary.org/portal/main.aspx>>.

- RILEY, D. K. et al. A large randomized clinical trial of a silver – impregnated urinary catheter: Lack of efficacy and staphylococcal superinfection. *The American Journal of Medicine*. 1995, vol. 98, no. 4, p. 349-356.
- RUPP, M. E. et al. Effect of silver – coated urinary catheters: efficacy, cost – effectiveness and antimicrobial resistance. *American Journal of Infection Control*. 2004, vol 32, no. 8, p. 445-450.
- SAFDAR, N., MAKI, D. G. The Commonality of Risk Factors for Nosocomial Colonization and Infection with Antimicrobial – Resistant Staphylococcus aureus, Enterococcus, Gram-Negative Bacilli, Clostridium difficile and Candida. *Annals of Internal Medicine*. 2002, vol. 136, no. 11, p. 834-844.
- SAINT, S. et al. The Potential Clinical and Economic Benefits of Silver Alloy Urinary Catheters in Preventing Urinary Tract Infection. *Archive of Internal Medicine*. 2000, vol. 160, no. 17, p. 2670-2675.
- SAINT, S. et al. Condom versus indwelling urinary catheters: a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2006, vol. 54, no. 7, p. 1055-1061.
- SAINT, S. et al. Preventing Hospital – Acquired Urinary Tract Infection in the United States: A National Study. *Clinical Infectious Diseases*. 2008, vol. 46, no. 2, p. 243-250.
- SELCUK, H. et al. Route of nutrition has no effect on development of infectious complications. *Journal of the National Medical Association*. 2006, vol. 98, no. 12, p. 1963-1966.
- SCHNEEBERGER, P. M. et al. A randomized study on the effect of bladder irrigation with povidone-iodine before removal of an indwelling catheter. *The Journal of Hospital Infection*. 1992, vol. 21, no. 3, p. 223-229.
- STAMM, W. E. 1975. Guidelines for Prevention of Catheter – Associated Urinary Tract Infections. *The American College of Physicians*. 1975, vol. 82, no. 3, p. 386-390.
- STICKER, D. J., CLAYTON, C. L., CHAWLA, J. C. The resistance of urinary tract pathogens to chlorhexidine bladder washouts. *Journal of Hospital Infection*. 1987, vol. 10, no. 1, p. 28-39.
- TALJA, M., KORPELA, A., JÄRVI, K. Comparison of urethral reaction to full silicone , hydrogen – coated and siliconised latex catheters. *British Journal of Urology*. 1990, vol. 66, no. 6, p. 652-657.
- TEPLAN, V. et al. *Infekce ledvin a močových cest v dospělém a dětském věku*. Praha: Grada, 2004. 252 s. ISBN 80-247-0566-4.
- TRAUTNER, B. W. Prevention of catheter – associated urinary tract infection. *Current Opinion in Infectious Diseases*. February 2005, vol. 18, no. 1, p. 37-41.
- WU, L. et al. Study on prevention of catheter associated urinary tract infection by using JUS long – acting antibacterial material. *Zhonghua Nan Ke Xue*. 2005, vol. 11, no. 8, p. 581-583.
- ZOMORRODI, A., BOHLULI, A. Double urinary bladder voiding technique post removal of urethral catheter in renal allograft recipients. *Saudi Center for Organ Transplantation*. 2007, vol. 18, no. 3, p. 532-535.

Bc. Jana Bizoňová
 Gogolova 6/921
 736 01 Havířov-Město
 email: jancle@seznam.cz

PROBLÉMY SPOJENÉ S „VÝUČBOU“ SPIRITUALITY V RÁMCI PRAXE ZALOŽENEJ NA DŔKAZOCH

Ivan Farský

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

Abstrakt

V príspevku sa zaoberáme možnosťami a problémami, ktoré sú spojené s „výučbou“ spirituality. Z hľadiska praxe založenej na dôkazoch sú spiritualita a spirituálna starostlivosť veľmi problematickými konceptmi. Komplikácie vychádzajú napr. z nejasného vymedzenia spirituality v ošetrovateľstve, nejasnými kompetenciami pri poskytovaní spirituálnej starostlivosti, zovšeobecniteľnosťou a platnosťou vedeckých a odborných prác na túto tému a v neposlednom rade požiadavkami na pedagóga a študentov. Problematický môže byť koncept spirituality aj z etického hľadiska. V príspevku sú zároveň hľadané možnosti a spôsoby ako využiť prvky praxe založenej na dôkazoch aj vo výučbe spirituality a spirituálnej starostlivosti.

Kľúčové slová: prax založená na dôkazoch, spiritualita, spirituálna starostlivosť, výučba

Úvod

Výsledky výskumov poukazujú na to, že spiritualita má pozitívny vplyv na zdravie (napr. Seeman et al, 2003; Yi et al, 2006), zohráva úlohu v procese psychického vyliečenia (Kelly, Gamble, 2005) a ovplyvňuje aj kvalitu života pacientov (WHO, 2005). V domácej aj zahraničnej odbornej ošetrovateľskej literatúre je spirituálna starostlivosť popisovaná ako nevyhnutný komponent holistickej starostlivosti (napr. Žiaková, Čáp; 2005; Pesut, 2008; Farský, Žiaková, Ondrejka, 2010). Posudzovanie a riešenie možných spirituálnych problémov vyžaduje aj The Joint Commission (2008) a NANDA taktiež zdôrazňuje dôležitosť spirituality (NANDA, 2009). Aj napriek jej pozitívnemu vplyvu spiritualita zostáva prehliadanou oblasťou v ošetrovateľstve. Mnoho sestier sa môže cítiť nepohodlne pri poskytovaní spirituálnej starostlivosti z viacerých dôvodov. Medzi príčiny patrí napr.: ošetrovateľstvo sa stalo „príliš“ biologické; byť profesionálny vyžaduje udržať si odstup; mnoho sestier si nemusí byť isté ich vlastnou spiritualitou. Medzi ďalšie bariéry patrí nedostatok času, prítomnosť pacientov rôznych presvedčení a viery, nedostatok supervízie a nedostatočné vzdelanie o poskytovaní religióznej a spirituálnej starostlivosti (Jenkins et al, 2009).

Spirituálna starostlivosť v ošetrovateľskej literatúre

Spirituálna starostlivosť založená na dôkazoch je využitie vedeckých dôkazov o spiritualite pri výbere rozhodnutí a intervencií v poskytovaní takejto starostlivosti pacientom (O'Connor, 2002). Spirituálnu starostlivosť je problematické definovať špecificky. V literatúre neexistuje jednotná definícia (Sloan et al, 2000; O'Connor et al, 2002). Spirituálna starostlivosť môže zahŕňať religióznu starostlivosť, pastorálnu starostlivosť a spiritualitu (Smyth, Bellemare, 1988). Spirituálna starostlivosť obsahuje aktivity ako pomáhanie pri nachádzaní zmyslu, napr. reflexia zmyslu a účelu života, reflexia špecifických udalostí a skúseností. Často sa spirituálna starostlivosť týka rôznych spirituálnych praktík ako sú modlitba, meditácia, čítanie posvätných textov, participácia na súkromných či skupinových rituáloch, konanie láskavostí, bojovanie za spravodlivosť, etická reflexia, potešenie z krásneho (O'Connor et al, 1997). Spirituálna starostlivosť založená na dôkazoch vychádza z konceptu zdravotnej starostlivosti založenej na dôkazoch, ktorý McKibbonová (1999, s.2) opisuje ako „svedomité, explicitné a rozvážne využitie najlepších súčasných dôkazov pri robení rozhodnutí o starostlivosti pre

jednotlivých pacientov“. Zjednodušene sa jedná o kritické zhodnotenie akýchkoľvek výsledkov a zistení výskumov v prevencii ich nekritického preberania. V súvislosti s uvedeným je namieste spomenúť dve nadväzujúce publikácie, zamerané na sumarizáciu ošetrovateľských publikácií venovaných tematike spirituality a spirituálnej starostlivosti.

V r. 2006 Linda Ross publikovala článok „Spirituálna starostlivosť v ošetrovateľstve, prehľad výskumov do súčasnosti“, v ktorom sumarizovala výskumy publikované od r. 1983 do r. 2005. Rossová našla: 14 publikácií opisujúcich a vysvetľujúcich ako vnímajú sestry spirituálne potreby pacientov/opatrovateľ a ošetrovateľské odpovede na tieto potreby; 23 štúdií opisujúcich význam spirituality a spirituálnej starostlivosti poskytovanej pacientom a opatrovateľom; 5 štúdií predovšetkým severoamerických, porovnávajúcich pohľad zdravotníckych pracovníkov a pacientov/opatrovateľov na význam spirituality a poskytovanie spirituálnej starostlivosti; 3 publikácie zamerané na ošetrovateľské vzdelávanie (ako, čo, kde a kedy má byť vzdelávané o spirituálnej starostlivosti); 5 publikácií o tvorbe posudzovacích nástrojov, jedna štúdia bola zameraná na vývin nástroja na meranie spirituálnych kopingových stratégií. Rossová skonštatovala, že všetky výskumy boli realizované na malých vzorkách, s využitím vlastných meracích nástrojov vytvorených za účelom konkrétneho výskumu, často bez testovania validity a reliability týchto nástrojov, a so zameraním na vysvetľovanie a opisovanie úzkej oblasti spirituality. Rossová pre skvalitnenie odporúča aby sa výskum spirituality v rámci zdravia začal robiť koordinovaným a systematickým spôsobom, so zapojením výskumníkov z rôznych krajín a disciplín. Zároveň poukázala na potrebu multicentrických kolaborujúcich výskumných výskumov, ktoré by skúmali spiritualitu v jej komplexnosti a nielen jej vybrané prvky. Draper v r. 2011 vychádzal z Rossovej publikácie aby posúdil akým smerom sa výskumná a odborná literatúra posunula od r. 2005 a zistil, že sa pokračuje vo vysvetľujúcich a opisných prácach so zameraním na úzku oblasť spirituality, pričom mnohé z nich využívajú kvalitatívny prístup a malé vzorky respondentov. Poukazuje na nedostatok dôkazov o tom, že sa spiritualita v rámci zdravia skúma koordinovaným a systematickým spôsobom, pre ktorý by boli charakteristické multicentrické výskumy naprieč krajinami. Napriek tomu poukazuje na to, že výskum je realizovaný vo väčšom množstve krajín, čo vytvára podmienky tak pre spoluprácu, ako aj možnosť porovnania výsledkov. Potvrdzuje, že výskum je realizovaný v rozličných krajinách/ u rozličných skupín pacientov (v odlišných kultúrnych kontextoch) z odlišných ideologických perspektív. Toto zameranie na kultúru a kontext hodnotí Draper (2011) ako správne. Zároveň konštatuje, že existuje systematický výskum zameraný na študentov ošetrovateľstva a ošetrovateľské vzdelávanie v rámci spirituality. Na základe týchto dvoch sumarizačných prác možno usudzovať, že napriek rastúcemu počtu ošetrovateľských publikácií ich kvalita môže byť vo viacerých ohľadoch sporná a je ťažké z nich vychádzať pri snahe o najkvalitnejšie dôkazy aplikovateľné do praxe.

Je prístup EBP pri spirituálnej starostlivosti použiteľný?

Aj keď je prax založená na dôkazoch vo všeobecnosti vysoko pozitívny prístup, ktorý má svoje opodstatnenie, smeruje k štandardizácii praxe, zjednocovaniu postupov a celkovo teda aj ku skvalitneniu starostlivosti pre pacientov, je namieste otázka, či je naozaj aplikovateľný na všetky oblasti ošetrovateľstva? Jednou z dôležitých kritik EBP je nízky dôraz kladený na klinický úsudok. Vzťah medzi pacientom sestrou je v tomto prístupe taktiež vynechaný. Medzi často uvádzané intervencie na podporu spirituality patria aktívne počúvanie; byť prítomný, keď to pacient potrebuje; podpora nádeje (Alpert, 2009, s.142; NIC, 2000, s.783). Jedná sa o intervencie, ktoré sú vo svojej samotnej podstate založené na vzájomnom vzťahu medzi sestrou a pacientom. Zároveň ide o intervencie, ktoré sú ťažko merateľné a ťažko skúmateľné. Je v tomto prípade namieste klásť si otázky typu je efektívnejšie zostať pri pacientovi 5 alebo 10 minút? Ďalším zrejším problémom objavujúcim sa pri poskytovaní spirituálnej starostlivosti je, že napriek proklamácií holistického pohľadu na pacienta, sestry nie sú expertmi v poskytovaní spirituálnej starostlivosti. Takže ako majú poskytovať takúto

starostlivosť, keď na to nie sú dostatočne vzdelané a tréňované? V súvislosti s tým vyvstáva súvisiaca otázka, kto by sa mal viesť vzdelávanie sestier v tejto oblasti? Je dostatočná teoretická príprava bez klinickej skúsenosti? Ak nie, čo by bolo vhodnou klinickou prípravou? Ako posúdiť, či mám alebo nemám dostatok skúseností pre vzdelávanie v oblasti spirituality? Na tieto otázky v súčasnosti neexistuje jednoznačná odpoveď. Ďalšou obavou spojenou s poskytovaním spirituálnej starostlivosťou je, že sestry môžu využiť náboženstvo a spiritualitu k evanjelizácii pacientov v rámci určitých spirituálnych presvedčení a praktík (VandeCreek, 1999). Pesut a Sawatsky (2006) v súvislosti s tým upozorňujú na rozdiel medzi „deskriptívnym“ a „predpisovým“ prístupom k ošetrovateľskému procesu pri poskytovaní spirituálnej starostlivosti. Cieľom deskriptívneho prístupu je zjednodušene povedané urobiť viditeľnými ošetrovateľské aktivity pri poskytovaní spirituálnej podpory (retrospektívne). Preskriptívny prístup môže naopak pôsobiť ovplyvňujúcu a v niektorých prípadoch môže prekoncipovať spiritualitu pacientov. Autori sa domnievajú, že je eticky problematické ak úloha sestry rozsahom presiahne vhodné profesionálne hranice. Tento etický problém môže nastať nielen v prípade sestry a pacienta, ale aj pedagóga a študenta.

O'Connor (2002) kladie otázku: „je spirituálna starostlivosť založená na dôkazoch oxymoron?“ (spojenie dvoch vzájomne si protirečiacich si slov, napr. „chudobný boháč“). Vo svojej publikácii s rovnakým názvom nakoniec dospieva k názoru, že spirituálna starostlivosť založená na dôkazoch je skôr paradox (zdanlivo protichodne tvrdenia, napriek tomu možno pravdivé, napr. „toto tvrdenie je falošné“). Podľa neho sú v koncepte spirituálnej starostlivosti založenej na dôkazoch prítomné napätia, paradoxy a viacvýznamovosti, pričom tieto paradoxy zobrazuje v schéme kontinua.

Schéma 1. Kontinuum spirituálnej starostlivosti založenej na dôkazoch

EBP	Spirituálna starostlivosť
Objektívna-----	Subjektívna
Kvantifikovateľná-----	Skúsenostná
Redukcionistická-----	Holistická
Fakty-----	Význam (interpretácia)
Zdôvodnenia-----	Nepochopiteľnosť
Kontrolné faktory-----	Nekontrolovateľnosť

Na jednej strane kontinua je EBP s rôznymi charakteristikami, na druhej strane s rôznymi charakteristikami je spirituálna starostlivosť (schéma 1). Deliacia čiara medzi nimi je pohyblivá a môžu sa stretávať a križovať. V tom je spojenie medzi nimi oboma perspektívami (O'Connor, 2002, s.256-257). Nárast kvalitatívnych výskumov v oblasti spirituality a jej vplyvu na zdravie potvrdzuje, že prístup praxe založenej na dôkazoch je otvorený aj iným ako kvantitatívnym formám výskumu. Teda paradoxne na dôkazoch založená spirituálna starostlivosť kombinuje obe strany kontinua.

Príklady EBP a spirituálnej starostlivosti

Ako teda vyzerá kombinácia prístupu EBP a spirituálnej starostlivosti vo výskume? V rámci EBP sú za najvyšší stupeň dôkazu považované randomizované kontrolné štúdie. V r. 1988 vykonal Randolp Byrd dvojito zaslepenú štúdiu na 393 pacientoch s kardiálnym ochorením hospitalizovaných na koronárnej jednotke s cieľom zistiť vplyv tzv. zástupnej modlitby na dialku (3-6 ľudia sa modlili za pacienta, pričom poznali len jeho krstné meno). Pre kontrolnú skupinu pacientov takáto modlitba nebola vykonávaná. Na začiatku nebol zistený žiadny signifikantný rozdiel medzi týmito dvoma skupinami pacientov. Na konci štúdie, skupina

pacientov, pre ktorú bola robená zástupná modlitbu na diaľku mala lepšie výsledky, vyžadovali menej antibiotickej liečby, diuretík a menej intubácie/ventilácie a celkovo dosahovali lepší progres ochorenia. Účinok distančnej modlitby potvrdili vo svojej dvojito zaslepenej štúdií na 990 pacientoch s kardiálnym ochorením Harris et al (1999). V r. 2001 Aviles et al publikovali výsledky ich randomizovanej štúdie s rovnakým cieľom ako dve predchádzajúce, na vzorke 799 pacientov s koronárnym ochorením, pričom nepotvrdili žiaden účinok zástupnej modlitby na diaľku na progresiu kardiálneho ochorenia. Ako vidno z týchto príkladov v rámci spirituálnej starostlivosti ani štúdie s najvyššou kvalitou nemusia prinášať jednoznačné odpovede. Medzi ďalšie z mnohých príkladov zameraných na spirituálnu starostlivosť patria napr. štúdia od Koszycki et al (2010), v ktorej skúmali vplyv spirituálne založenej intervencie na generalizovanú úzkostnú poruchu. Vzorku tvorilo 22 respondentov. Spirituálne založená intervencia sa zameriavala na spirituálnu pohodu a spirituálny rast. Takto orientovaná intervencia viedla k signifikantnej redukcii symptómov a bola porovnateľná s účinkom kognitívno-behaviorálnej terapie. Tarakeshwar et al (2005) hodnotili účinok spirituálne založenej intervencie na podporu zvládania záťaže a duševného zdravia u 13 pacientov s HIV/AIDS. Po prebehnutí tejto intervencie pacienti uvádzali vyššiu religiozitu, vyššie použitie pozitívneho spirituálneho kopingu a nižšiu depresiu. Obe tieto štúdie sú robené na malej vzorke, nedokazujú vyššiu účinnosť spirituálne založenej intervencie v porovnaní s inými intervenciami, avšak možno ich chápať ako začiatok príkladov spirituálnej starostlivosti založenej na dôkazoch.

Záver

Domnievame sa, že napriek prínosu ktorý prístup EBP znamená pre klinickú prax, nie je ho možné dostatočne uplatniť aj v rámci spirituálnej starostlivosti. Spiritualita a spirituálna starostlivosť bude vždy ovplyvňovaná faktormi, ktoré sa nedajú kontrolovať a mnohým z nich sa možno nedá ani porozumieť. Spirituálna starostlivosť vyžaduje viac osobný prístup, istú formu otvorenosti a súladu medzi sestrou a pacientom a nemožno očakávať, že jeden postup môže byť v tomto prípade vhodnejší ako iný. Na druhej strane, ak má byť posudzovanie a riešenie spirituálnych problémov súčasťou roly sestry, vyžaduje si to sestry na takúto rolu nejakým spôsobom pripraviť. Preto nemožno výskum v oblasti spirituality a spirituálnej starostlivosti jednoducho zamietnuť. V prípade spirituálnej starostlivosti možno prístup EBP chápať skôr ako nie hľadanie tej jedinej cesty, ale všetkých možných.

Bibliografické odkazy

- ALPERT, P.T. Spirituality Goes Beyond Religiosity: A Much Needed Practice Nursing. *Home Health Care Management & Practice*. 2010, vol. 22, no. 2, p. 140–143.
- AVILES, J.M. et al. 2001. Intercessory Prayer and Cardiovascular Disease Progression in a Coronary Care Unit Population: A Randomized Controlled Trial. *Mayo Clin Proc*. 2001, vol. 76, no. 12, p.1192-1198.
- BRYD, R. Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. *Southern medical journal*. 1988, vol.81, no.7, p. 826–829.
- DRAPER, P. *Spiritual Care in a health care: state of the art*. [online] c.2012. posledná revízia 2011. [cit.2012-06-06]. Dostupný z WWW: http://www.gh.nl/onderzoek/Lectoraat%20Zorg%20en%20Spiritualiteit/~/_media/Files/Onderzoek/ZS/Diversen/20111104%20DraperP-lecture.ashx
- FARSKÝ, I., ŽIAKOVÁ, K., ONDREJKA, I. Konceptualizácia spirituality. In. SIKOROVÁ, L., BUŽGOVÁ, R. (eds.) *Ošetrovateľský výskum a praxe založená na dôkazoch*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2010, s. 30-37. ISBN 978-80-7368-694-9
- HARRIS, W.S. et al. A randomized controlled trial of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in patients admitted to a coronary unit. *Archives of Internal Medicine*. 1999, vol. 159, no. 19, p. 2273–2278.

- JCAHO. *Spiritual Assessment* [online] c.2012. poslední revize 2008. [cit.2012-06-06]. Dostupný z WWW:
http://www.jointcommission.org/standards_information/jcfaqdetails.aspx?StandardsFaqId=290&ProgramId=1
- JENKINS, M.L. et al. Nursing the spirit. *Nursing Management*. 2009, vol. 40, no.8, p. 29-36.
- KELLY, M., GAMBLE, C. Exploring the concept of recovery in schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2005, vol. 12, no. 2, p.245–251.
- KOSZYCKI, D. a kol. A multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: a pilot randomized trial. *J Clin Psychol*. 2010, vol.66, no.4, p.430-41.
- McKIBBON, A. WILCZYNSKI, N. *PDQ Evidence-based principles and practice*. Hamilton: B.C. Decker, 1999. 298 p. ISBN 9781607950066.
- NANDA International. *Nursing diagnoses: Definitions & Classification 2009-2011*. Herdman, T.H. (ed.) West Sussex: Wiley-Blackwell. 2009. 464 s. ISBN 978-1-4051-8718-3.
- O'CONNOR, T. et al. Making the most and making sense: Ethnographic research on spirituality in palliative care. *The Journal of Pastoral Care*.1997, vol. 51, no.1, p. 25–36..
- O'CONNOR, T. Is Evidence Based Spiritual Care an Oxymoron? *Journal of Religion and Health*. 2002, vol. 41, no. 3, p. 253-262..
- O'CONNOR, T. et al. Review of quantity and types of spirituality research in three health care databases (1962–1999): What are the implications for health care ministry? *The Journal of Pastoral Care*. 2002, vol. 56, no. 2, p. 227-32.
- PESUT, B., SAWATZKY, R. To describe or prescribe: assumptions underlying a prescriptive nursing process approach to spiritual care. *Nurs Inq*. 2006, vol.13, no.2, p. 127-34.
- PESUT, B. Spirituality and spiritual care in nursing fundamental textbooks. *J Nurs Educ*. 2008, vol. 47, no. 4, p. 167-173.
- ROSS, L. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *J Clin Nurs*. 2006, vol. 15, no. 7, p. 852-62.
- SEEMAN, T. E., DUBIN, L. F., SEEMAN, M. Religiosity/spirituality and health: A critical review of the evidence for biological pathways. *American Psychologist*. 2003, vol. 58, no.1, p. 53–63.
- SLOAN, R. et al. Sounding board: Should physicians prescribe religious activities. *The New England Journal of Medicine*. 2000, vol. 342, no. 25, p. 1913–1916.
- SMYTH, P., BELLEMARE, D. Spirituality, pastoral care and religion: The need for clear distinctions. *Journal of Palliative Care*. 1988, vol. 4, no.1-2, p. 86–88.
- TARAKESHWAR, N., PEARCE, M.J., SIKKEMA, K.J. Development and implementation of a spiritual coping group intervention for adults living with HIV/AIDS: A pilot study. *Mental Health, Religion & Culture*. 2005. vol. 8, no. 3, p. 179- 190.
- VANDECREEK, L. Should physicians discuss spiritual concerns with patients? *Journal of Religion and Health*. 1999, vol. 38, no.3, p. 193–201.
- Nursing interventions classification (NIC)*. McCloskey, J.C., Bulechek, G.M. (Eds). St. Luis: Mosby, 3rd ed., 2000. 910 pp. ISBN 0-323-00894-1.
- YI, M.S. et al. Religion, Spirituality, and Depressive Symptoms in Patients with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med*. 2006, vol. 21, no.5, p.21–27.
- ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J. Poznámky k problematike nádeje. In. ČÁP, J. a kol. (eds.) *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve*. Martin: JLF UK, 2005, s. 814 – 826. ISBN 80-88866-32-4.

Mgr. Ivan Farský, Ph.D.
 Ústav ošetrovatel'stva
 Jesseniova lekárska fakulta v Martine
 Univerzita Komenského v Bratislave
 Malá Hora 5
 036 32 Martin
 Slovenská republika
 e-mail: Ivan.Farsky@jfmed.uniba.sk

PROBLÉMY IMPLEMENTÁCIE EBP DO VÝUČBY ŠTUDENTOV OŠETROVATEĽSTVA A MEDICÍNY NA JLF UK V MARTINE

Martina Lepiešová, Katarína Žiaková

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

Abstrakt

Čoraz viac akcentovaná požiadavka implementácie prístupu EBP (*Evidence Based Practice – prax založená na dôkazoch*) do klinického ošetrovateľstva v našich podmienkach je reflexiou početných zmien v teórii, výskume i praxi ošetrovateľstva v období posledných 2 desaťročí. EBP prístup v ošetrovateľstve sa považuje za základný rámec implementácie klinického rozhodovania sestier na základe systematického vyhľadávania najlepších dostupných dôkazov a ich kritickej analýzy s cieľom poskytovania čo najlepšej ošetrovateľskej starostlivosti jej príjemcom. Súčasné možnosti využívania informačných zdrojov vedecko-výskumnou komunitou vzdelávacích inštitúcií vytvárajú predpoklady pre aplikáciu EBP aj do systému vzdelávania v ošetrovateľstve, v profesionálnej príprave sestier v akademickom i klinickom prostredí. Vychádzajúc z prvých skúseností s implementáciou EBP do vzdelávania študentov na JLF UK v Martine autorky príspevku analyzujú uvedenú problematiku z hľadiska ťažkostí a limitácií, ktoré môžu problematizovať etablovanie EBP v kontexte súčasného akademického vzdelávania i klinického ošetrovateľstva v našich podmienkach.

Kľúčové slová: prax založená na dôkazoch (*Evidence Based Practice, EBP*), ošetrovateľstvo, implementácia, klinická prax, výučba, problémy

Úvod

Tradičný model profesionálnej prípravy sestier u nás do prvej polovice 90. rokov 20. storočia akcentoval úlohu sestry pri diagnostike a liečbe ochorení, jej asistenčnú funkciu pri plnení ordinácií lekára a vykonávanie závislých intervencií prevažne inštrumentálneho charakteru. V súčasnom akademickom vzdelávaní v ošetrovateľstve je takýto model dávno prekonaný – sestry sú pripravované k vykonávaniu autonómnej profesionálnej praxe, ku klinickému rozhodovaniu a kritickému mysleniu pri riešení problémov v rámci poskytovania individualizovanej a celostnej ošetrovateľskej starostlivosti, k realizácii ošetrovateľského výskumu a zviditeľňovaniu jeho výsledkov.

Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti majú sestry vychádzať zo základných princípov vedy, z aktuálnych overených vedeckých poznatkov, tzn. najlepších dôkazov (výsledkov výskumu), z dostupných literárnych zdrojov i vlastných klinických skúseností resp. skúseností svojich spolupracovníkov. V špecifických klinických situáciách konkrétneho pacienta sú uvedené princípy implementácie praxe založenej na dôkazoch navyše podmienené rešpektovaním preferencií a hodnôt pacienta (Jarošová, 2008, s. 27).

Koncepty ako bezpečnosť pacienta a kvalita poskytovanej starostlivosti sa radia medzi popredné témy poskytovania zdravotnej starostlivosti a obzvlášť vzdelávania v medicíne a ošetrovateľstve (Odell, Barta, 2011, s. 371). S cieľom bezpečného, kvalitného a efektívneho praktizovania ošetrovateľskej profesie v dnešnom neustále sa meniacom prostredí zdravotnej starostlivosti sa za jednu z najdôležitejších spôsobilostí sestier považuje identifikácia a operacionalizácia praxe založenej na dôkazoch (*Evidence Based Practice, EBP*). EBP sa definuje ako starostlivosť, ktorá integruje najlepší výskum s klinickou expertízou a pacientovými hodnotami s cieľom poskytnutia optimálnej starostlivosti. EBP je základom pre také atribúty poskytovania starostlivosti, ako bezpečnosť pacienta, kvalita starostlivosti

a efektívita nákladov (Odell, Barta, 2011, s. 370). EBP v ošetrovatel'stve sa považuje za prístup, ktorý stiera rozdiel medzi teóriou, výskumom a praxou a vedie k zlepšeniu pacientových výsledkov poskytnutím preukázateľne najlepšej starostlivosti. V súčasnosti nie je v našich podmienkach plne etablovaný.

Aby sa sestry mohli „zhostiť“ EBP, musia byť schopné lokalizovať a kriticky analyzovať relevantné výskumné štúdie, identifikovať rozdiely a medzery medzi súčasnou a „najlepšou praxou“, rozvíjať stratégie, ako sa týmto rozdielom venovať a realizovať potrebné zmeny v praxi. Pedagógovia – odborní asistenti v ošetrovatel'stve majú unikátnu príležitosť naučiť študentov ošetrovatel'stva všetkým týmto zručnostiam a tým ovplyvniť kvalitu výkonu ošetrovatel'skej profesie v budúcnosti. Výučba budúcich sestier smeruje k tomu, aby boli vybavené vedomosťami, zručnosťami a postojmi potrebnými ku kontinuálnemu zlepšovaniu kvality a bezpečnosti starostlivosti, akou pracujú, čo môže pomôcť preklenúť rozdiely medzi vzdelávaním (teóriou) a praxou (Odell, Barta, 2011, s. 370-371). Ako autori uvádzajú, kľúčovými schopnosťami, ktoré je potrebné rozvíjať už od začiatku profesionálnej prípravy sestier, sú: starostlivosť zameraná na pacienta (*patient-centered care*), tímová práca a spolupráca, prax založená na dôkazoch (*evidence based practice, EBP*), zlepšovanie kvality, bezpečnosť, informatika.

V profesionálnej príprave sestier u nás sa uskutočňujú prvé kroky implementácie EBP do výučby ako samostatného predmetu alebo na úrovni klinických ošetrovatel'ských predmetov s cieľom naučiť budúce sestry používať tento prístup pri výkone svojej profesie – uvedené snahy však nie sú bezproblémové. V reálnej klinickej praxi taktiež vystupuje do popredia množstvo situačných faktorov, ktoré v konečnom dôsledku sťažujú jeho realizáciu.

Problémy implementácie EBP v ošetrovatel'skej praxi a vo výučbe

Problémy implementácie EBP v akademickom a klinickom prostredí identifikované na základe našich skúseností i skúseností ďalších autorov, sú nasledovné (*kurzívou prezentujeme vlastné skúsenosti a postrehy*):

- nepochopenie konceptu EBP (Penz, Bassendowski, 2006, s. 250)
- nedostatočné vedomosti o EBP, negatívny prístup k EBP a ošetrovatel'skému výskumu vôbec (Jarošová, 2008, s. 27); nedostatok vedomostí o vyhľadávaní, lokalizácii a hodnotení výskumu, nízky záujem o EBP či účasť na výskume (Odell, Barta, 2011, s. 372)

...Zahraniční študenti medicíny študujúci v jazyku anglickom v letnom semestri 3. ročníka štúdia v predmete Scientific Preparation (Základy vedeckej prípravy) nemajú absolútne žiadne informácie o možnostiach využívania externých informačných zdrojov a elektronických databáz študentmi (plnotextové a abstraktové databázy odborných monografií, časopisov, konferenčných zborníkov, elektronických kníh) – zakúpených fakultou pre akademickú obec či voľne prístupných. Vzhľadom na ich aktívnu znalosť anglického, nemeckého, v niektorých prípadoch španielskeho jazyka by vedeli dané databázy využívať ešte efektívnejšie ako slovenskí študenti. Prvá informácia o týchto zdrojoch ako aj fázach EBP im je poskytnutá v rámci tohto predmetu (formou jednorazovej interaktívnej prednášky). Na základe výsledkov hodnotenia predmetu (medici považujú tento predmet za „nepotrebný, zbytočný“) sa plánuje realizovať ho ako voliteľný predmet, prípadne presunúť ho do vyšších ročníkov štúdia, kedy sa začnú venovať písaniu diplomových prác (súčasťou štúdia medicíny na Slovensku je od akademického roku 2008/2009 aj diplomová práca, ktorej obhajoba patrí medzi štátne skúšky, preto sú od letného semestra 4. ročníka štúdia v študijnom programe všeobecné lekárstvo na JLF UK v Martine zaradené semináre k diplomovej práci)...

1. časová bariéra (Ciliska et al., 2001, s. 520) – zaneprázdnenosť sestier venovať sa EBP napr. v dôsledku vysokého počtu pridelených pacientov pri personálnych,

- administratívnych a organizačných problémoch na pracovisku (Jarošová, 2008, s. 27), v dôsledku neefektívnej organizácie práce sestier na mnohých pracoviskách – stále sa kladie dôraz na dodržiavanie harmonogramu výkonov, hodnotenie sestry na základe jej schopnosti realizovať inštrumentálne intervencie, nie kritické myslenie, či klinické rozhodovanie (Penz, Bassendowski, 2006, s. 252),
2. nepochopenie „skutočného sveta“ klinického výskumu, nedostatočná motivácia sestier resp. študentov k profesionálnemu rastu a rozvoju (Odell, Barta, 2011, s. 372) – mnohé sestry sa „netrápia“ otázkou, či je klinická ošetrovateľská prax, v ktorej pracujú, tou čo možno najlepšou praxou, resp. ako k tomu prispievajú ony samotné; existuje kultúrna a profesionálna rezistencia sestier k zmenám vo forme ich apatie, inaktivity; v prípadoch (aj to zriedkavých) hľadania odpovedí na otázky vykonávania svojej praxe sa sestry obracajú skôr na lekárov, svoje kolegyne resp. sa spoliehajú na to, čo sa naučili v škole; ako poslednú sestru v realizovanom prieskume v tejto problematike uvádzali možnosť hľadania informácií v literárnych zdrojoch – a to v odborných časopisoch zameraných na prax, nie na výskum (Penz, Bassendowski, 2006, s. 253),
 3. priepastný rozdiel medzi tým, čo pedagógovia – odborní asistenti v ošetrovateľstve uvádzajú, že učia a tým, čo študenti ošetrovateľstva a absolventi, t.j. sestry v skutočnosti v praxi realizujú (Odell, Barta, 2011, s. 371),
 4. stereotypná, rutinná, ritualizovaná a tradicionalizovaná klinická ošetrovateľská prax – zbavovanie sa osobnej zodpovednosti za robenie klinických rozhodnutí a poskytovanú starostlivosť v zmysle „u nás sa to vždy takto robilo“ (Paramonczyk, 2005, s. 12); vyzdvihovanie výsledkov „tradičnej“ starostlivosti (Jarošová, 2008, s. 27),

...Pri zaradení predmetu Ošetrovateľstvo založené na dôkazoch v I. ročníku externej formy magisterského študijného programu ošetrovateľstvo, boli výstupy z predmetu realizované formou spracovania prezentácie v programe power point (formulácia klinickej otázky k zadanej téme, systematické vyhľadávanie najlepších dostupných dôkazov, kritické posúdenie dôkazov, zhodnotenie výsledkov, odporúčania pre implementáciu dôkazov v praxi). Prezentované témy (napr. prevencia dekubitov, ošetrovanie dekubitov, prevencia imobilizačného syndrómu) boli súčasťou štátnicových otázok – študenti pri ich zodpovedaní opisovali rutinnú prax, stereotypy realizované na svojom pracovisku, resp. informácie uvádzané v stredoškolských učebniciach vydaných pred 20 rokmi...

Ako uvádzajú Penz a Bassendowski (2006, s. 250), používanie EBP znižuje dôraz kladený na nesystematické, izolované a ritualizované vykonávanie klinickej praxe a tradičné stereotypy či nepodložené názory ako základ poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. EBP síce uznáva význam intuície, klinických skúseností, resp. klinickej expertízy a vyslovenia vlastného úsudku zdravotníckeho profesionála, ale inkorporuje ich so súčasnými najlepšimi dôkazmi z výskumných štúdií.

5. absencia prepojenia výučby EBP s reálnou praxou (Odell, Barta, 2011, s. 371),

...V predmete Ošetrovateľstvo založené na dôkazoch v I. ročníku externej formy magisterského štúdia boli témy zadané vyučujúcimi. Aj napriek úsiliu o formuláciu čo možno najvšeobecnejších tém, tieto nemuseli zákonite reflektovať problémy reálnej praxe konkrétneho externého študenta, študentky (resp. pracoviska, na ktorom pracuje ako sestra), na základe čoho je otázna motivácia formulovať klinický problém a venovať sa jeho riešeniu... Taktiež v zadaní projektových úloh pre študentov absentovala fáza EBP – porovnanie nájdených najlepších dôkazov so súčasnou praxou konkrétneho zariadenia alebo pracoviska (len všeobecne), ako aj fáza EBP – aplikácia dôkazov do klinickej praxe (len návrhy aplikácie), čo mohlo viesť k nedostatočnej motivácii študentov a absencii pocitu reálnej zodpovednosti za implementáciu EBP na konkrétnom pracovisku...

6. nedostatok skúsených a špecificky zameraných pracovníkov knižničných a informačných služieb pre študentov a akademických pracovníkov, ich problematická dostupnosť pre sestry z praxe (Foster, 2004, s. 76) – nutnosť realizovať vyhľadávanie v databázach samostatne, bez pomoci,
7. absencia resp. nedostatok školení v problematike EBP pre sestry (najmä sestry dlhodobo v praxi, bez akademického vzdelania), pre akademických pracovníkov, pedagógov – nutnosť pochopiť princípy a fázy EBP v rámci samoštúdia,
8. nedostupnosť kvalitných voľne prístupných odborných a vedeckých časopisov a databáz (Jarošová, 2008, s. 27) – najmä pre sestry z praxe; finančná náročnosť v prípade spoplatnených článkov; časopisy čítané sestrami s prevahou odborných resp. populárno-náučných článkov (v nich nedostatok až absencia výstupov primárnych výskumných štúdií); jazyková bariéra (vedecké časopisy vrátane elektronických sú publikované vo svetových jazykoch),
9. problémy pri samotnom vyhľadávaní dôkazov – nedostatok zručností vyhľadávania v elektronických databázach, jazyková bariéra – problematické resp. nedostatočné porozumenie jazyka výskumu – cudzí jazyk, terminológia (Ciliska et al., 2001, s. 520); časová náročnosť vs. efektívnosť vyhľadávania (hodiny strávené pri počítači s vyhľadaním malého množstva dôkazov), nedostatok vs. enormný počet dôkazov (Foster, 2004, s. 76),

...Jednou zo zadaných tém v predmete Ošetrovatel'stvo založené na dôkazoch bola aj prevencia imobilizačného syndrómu. Ak bol do elektronických databáz na základe formulácie akejkoľvek klinickej otázky súvisiacej s touto témou (koncepty v rámci PICOD resp. PICOT designu) zadaný pojem imobilizačný syndróm v slovenskom, českom či anglickom jazyku (disuse syndrome), zistili sme nedostatok nájdených dôkazov, resp. absenciu dôkazov z anglických databáz. V prípade pojmu imobilizačný syndróm musel byť tento koncept „rozdrobený“ na mnohé ďalšie pojmy, symptómy, resp. systémy či súvisiace parciálne problémy, čo následne znásobilo kombinácie konceptov potrebné k zadaniu do databáz...

Vo všeobecnosti môžeme uvádzané problémy a limitácie podľa vzoru autorov Penz a Bassendowski (2006, s. 252-253) priradiť k 4 nasledovným oblastiam: (1) prístup k informáciám a ich zdrojom, (2) vedomosti a zručnosti sestier v problematike výskumu a možnosti ich vzdelávania v tejto oblasti, (3) súčasná kultúra ošetrovateľskej profesie, (4) časové bariéry.

Podpora výučby EBP – ako ďalej?

Ako uvádza Jarošová (2008, s. 28), EBP v ošetrovatel'stve je jedným z prístupov, ktorý umožní budúcim sestram zvládať explóziu nových technológií, poznatkov, literárnych zdrojov. Pedagógovia vzdelávacích inštitúcií podieľajúcich sa na profesionálnej príprave sestier musia byť schopní motivovať a pripraviť študentov ošetrovatel'stva tak, aby pri klinickom rozhodovaní spájali validné vedecké dôkazy, vlastné skúsenosti (kvalifikované posúdenie) a pacientove záujmy, hodnoty a preferencie. Naučené spôsobilosti EBP potom sestram v praxi pomôžu aplikovať výsledky výskumu a rozsiahle informácie v odbore, ktoré v konečnom dôsledku budú viesť k zlepšeniu pacientových výsledkov. Penz a Bassendowski (2006, s. 251) navyše zdôrazňujú, že pri inkorporácii teoretických vedomostí a výskumných dôkazov do praxe dochádza aj k posilneniu profesionálnej autonómie – uvádzajú, že ak je klinické myslenie a rozhodovanie sestier vedené najlepšimi dôkazmi alebo konkrétnou ošetrovateľskou teóriou, sestry chápu, čo robia, prečo to tak robia, ale najmä sú schopné objasňovania a obhajovania svojho konania pred ostatnými zdravotníckymi profesionálmi. Ošetrovatel'stvo a prax založené na dôkazoch a ošetrovateľských teóriách poskytuje sestram profesionálnu identitu a umožňuje im definovať samých seba prostredníctvom toho, čo vedia, ako uvažujú a nie len toho, koľko inštrumentálnych výkonov realizujú.

S cieľom podpory výučby EBP v akademickom prostredí, najmä však implementácie výsledkov výskumu do reálnej praxe je jednou z navrhovaných možností realizovať výučbu formou partnerskej spolupráce medzi:

1. vzdelávacou inštitúciou – fakultou/ústavom ošetrovateľstva (zadané projektové úlohy v rámci predmetu EBP, resp. ďalších predmetov v študijnom programe, opakované priebežné konzultácie so študentmi, zorganizovanie ppt. prezentácie výstupov študentov, príp. posterovej minikonferencie),
2. zdravotníckym zariadením – konkrétnym klinickým pracoviskom, jeho manažérom ošetrovateľstva príp. personálom (identifikácia oblastí záujmu aktuálnych pre dané pracovisko, zhotovenie zoznamu potenciálnych tém pre tvorbu klinických otázok, aktívna účasť na prezentáciách študentov a následnej diskusii, spoločné aktivity so študentmi na konkrétnom pracovisku v zmysle nastolenia zmeny) a
3. pracovníkmi knižničných a informačných služieb (informatik, knihovník so zameraním na zdravotníctvo) – pomoc študentom pri vyhľadávaní dôkazov, v prístupe k elektronickým databázam a ďalším literárnym zdrojom (Odell, Barta, 2011, s. 370-377).

Aj autori Sherwood a Drenkard (2007, s. 153) navrhujú inovatívne akademicko-klinické partnerstvo s cieľom pomôcť študentom zažiť proces implementácie dôkazov do praxe už od začiatkov ich profesionálneho vzdelávania. Takýmto spôsobom je pre študentov možné vytvoriť skúsenosť kreatívneho a autentického učenia sa, ktorá je založená na reálnych, presne identifikovaných klinických problémoch. Študenti sú aktívne zapojení do procesu zaistenia „najlepšej praxe“, zlepšovania kvality a diseminácie informácií priamo k manažérom ošetrovateľstva a personálu príslušných zdravotníckych zariadení. Na základe takejto hodnotnej skúsenosti budú schopní začať svoju profesionálnu prax s pochopením procesu EBP a motiváciou implementovať ho do praxe (Odell, Barta, 2011, s. 370, 376). Po absolvovaní výučby EBP uvádzaným spôsobom študenti pozitívne hodnotili najmä prepojenie školy s reálnou praxou, možnosť participovať v interprofesionálnom tíme, pričom najmä v prípadoch, kedy sa klinické pracoviská dožadovali výstupov a ich implementácie do praxe, vnímali samých seba ako profesionálov, ktorí môžu zmeniť chod vecí, ako advokátov kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanej pacientom (Odell, Barta, 2011, s. 375-376).

Čo sa týka metód a stratégií vyučovania EBP podporujúcich u študentov záujem o prax založenú na dôkazoch, záujem o výskum ako taký a rozvíjanie príslušných schopností (napr. schopnosť kritického myslenia, schopnosť robenia rozhodnutí), odporúča sa napr. využívanie simulácií (simulačné metódy), učenie riešením problémov (*problem-based learning*), ohniskové skupiny (*focus groups*), reflektívne písanie (Odell, Barta, 2011, s. 372).

Záver

Z posunu k paradigme praxe založenej na dôkazoch, najmä jej implementácie v klinickej ošetrovateľskej praxi, môže prosperovať ošetrovateľstvo ako profesionálna disciplína, samotné sestry a prioritne pacienti. Priepastný rozdiel medzi výskumom, teóriou a praxou ošetrovateľstva je možné zjemniť implementáciou EBP prístupu do ošetrovateľského vzdelávania a následne ošetrovateľskej praxe (Penz, Bassendowski, 2006, s. 251), ktorá však nie je bezproblémová. S cieľom redukcie identifikovaných problémov a limitácií súhlasíme s autormi (Odell, Barta, 2011; Jarošová, 2008; Sherwood, Drenkard, 2007; Foster, 2004) akcentujúcimi, že princípy a metodológiu EBP si budúce sestry musia osvojiť už v priebehu svojej profesionálnej prípravy v bakalárskom študijnom programe ošetrovateľstva, avšak nielen v samostatnom kurze – EBP prístup má byť etablovaný do všetkých odborných predmetov a musí byť prepojený s reálnou praxou vo všetkých fázach realizácie jeho výučby.

Bibliografické odkazy

CILISKA, D. K. et al. Resources to enhance evidence-based nursing practice. *AACN Clinical Issues*. 2001, Vol. 12, No. 4, pp. 520-528.

FOSTER, R. L. Challenges in Teaching Evidence-Based Practice. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 2004, Vol. 9, No. 3, pp. 75-76.

JAROŠOVÁ, D. Ošetrovatelství založené na důkazech jako součást výuky. In. Bužgová, R., Sikorová, L. (eds.) *Ošetrovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech II. Nursing diagnostics and evidence based nursing II*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. s. 26-30. ISBN 978-80-7368-499-0.

PARAMONCZYK, A. Barriers to implementing research in clinical practice. *Canadian Nursing*. 2005, Vol. 101, No. 3, pp. 12-15.

PENZ, K. L., BASSENDOWSKI, S. L. Evidence-Based Nursing in Clinical Practice: Implications for Nurse Educators. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2006, Vol. 37, No. 6, pp. 250-254.

SHERWOOD, G., DRENKARD, K. Quality and safety curricula in nursing education: Matching practice realities. *Nursing Outlook*. 2007, Vol. 55, No. 3, pp. 151-155.

*Mgr. Martina Lepiešová, PhD.
Ústav ošetrovatel'stva
Jesseniova lekárska fakulta v Martine
Univerzita Komenského v Bratislave
Malá Hora 5
036 32 Martin
Slovenská republika*

EBP V REHABILITAČNÍCH OBORECH – PRVNÍ ZKUŠENOSTI S VÝUKOU

Jarmila Kristiníková

Ostravská Univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Katedra rehabilitace

Abstrakt

Evidence Based Practise (EBP), neboli praxe založená na důkazech, je moderní způsob, jak provádět intervence u pacienta podle nejnovějších výsledků výzkumů, klinických zkušeností terapeuta a samotných preferencí daného pacienta. Rozvoj biomedicínských oborů s sebou přináší nutnost orientace ve výsledcích biomedicínských výzkumů. Je třeba, aby už studenti oboru fyzioterapie a dalších příbuzných oborů – ergoterapie a ortotik-protetik, získali základní informace o EBP v rámci výuky. Proto byl do bakalářského studia zmíněných oborů zakomponován volitelný předmět Evidence Based Practise v rehabilitačních oborech. Zkušenosti s výukou a prvními výstupy jsou tématem příspěvku.

Klíčová slova: Evidence Based Practise, implementace do výuky, elektronické informační zdroje pro rehabilitační obory

Úvod

Evidence Based Practise (EBP) je pojem, který je v rehabilitační praxi často diskutován. Názory na použití principů EBP nejsou ve většině případů jednotné a existují jak odpůrci přístupu tak jeho horliví zastánci. Ti první tvrdí, že je to „novinka“, která brzy zmizí, ti druzí poukazují na nutnost využití EBP v praxi při rozhodování, co je pro konkrétního pacienta v momentální situaci nejvýhodnější z hlediska použité terapie. Ukazuje se, že jen klinická zkušenost není tím nejdůležitějším argumentem při rozhodování se o aplikaci určité terapeutické metody při pohybové léčbě. Svou roli zde hrají i ekonomické, personální a technické aspekty. Vzhledem k těmto argumentům se vedení katedry rehabilitace rozhodlo, zařadit předmět Evidence Based Practise do výuky bakalářských studijních oborů fyzioterapie, ergoterapie a ortotik-protetik.

Implementace EBP do výuky

Výukový kurz je zařazen u již zmíněných bakalářských studijních oborů jako volitelný předmět v letním semestru 2. ročníku. Předmět vznikl s podporou projektu Inovace profesních zdravotnických oborů na OU. Je nabízen studentům všech tří nelékařských profesí v jednom společném kurzu z důvodu nutné spolupráce těchto odborníků v komplexní terapii pacienta v praxi. Záměrem také bylo, aby postupně vznikla společná témata pro řešení problémů v rámci multidisciplinárního přístupu. První výuka proběhla v letním semestru akademického roku 2011/2012. Celkem si předmět zapsalo 21 studentů, z tohoto počtu bylo 10 studentů oboru fyzioterapie a 11 studentů oboru ergoterapie. Nebyl zastoupen obor ortotik-protetik z důvodu jeho neotevření v aktuálním akademickém roce. V úvodní hodině byl se studenty uskutečněn rozhovor, kde se měli vyjádřit k tomu, proč si kurz EBP zapsali a jaká jsou jejich očekávání. Většina studentů nevěděla, co pojem Evidence Based Practise znamená, neměla žádná očekávání a předmět si zapsali, protože měl zajímavé kreditové ohodnocení. V následujících hodinách byla studentům vysvětlena organizace výuky předmětu, zapsali se do e-learningového kurzu a dále byli seznámeni s historií a základními pojmy Evidence Based Practise a Evidence Based Medicine.

Výuka byla kombinovaná, studenti měli jak teoretický výklad, tak praktické aplikace přímo v hodinách, které se týkaly vyhledávání v elektronických informačních zdrojích. Ve spolupráci s pracovníci univerzitní knihovny byly vyhledány nejvhodnější elektronické databáze pro rehabilitační obory. Studenti byli seznámeni s principy vyhledávání podle

klíčových slov jak v českém, tak v anglickém jazyce a prakticky si vyzkoušeli vyhledávání v elektronických databázích. V rámci e-learningového kurzu zpracovali studenti pět korespondenčních úkolů. Úkoly se týkaly jednoduchého vyhledávání v elektronických databázích, tvorby klinické otázky, vyřešení zadaných kazuistik.

Při vyhodnocení těchto korespondenčních úkolů se vyskytlo několik problémů. Zpočátku měli studenti potíže se stanovením klíčových slov, která by je rychle přivedla k nalezení relevantních publikačních zdrojů. Obtíže jim činilo především vyjádření v anglickém jazyce. Často měli potíže s adekvátním vyjádřením českého odborného pojmu v angličtině tak, aby přesně odpovídal obsahu českého ekvivalentu. Tento fakt nás vedl k názoru, že by bylo dobré výukový materiál doplnit o slovníček nejběžněji používaných odborných pojmů v angličtině. Jako další úskalí se ukázala orientace v nabízených odborných elektronických databázích. Přesto, že studenti věnovali několik hodin vyhledávání v elektronických zdrojích určených pro fyzioterapii nebo ergoterapii pod vedením vyučujícího, v konečné fázi byl nejvíce používaným zdrojem Google Scholar, což je pro relevanci nalezených výstupů a jejich následné využití nedostatečné. Co bylo naopak pozitivní, byla schopnost studentů formulovat klinickou otázku. Nejjasněji uměli vymezit problém v terapii a diagnostice. Kurz nakonec ukončilo 15 studentů z celkového počtu 21 zapsaných.

Na závěr byl opět se studenty veden rozhovor, jehož cílem bylo vyhodnocení předmětu, specifikace konkrétních výstupů pro jednotlivé studenty a analýza nedostatků. Studenti nejvíce postrádali základní orientaci ve výzkumu. Některé pojmy jim byly zcela neznámé a neuměli s nimi pracovat. Ve vyhledávání v elektronických informačních zdrojích byli úspěšní pouze pod přímým vedením vyučujícího. Bez jeho pomoci se výrazně prodloužil čas při získávání informací z těchto zdrojů. Protože šlo o první rok výuky předmětu, nepracovali studenti s vyhodnocováním získaných informací vzhledem k jejich kritické analýze. Celkově hodnotili studenti výukový kurz jako přínosný především v tom, že jim poskytl možnost, jak najít další, aktuálnější informace k problémům řešeným v praxi.

Závěr

Naše první zkušenosti s implementací EBP do výuky přinesly řadu otázek. Chápu studenti našich oborů nutnost umět použít EBP v praxi? Setkají se při svých klinických praxích se situací, kde budou moci EBP použít? Nabízíme jim řešení terapeutických otázek už ve studiu, nebo jsou jen pasivními příjemci našich klinických zkušeností a zkušeností dalších odborníků v oboru? Než se používání EBP ve výuce stane běžnou skutečností, bude potřeba ještě získat nejen aktivní studenty, ale především zainteresované vyučující, kteří se nebudou obávat nad svými obvyklými terapeutickými postupy kriticky přemýšlet a budou ochotni stále hledat nové metody ke zkvalitnění své práce.

Bibliografické zdroje

GREENHALGH, T. *Jak pracovat s vědeckou publikací. Základy medicíny založené na důkazu*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0310-6
JAROŠOVÁ, D. Ošetrovatelství založené na důkazech jako součást výuky. In BUŽGOVÁ, R., SIKOROVÁ, L. *Ošetrovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech. Nursing diagnostics and evidence based nursing*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008. s. 26-30.
MIHÁL, V., POTOMKOVÁ, J., STROJIL, J. *Doporučení pro zavádění principů EBM do výuky na vysokých školách. Olomouc, LF UP*. In projekt CZ.04.1.03/3.2.15.2. 2011.

*PhDr. Jarmila Kristiníková, Ph.D.
Ostravská univerzita v Ostravě
Lékařská fakulta
Katedra rehabilitace
Syllabova 19, 703 00 Ostrava
e-mail: jarmila.kristinikova@osu.cz*

PROJEKTOVÁ VÝUKA PRAXE ZALOŽENÉ NA DŮKAZECH

Renáta Zeleníková, Darja Jarošová

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

Abstrakt

Ošetrovatelství založené na důkazech je proces klinického rozhodování sester prostřednictvím využití nejdostupnějších výsledků výzkumu, klinické zkušenosti a preferencí pacienta v kontextu dostupných prostředků. Výuka předmětu *Praxe založená na důkazech* na LF OU probíhá zčásti jako projektová výuka. *Cíl:* Cílem příspěvku je zhodnotit a analyzovat vypracované EBP projekty studentů s ohledem na zvolený typ klinické otázky, vyhledávací strategie, zhodnocení studií a přínos pro praxi. *Metody:* Mezi soubor hodnocených projektů bylo zařazeno 60 náhodně vybraných projektů, které studenti vypracovali v rámci předmětu *Praxe založená na důkazech*. Na hodnocení byla použita metoda analýzy EBP projektů studentů. *Výsledky:* Ze 60 stanovených klinických otázek bylo 40 základních a 20 specifických. Studenti při vyhledávání nejvíce využívali databáze PubMed (85 % studentů), Google Scholar (83 % studentů), Science Direct (42 % studentů) a vyhledávač Google (33 % studentů). Omezení při vyhledávání v elektronických databázích využilo 31 studentů našeho souboru, přičemž nejčastěji se jednalo o omezení časové. V 60 hodnocených projektech bylo vyhledáno 152 studií, tj. průměrně 2,53 studie na 1 projekt. Nejvíce nalezených bylo randomizovaných kontrolovaných studií. *Závěry:* Projektová výuka je založená na propojení teorie a praxe a vede ke kreativité studenta.

Klíčová slova: praxe založená na důkazech, PICO formát, klinická otázka, projektová výuka

Úvod

Ošetrovatelská péče založená na důkazech ve srovnání s tradičním přístupem k péči vede ke zvýšení kvality péče, zlepšení výsledků pacienta, snížení nákladů a zvýšení spokojenosti sester (Melnik et al., 2010). Sestry v praxi deklarují, že jsou nedostatečně připravované na využívání principů ošetrovatelství založeného na důkazech ve své klinické praxi. I to je jeden z důvodů rostoucího zájmu vzdělávacích institucí o implementaci problematiky ošetrovatelství založeného na důkazech do studijních programů sester a porodních asistentek. Výuka ošetrovatelství založeného na důkazech může být zařazena jako samostatný předmět nebo jako součást jiných předmětů. Ústav ošetrovatelství a porodní asistence Lékařské fakulty Ostravské univerzity v Ostravě nabízí studentům v magisterských studijních programech výuku předmětu *Praxe založená na důkazech*. Tento předmět má časovou dotaci 11 hodin a je ukončen zápočtem. Předmět navazuje na výuku předmětu *Vybrané metody výzkumu v ošetrovatelství*. Předmět *Praxe založená na důkazech* se zaměřuje na dovednosti a znalosti potřebné k implementaci praxe založené na důkazech v ošetrovatelské praxi. Seznamuje studenty hlouběji s využitím odborných databází, kritickým hodnocením a využitím výsledků výzkumu v ošetrovatelské praxi. Posluchači získají absolvováním předmětu vědomosti a dovednosti potřebné ke kritickému hodnocení aktuálních vědeckých a odborných publikací. Naučí se základnímu algoritmu praxe založené na důkazech: konkrétní pacient – klinická otázka – vyhledání a zhodnocení relevantního důkazu – aplikace do praxe a monitorování změny. Naučí se pracovat s dostupnými elektronickými databázemi, vyhledávat a analyzovat validní zdroje a aplikovat nejlepší důkazy u konkrétního pacienta v klinické praxi.

Proces ošetrovatelství založeného na důkazech se v nejnovějších publikacích (Melnik et al., 2010) popisuje jako proces, který má sedm kroků: krok 0 – dotazovat se; krok 1 – formulace klinické otázky v PICOT formátu; krok 2 – hledání nejlepšího důkazu; krok 3 – kritické zhodnocení důkazu; krok 4 – integrace důkazu, klinické zkušenosti, hodnot a preferencí

pacienta; krok 5 – zhodnocení výsledku praktických rozhodnutí nebo změn založených na důkazu; krok 6 – diseminace (rozšíření) výsledků.

Výuka předmětu *Praxe založená na důkazech* na LF OU probíhá zčásti jako projektová výuka. Tento způsob výuky byl zvolen za účelem podpory angažovanosti studentů ve výuce, podpory jejich kritického myšlení, samostatné a kreativní činnosti. Z hlediska participace jednotlivce nebo skupiny na projektu, se jedná o samostatný projekt (řeší jednotlivec). Z hlediska realizace ve výuce a mimo ní je to kombinovaný projekt, který je realizován zčásti v rámci výuky a z části mimo výuku. Projekt EBP, který mají studenti vypracovat v rámci předmětu *Praxe založená na důkazech*, reflektuje kroky procesu EBP. V projektu se studenti zaměřují zejména na první čtyři kroky: 0 Dotazovat se, 1 Formulace klinické otázky v PICOT formátu, 2 Hledání nejlepšího důkazu, 3 Kritické zhodnocení důkazu. V rámci projektu Inovace profesních zdravotnických programů na OU byl vypracován *Manuál Využití principů EBP ve výuce a klinické praxi v ošetrovatelství* (Zeleníková, 2011), který vysvětluje jednotlivé kroky procesu EBP a také názorně ukazuje, jak postupovat při vyhledávání a hodnocení nalezených studií. Je pomocníkem studentům při vypracování projektu, který je podmínkou získání zápočtu. Jako pomůcka pro studenty byla vytvořena struktura projektu (viz příloha na konci příspěvku).

Struktura EBP projektu:

Krok 0 Dotazovat se

- Charakteristika problému
- Vztah problému k ošetrovatelské praxi
- Cíl projektu

Krok 1 Formulace klinické otázky v PICOT formátu

- Typ klinické otázky
 - ___základní (obecná) otázka
 - ___specifická otázka
- Klinická otázka
- Formulace klinické otázky v PICOT formátu

Krok 2 Hledání nejlepšího důkazu

- Vyhledávací strategie
- Databáze
- Klíčová slova (česky/anglicky)
- Omezení vyhledávání (časové, typ studie)

Krok 3 Kritické zhodnocení důkazu

- Zhodnocení nalezených studií podle hierarchie důkazu
- Podrobné zhodnocení jednotlivých studií (citace, typ studie, úroveň důkazu, cíl studie, popis souboru, sběr dat, analýza dat, výsledky)

Přínos pro praxi

- Zodpovězení klinické otázky
- Změna praxe na základě nalezených důkazů
- Popis navrhovaného doporučení pro praxi

Cíl

Cílem příspěvku je zhodnotit a analyzovat vypracované EBP projekty studentů s ohledem na zvolený typ klinické otázky, vyhledávací strategie, zhodnocení studií a přínos pro praxi.

Soubor a metodika

Mezi soubor hodnocených projektů bylo zařazeno 60 náhodně vybraných EBP projektů, které studenti vypracovali v rámci předmětu *Praxe založená na důkazech*. Hodnocení bylo podrobeno prvních 60 projektů podle abecedního pořadí příjmení studenta. Podmínkou zařazení bylo vypracování všech hodnocených částí. Na hodnocení byla použita metoda analýzy EBP projektů studentů. Do předem připraveného hodnotícího záznamu byly zaznamenávány informace z EBP projektů studentů: obor studia, téma projektu, typ klinické otázky, správnost určení klinické otázky, použité databáze při vyhledávání, omezení při vyhledávání, typ studie podle hierarchie důkazů, zodpovězení klinické otázky, doporučení do praxe.

Výsledky

Hodnocené projekty vypracovali studenti třech magisterských studijních oborů: Komunitní péče v porodní asistenci, Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech (Ošetřovatelská péče v geriatrii a Ošetřovatelská péče v pediatrii). Téma projektu si mohli studenti vybrat sami. Některá témata souvisela s tématem jejich diplomové práce, některá témata se týkala oblasti specializace, kterou studují. V tab. 1 uvádíme příklady témat projektů podle jednotlivých oborů (tab. 1).

Tab. 1 Příklady témat projektů EBP

Příklady témat projektů EBP
Komunitní péče v porodní asistenci Je vznik porodního poranění nižší u žen, které prováděly během těhotenství masáž hráze, než u žen které masáž hráze neprováděly? Má poranění hráze při porodu vliv na sexuální život ženy? Jsou plánované domácí porody pro matku a dítě rizikovější než porody v nemocnici? Snižuje zázvor nauzeu a zvracení těhotných žen v 1. trimestru těhotenství? Ovlivňuje kouření ženy v těhotenství výskyt nádoru mozku u dětí? Ovlivňuje močová inkontinence sexuální aktivitu žen v partnerském vztahu?
Ošetřovatelská péče v pediatrii Snižuje kojení riziko vzniku náhlého úmrtí kojenců? Snižuje používání dudlíku riziko syndromu náhlého úmrtí kojence? Má přítomnost rodičů na pooperačním pokoji na intenzitu pooperační bolesti u dětí? Má prevence významný vliv na snížení intoxikací u dětí? Snižuje metoda klokánkování vnímání procedurální bolesti u novorozenců?
Ošetřovatelská péče v geriatrii Snižuje edukace rodiny zdravotnickými profesionály v péči o seniory vznik komplikací v domácí péči? Má význam u seniorů s demencí využívat nefarmakologických možností péče? Má dýchání z plic do plic při poskytování neodkladné resuscitace laikem vliv na přežití postiženého? Redukují preventivní strategie u seniorů v institucích riziko pneumonie? Má použitý desinfekční prostředek vliv na snížení rizika vzniku infekce u pacienta se zavedeným centrálním žilním katetrem? Jaká je význam preventivních strategií na syndrom vyhoření v paliativní péči?

Ze 60 stanovených klinických otázek bylo 40 základních a 20 specifických (tab. 2). Přitom 7 (11,7 %) otázek v PICOT formátu bylo nesprávně stanovených. Chyby nejčastěji souvisely s nesprávně stanovenými intervencemi (I) nebo výsledkem (O).

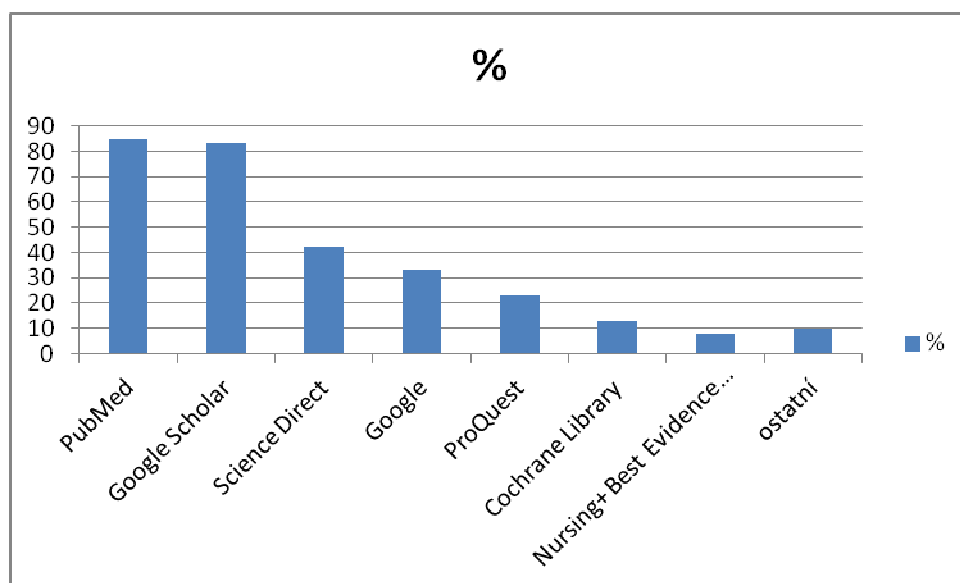
Tab. 2 Typ klinické otázky

Typ klinické otázky	n	%
základní	40	66,7
specifická	20	33,3
celkem	60	100

Každý student při vyhledávání využil 2-3 databáze (průměr = 2,98). Studenti při vyhledávání používali nejčastěji databáze PubMed (85 % studentů), Google Scholar (83 % studentů), Science Direct (42 % studentů) a vyhledávač Google (33 % studentů). Ostatní databáze (ProQuest, Cochrane, Nursing+ Best Evidence for Nursing Care) studenti při vyhledávání použili méně často (tab. 3, graf 1).

Tab. 3 Použité databáze při vyhledávání

Databáze	n	%
PubMed	51	85
Google Scholar	50	83
Science Direct	25	42
Google	20	33
ProQuest	14	23
Cochrane Library	8	13
Nursing+ Best Evidence for Nursing Care	5	8
ostatní	6	10



Graf 1 Použité databáze při vyhledávání

Omezení při vyhledávání v elektronických databázích využilo 31 (52 %) studentů našeho souboru, přičemž nejčastěji se jednalo o omezení časové (n=27), např. vyhledání studií za poslední rok. Méně často to bylo omezení jazyka studie, typu studie (např. pouze metaanalýzy, RCTs), vyhledání pouze plného textu příspěvku, příp. omezení věkové kategorie (tab. 4).

Tab. 4 Omezení vyhledávání

Omezení při vyhledávání	n	%
Bez omezení	29	48
Omezení vyhledávání omezení času (n=27) jazyk studie (n=8) typ studie (n=5) full text (n=3) věk (n=2)	31	52
Spolu	60	100

V 60 hodnocených projektech bylo vyhledáno 152 studií, tj. průměrně 2,53 studie na 1 projekt. Nejvíce nalezených bylo randomizovaných kontrolovaných studií (n=45) s úrovní důkazu II a dále systematických přehledů a metaanalýz (n=36) s úrovní důkazu I a studií případů a kontrol, kohortové studie (n=30) s úrovní důkazu IV (tab. 5).

Tab. 5 Typ vyhledaných studií podle úrovně důkazu

Úroveň důkazu	Typ studie	n
I	Systematický přehled a metaanalýza	36
II	Randomizovaná kontrolovaná studie	45
III	Kontrolovaná studie bez randomizace	6
IV	Studie případů a kontrol a kohortové studie	30
V	Systematický přehled kvalitativních nebo deskriptivních studií	7
VI	Kvalitativní nebo deskriptivní studie	22
VII	Názor odborníka a zpráva expertní komise	6

Zodpovězení klinické otázky

Ze 60 klinických otázek pouze dvě nebyly na základě nalezených studií zodpovězeny. Na základě analýzy studií a síly důkazů měli studenti zodpovědět, zda by se měla změnit současná praxe. V šesti (10 %) případech by studenti nedoporučili změnit praxi.

Diskuze

Sestry v každodenní praxi provádějí řadu intervencí (např. aplikace léků, polohování, převazy, odsávání). Dotazování se, kritické posuzování vlastní praxe a kritické myšlení vedou k tomu, že se sestra ptá, na základě jakého důkazu se provádí konkrétní intervence. Aby sestry mohly realizovat ošetrovatelskou praxi založenou na důkazech, je potřeba vzít v úvahu následující faktory: k dané problematice musí být publikovaný adekvátní výzkum, sestry musí mít zručnosti týkající se přístupu a kritické analýzy výzkumu, praxe musí umožnit sestram implementovat změny vycházející z ošetrovatelství založeného na důkazech.

Výuka předmětu *Praxe založená na důkazech* si klade za cíl osvojení dovednosti a znalosti potřebných k implementaci praxe založené na důkazech v ošetrovatelské praxi. Studenti získávají především zručnosti týkající se formulace klinické otázky pomocí PICOT formátu, práce s dostupnými elektronickými databázemi, vyhledávají a analyzují validní zdroje, kriticky hodnotí kvalitu nalezeného důkazu a navrhují doporučení do praxe. Mezi zásadní předpoklady této výuky patří motivace studentů, ochota vzdělávat se, kritické myšlení, znalost anglického jazyka, znalost výzkumu, základní počítačové zručnosti a znalost informačních technologií. Největší potíže při zpracování projektu dělá studentům, zejména kombinovaného studia, hodnocení studií, které jsou v anglickém jazyce. Jedná se především o studenty, u kterých je znalost anglického jazyka na úrovni začátečníků.

Výuka prostřednictvím projektu podporuje samostudium, zvyšuje efektivitu a smysluplnost výuky a umožňuje osvojení si potřebných dovedností při řešení konkrétní klinické otázky. V projektech studenti volí převážně základní typ klinické otázky. Základní otázky jsou považované za širší, obecné a jejich zodpovězení poskytuje obecné vědomosti. Jedna třetina studentů zvolila specifickou klinickou otázku. Specifické otázky jsou relevantní ke klinickému problému. Jejich zodpovězení vede k určení, která ze dvou intervencí je nejefektivnější v zlepšení výsledků pacienta. Dobře stanovená specifická otázka může být zodpovězena na základě vyhledání aktuálních publikací (Stillwell et al., 2010a, s. 59). PICOT otázka je jednotný, systematický způsob identifikace jednotlivých součástí klinického problému (Stillwell et al., 2010a). PICOT formát poskytuje účinný rámec pro vyhledávání v elektronických databázích, určených pro získání článků relevantních ke klinické otázce (Melnik et al., 2010).

Výuka prostřednictvím projektu od studentů vyžaduje kromě znalosti základních principů EBP také dovednosti práce s databázemi. Studenti při vyhledávání využili průměrně 2-3 databáze. 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). Studenti nejčastěji využívají databáze PubMed a Google Scholar. PubMed je považován za „zlatý standard“ při vyhledávání studií se zdravotnickou problematikou. V rámci předmětu *Praxe založená na důkazech* se věnujeme práci s databázemi PubMed, Science Direct, ProQuest Nursing, Nursing+ Best Evidence for Nursing Care. Při vyhledávání českých zdrojů využíváme databázi Bibliographica Medica Českoslova a Google Scholar. Doporučené zdroje pro klinické doporučené postupy v ošetrovatelství jsou Best Practice Guidelines RNO – Registered Nurses Association of Ontario, NHS National Institute for Health and Clinical Excellence, Scottish Intercollegiate Guidelines Network – SIGN a další. Studenti při vyhledávání v rámci hodnocených studií zdroje pro klinické doporučené postupy v ošetrovatelství využili minimálně.

Jeden ze způsobů, jak usměrnit (racionalizovat) vyhledávání, je omezit konečné vyhledávání výběrem definovaných dat (např. věk, pohlaví, jazyk, typ článku – systematické přehledy apod.). Omezení při vyhledávání v elektronických databázích využila zhruba polovina studentů, přičemž se nejčastěji jednalo o časové omezení.

V hodnocených projektech bylo nejvíce vyhledaných randomizovaných kontrolovaných studií s úrovní důkazu II a dále systematických přehledů a metaanalýz s úrovní důkazu I. V medicíně založené na důkazech jsou randomizované kontrolované studie považované za „zlatý standard“ důkazu často sumarizované v systematických přehledech (Ferguson, Day, 2005, s. 108). Randomizované kontrolované studie poskytují nejlepší důkaz pro intervence. Ošetrovatelství často využívá výsledky kvalitativních studií, které jsou zaměřeny na komplexní interakce jednotlivců na ošetrovatelské intervence. Randomizované kontrolované studie proto nezodpoví všechny otázky ošetrovatelské praxe (Ferguson, Day, 2005, s. 108).

Ošetrovatelství založené na důkazech (Evidence Based Nursing) je proces klinického rozhodování sester prostřednictvím využití nejdostupnějších výsledků výzkumu, klinické zkušenosti a preferencí pacienta v kontextu dostupných prostředků (DiCenso et al., 2005). V klinické praxi sestry při rozhodování často zahrnují jedinečnost osoby pacienta. Potřebují zručnosti kritického myšlení při zvažování různých alternativ a využití důkazů pro výběr intervence, která bude nejlepší pro konkrétního pacienta.

Závěr

V posledních letech se klade čím dál větší důraz na poskytování na pacienta zaměřené péče, která je založena na nejlepších dostupných důkazech pro zlepšení klinické praxe (Brancato, 2006). Projektová výuka je založená na propojení teorie a praxe a vede ke kreativě studenta. Využití projektu ve výuce předmětu *Praxe založená na důkazech* se ukazuje jako efektivní způsob získávání vědomostí a jejich aplikace do řešení problému, který je relevantní klinické praxi. V další fázi zlepšování výuky předmětu bude zapotřebí více se zaměřit na kvalitu hodnocení vyhledaných studií.

Bibliografické zdroje

- BRANCATO, V. C. An Innovative Clinical Practicum to Teach Evidence-based Practice. *Nurse Educator*. 2006, vol. 31, no. 5, p. 195-199.
- DICENSO, A., GUYATT, G., CILISKA, D. *Evidence-Based Nursing: A Guide to Clinical Practice*. St. Louis: Mosby, 2005. 600 p. ISBN 978-0-323-02591-1.
- FERGUSON, L., DAY, R. A. Evidence-Based Nursing Education: Myth or Reality? *Journal of Nursing Education*. 2005, vol. 44, no. 3, p. 107-115.
- MELNYK, B. M. et al. Evidence-Based Practice: Step by Step: The Seven Steps of Evidence-Based Practice. *American Journal of Nursing*. 2010, vol. 110, no. 1, p. 51-53.
- STILLWELL, S. B. et al. Evidence-based practice. Step by step. Asking the Clinical Question: A Key Step in Evidence-Based Practice. *American Journal of Nursing*. 2010a, vol. 110, no. 3, p. 58-61.
- STILLWELL, S. B. et al. Evidence-based practice. Step by step. Searching for the evidence. Strategies to help you conduct a successful search. *American Journal of Nursing*. 2010b, vol. 110, no. 5, p. 41-47.
- ZELENÍKOVÁ, R. *Využití principů EBP ve výuce a klinické praxi v ošetrovatelství. Manuál*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2011. 30 s.

PhDr. Renáta Zeleníková, Ph.D.
Ústav ošetrovatelství a porodní asistence
Lékařská fakulta
Ostravská univerzita v Ostravě
Syllabova 19
703 00 Ostrava-Zábřeh
email: renata.zelenikova@osu.cz

PŘÍLOHA

Projekt EBP (Praxe založená na důkazech)

Krok 0 Dotazovat se

Charakteristika problému
--

Vztah problému k ošetrovatelské praxi
Cíl projektu

Krok 1 Formulace klinické otázky v PICOT formátu

Typ klinické otázky

___základní (obecná) otázka

___specifická otázka

Klinická otázka
.....

Formulace klinické otázky v PICOT formátu

Prvek	Otázka	PICOT otázka
Pacient nebo problém	Jak popsat skupinu pacientů podobných mému?	
Intervence	Jakou hlavní intervenci zvažovat?	
Srovnatelná intervence	Jaká je hlavní alternativa ke zvolené intervenci/skupině pacientů?	
Výsledek	Co doufám, že dosáhnu?	

Krok 2 Hledání nejlepšího důkazu

Vyhledávací strategie

Databáze:

.....
.....
.....
.....
.....

Zadané klíčové slova:

česky:

.....

anglicky:

.....

Omezení vyhledávání:

.....
.....

Krok 3 Kritické zhodnocení důkazu

Zhodnocení důkazů podle hierarchie důkazu:

Úroveň důkazu	Typ studie
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

Hodnocení publikovaného výzkumu

Studie (autor, rok)	Typ studie	Úroveň důkazu

Hodnocení jednotlivých studií:

Studie 1

Citace (Autor, název, časopis, ročník, číslo, strany)

.....

Typ studie

.....

Úroveň důkazu

Cíl studie

.....

Popis souboru

.....

.....

Sběr dat

.....

Analýza dat

.....

Výsledky

.....

.....

.....

.....

Přínos pro praxi

Byla zodpovězena klinická otázka?

.....Ano

.....Ne

Měla by se změnit praxe na základě nalezených důkazů?

.....Ano

.....Ne

Popis navrhovaného doporučení pro praxi

.....

.....

.....

.....

IMPLEMENTACE PROBLÉMOVÉ METODY DO PŘEDMĚTU OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V GYNEKOLOGII

Yveta Vrublová, Hana Lukšová

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

Abstrakt

Příspěvek se zabývá implementací problémové metody do předmětu Ošetrovatelská péče v gynekologii, který je realizován jako seminář a cvičení v celkové dvacetihodinové dotaci. Při této výuce studenti využívají teoretické vědomosti z příbuzných předmětů, zejména gynekologie, ošetrovatelské diagnostiky a zdravotnické psychologie. Výuka probíhá problémovou metodou s využitím situační metody. Jsou zde použity modelové situace (kazuistiky) jejichž výběr obsahuje celé spektrum onemocnění z jednotlivých subspecializací oboru gynekologie. Studenti během seminářů a cvičení provádějí analýzu jednotlivých případů, plánují plán ošetrovatelské péče. Pro plán ošetrovatelské péče je využívána ošetrovatelská diagnostika NANDA International taxonomie II. Na základě určených diagnóz studenti vyhledávají a stanovují ošetrovatelské intervence včetně hodnotících škál.

Klíčová slova: ošetrovatelská péče, problémová výuka, gynekologické onemocnění

Úvod

V literatuře o výukových metodách lze nalézt rozmanité definice pojmu „vyučovací metoda“ a též různé přístupy ke klasifikaci výukových metod (autoři je dělí podle pramene poznání, podle fáze výuky, podle aktivity žáka apod.). Výukovou metodu lze vymezit jako cestu k dosažení stanovených výukových cílů. (Kalhous, Obst, 2002) Problémová výuka patří mezi aktivizující metody, které mohou být použity pro individuální samostatnou práci studenta nebo pro skupinovou práci při cvičení. (Petty, 2002) Základem této metody je aktivní a samostatný způsob práce studentů.

Problémová úloha musí splňovat určitá kritéria, která jsou v logické návaznosti s dosavadními poznatky, jsou přiměřená možnostem studentů, má problémový obsah a aktivizuje studenty. V odborné literatuře se setkáváme s několika postupy řešení. Jde o heuristické postupy, které vytvářejí prostor pro samostatné myšlení podpořené zevrubnou analýzou. Podle Niemiřkovy taxonomie cílů jsou tyto postupy zaměřeny na vědomosti a dovednosti. Podle Bloomovy taxonomie cílů se jedná o úlohy určené k zapamatování, porozumění, k aplikaci, k syntéze a analýze. Řešení problémových úloh předpokládá určité kroky. Zelina a Zelinová (1997, s. 164) navrhli k využití tzv. heuristický návod DITOR, podle tohoto názvu jsou identifikovány základní kroky:

D – definuj problém

I – informuj o problému

T – tvoř řešení

O – ohodnoť nápady, řešení

R – realizuj vybrané řešení v praxi

Jednou z možností problémové metody ve výuce ošetrovatelské péče v gynekologii je možnost využití případové studie, neboli kazuistiky (z lat. *casus* – případ, příčina). Dobře zdokumentovaná a výstižně popsaná kazuistika zajímavého případu přibližuje studentům problémy pacientů, které mohou nepříznivě ovlivnit celý léčebný proces.

Praktická ukázka problémového vyučování ošetrovatelské péče v gynekologii

Výuka ošetrovatelské péče v gynekologii probíhá v klinických podmínkách na gynekologickém oddělení po předchozí výuce gynekologie, která je přednášena gynekology. Na získané teoretické vědomosti navazuje seminář z oblasti gynekologické propedeutiky z pohledu porodní asistentky a sestry zaměřený na potřeby žen před a po gynekologických invazivních a neinvazivních vyšetření. Na tuto výuku, která probíhá brainstormingem (nekritická smršť tvořivých nápadů) navazuje cvičení s využitím klinických kazuistik.

Principem problémové metody výuky je skupinové řešení praktického problému. Zadání (problém k řešení) vychází z kazuistiky a měl by zaujmout a motivovat studující k jeho řešení. Kazuistika je určena pro 2-3 studenty, kteří zadaný problém řeší individuálně, po samostatném zpracování dochází k prezentaci případu před ostatními studenty. Na konci každé kazuistiky jsou uvedeny okruhy, které směřují studenty k řešení:

- Analýza onemocnění, příznaků, léčby
- Formulování kooperativní role sestry a porodní asistentky v kontextu ošetrovatelské péče
- Formulování autonomní role – ošetrovatelská diagnostika
- Formulování ošetrovatelských intervencí
- Vytvoření kontrolní hodnotící škály
- Prezentace – diskuse

Vzorová kazuistika

38letá žena, dvakrát spontánně porodila. V prvním těhotenství měla cerclage pro inkompetenci hrdla a porodila v 35. týdnu těhotenství zdravé děvče 2 900g/48cm. V druhém těhotenství měla zavedený pesar též inkompetenci děložního hrdla, porodila v 34. týdnu těhotenství zdravé děvče 2100g/45cm. Gynekologicky byla léčena pouze pro nepravidelnosti cyklu, významněji nikdy nestonala. Třetí těhotenství bylo chtěné, v sedmém týdnu byla žena hospitalizována pro spontánní abortus. Při kontrolním ultrazvuku byl zjištěn útvar velikosti 6 x 6 cm. Žena byla indikovaná ke gynekologické operaci – ovariektomie. Po gynekologické operaci a následném histologickém vyšetření byl diagnostikován cystopapilární adenokarcinom. U ženy byla následně doporučena chemoterapie – cistplatina 80mg/m² a cyklofosamid 500 mg/m². Chemoterapie probíhá v šesti sériích týdenních cyklů, při kterých je žena hospitalizována na onkogynekologickém oddělení.

Úkoly ke zpracování:

- Analýza současných diagnostických možností u ovariálního karcinomu včetně léčby
- Sestavení plánu ošetrovatelské péče během týdenní hospitalizace v rámci podávání chemoterapie
- Navržení ošetrovatelských diagnóz, cílů včetně ošetrovatelských intervencí
- Vytvoření návrhu využití hodnotících škál
- Navržení edukačních diagnóz včetně cílů a intervencí
- 20 minutová prezentace vypracovaného projektu

Diskuse

Při využití kazuistiky ve výuce ošetrovatelské péče v gynekologii jsou studenti aktivizováni k samostatné práci, kterou skupinově zpracovávají i v rámci samostudia. Celkem v uvedeném předmětu je využíváno 10 až 15 klinických kazuistik ze základních skupin gynekologických onemocnění. Následné ověřování stanovených ošetrovatelských diagnóz a intervencí je prováděno přímo na gynekologickém oddělení Fakultní nemocnice Ostrava studiem zdravotnické dokumentace, zejména ošetrovatelské dokumentace, která v podmínkách Fakultní nemocnice Ostrava využívá ošetrovatelskou diagnostiku NANDA I International

taxonomie II. Dalším krokem je ošetrovatelské posouzení u ženy s vybraným gynekologickým onemocněním a srovnání s navrhnutým plánem a diagnostikou. Do této výuky se zapojují i mentorky, které pracují na tomto oddělení.

Závěr

Problémová výuka v prakticky orientovaných předmětech, které se zaměřují na specifiku ošetrovatelské péče u pacienta s určitým klinickým onemocněním je významným inovačním prvkem, který podporuje aktivní přístup k učení, k samostatnosti ve studiu, ve vyhledávání aktuálních informací. Jako pozitivní prvek je třeba uvést rozvíjení schopnosti aplikovat teoretické vědomosti do klinické praxe a propojení školní teorie s praxí. Tato výuka je rovněž kladně hodnocena studenty při evalvací.

Bibliografické odkazy

KALHOUS, Z. OBST, O. *Školní didaktika*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-253-X.
MANÁK, J. ŠVEC, V. *Výukové metody*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-039-5.
PETTY, G. *Moderní vyučování*. 2. vyd. Praha: Portál, 2002. 380s. ISBN 80-7178-681-0.
ZELINA, M., ZELINOVÁ, M. Osobnost tvořivého pedagoga v systéme tvorivo-humanistickej výchovy. *Pedagogické rozhledy*. 1996/1997, č. 2, 3, 4.

doc. PhDr. Yvetta Vrublová, Ph.D.
Ústav ošetrovatelství a porodní asistence
Lékařská fakulta
Ostravská univerzita v Ostravě
Syllabova 19
703 00 Ostrava-Zábřeh
e-mail: yvetta.vrublova@osu.cz

Poznámky:

NÁZEV: IMPLEMENTACE PRAXE ZALOŽENÉ NA DŮKAZECH DO VÝUKY

Vydal: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta

Editor: doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D., PhDr. Ilona Plevová,
doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D.

Vytiskl: DTO CZ, s.r.o.

Náklad: 50 ks

Počet stran: 77

Publikace neprošla jazykovou úpravou. Za jazykovou kulturu zodpovídají autoři příspěvků.

ISBN 978-80-7368-967-4

Publikace vznikla s podporou projektu CZ.1.07/2.2.00/15.0020.
Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky.