



SBORNÍK

EHEALTH, TELEMEDICÍNA A INFORMACE

Vysoká škola zdravotnícká, o. p. s.

30. dubna 2024

Vědecký a organizační výbor:

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

MUDr. Michal Říha, Ph.D., MBA

Ing. Soňa Jexová, PhD.

Mgr. Eva Marková, PhD.

PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

Mgr. Martin Krause, Ph.D.

Ing. Jitka Bureš Samáková



PROGRAM KONFERENCE

08:40 Registrace

09:00 Úvodní slovo

Úvodní slovo - doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. (rektorka VŠZ)

09:00–12:00 Dopolnední program

Hybridní péče v porodnictví
(MUDr. Hynek Heřman, Ph.D., ÚPMD)

Projekt netišňových operátorů ZOS
(Petr Matějček - OS ZZS LK)

Krizové situace ve zdravotnictví a práce s médii
(Ondřej Kubala - publicista)

Telemetrické technologie pro psychiatrii
(RNDr. Karel Valeš, Ph.D. - NUDZ)

Telemedicína jako klíčový prvek moderní ZZS
(Mgr. Radomír Vlk - VŠZ)

Zdravotní gramotnost studentů nelékařských zdravotnických studijních programů
(Mgr. Michaela Přibíková – VŠZ)

12:00–12:30 Přestávka (občerstvení)

12:30–15:00 Odpolední program

eHealth a ošetrovatelská péče - digitalizace a legislativa
(Petr Foltýn - NCEZ MZ ČR)

Projekty VŠZ využitelné v praxi zdravotnických pracovníků
(doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD. - VŠZ)

Využití telerehabilitačních přístupů v klinické praxi: odborná doporučení a technologie
(PhDr. Kristýna Hoidekrová, Ph.D. - RU Kladruby)

Aktuální vývoj personálních kapacit u NZP
(Mgr. Martin Krause, Ph.D. - VŠZ)

15:00 Závěr konference, předání certifikátů

Konference určena především pro:

nelékařské zdravotnické pracovníky, pedagogy, lektory, studenty, školitele a všechny profese, kteří se zabývají prevencí ve zdravotních a sociálních službách.

Místo konání: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Duškova 7, 150 00 Praha 5.

Výstupem z konference je recenzovaný sborník.

OBSAH

TELENURSING.....	6
MARKOVÁ, E.	
AKTUÁLNÍ VÝVOJ PERSONÁLNÍCH KAPACIT U NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PROFESÍ	14
KRAUSE, M., NĚMCOVÁ, J.	
EDUKAČNÍ DOKUMENTACE V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	18
HLINOVSKÁ, J.	
ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST STUDENTŮ NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH STUDIJNÍCH PROGRAMŮ	27
PŘIBÍKOVÁ, M., KRAUSE, M.	
BRØSET VIOLENCE CHECKLIST A JEHO VYUŽITÍ NA ODDĚLENÍCH ARO....	37
PEKARA, J., GREGOROVÁ, Š.	
STATISTIKA V BAKALÁŘSKÉ PRÁCI.....	46
JEXOVÁ, S.	

TELENURSING

MARKOVÁ, E.

Abstrakt

Telehealth, telemedicína, telenursing, pojmy, kterou jsou v posledních letech docela frekventované a napomohl tomu rozvoj informačních a komunikačních technologií díky rychle rozšiřovanému internetu a mobilních technologií a zřejmě přispěla i situace kolem covidu, kdy se ukázaly výhodné jak pro příjemce zdravotních služeb, tak pro zdravotnická zařízení, neboť chránily pacienta i poskytovatele zdravotní péče. Telehealth představuje službu, kdy je zdravotní péče poskytována na dálku pomocí telekomunikačních systémů a technologií. Telemedicína je součástí elektronického zdravotnictví (eHealth) a WHO (2022) ji definuje jako služby zdravotní péče poskytované na dálku. V tomto článku se autorka zaměřila spíše na telenursing (lze se setkat s českým ekvivalentem teleošetřovatelství), což znamená poskytování ošetřovatelské péče prostřednictvím telekomunikačních technologií (Bashir, Bastola, 2018).

Klíčová slova

Telenursing, telehealth, telemedicína, ošetřovatelská péče

ÚVOD

Časopis The Lancet publikoval první článek o telemedicině v roce 1879 a autoři v něm doporučili telefon jako prostředníka spojení poskytovatele zdravotní péče a pacienta. Telekomunikační zařízení bylo tehdy staré teprve 3 roky, neboť v roce 1876 přihlásili Američan Elisha Gray a Skot Alexander Graham Bell patent na telefon. O řadu let později v roce 1906 byl tento přístroj využit pro přenos informací o EKG. Záznam o videokonferenci se zřejmě poprvé objevil na obálce magazínu Radio News v roce 1924 (viz obr. 1), kde byl zobrazen lékař na dálku vyšetřující dětského pacienta (Radio News, 1924).



Obr. 1: Obálka magazínu Radie News (Radio News, 1924)

V 60. letech minulého století sestry začaly pracovat v call centrech zdravotnických zařízeních, kde třídily pacienty podle závažnosti jejich zdravotních problémů (American Association of Critical-Care Nursing, 2018). Doporučily, zda je nutná okamžitá návštěva například pohotovosti či emergency nebo zda se má pacient obrátit na svého praktického lékaře či jak si může pomoci v domácích podmínkách. Svým způsobem obdobně fungovaly a fungují i různé linky důvěry, neboť často se na jejich pracovníky obracejí lidé se somatickými problémy, kteří nevědí, jak je v danou chvíli řešit. V českém zdravotnictví pracují sestry s elektronickou zdravotnickou dokumentací. Telenursing jde ovšem ještě dál. Prostřednictvím telekomunikačních technologií mohou sestry efektivně působit v oblasti prevence, podporovat zdraví jednotlivců, rodin a komunit, zlepšovat zdravotní gramotnost osob, prostřednictvím telekonferencí pacienty informovat, edukovat, poradit, či nabídnout podporu a pomoc. Je možné vzdálené sledování fyziologických funkcí, zjišťování, zda pacienti užívají správně správné léky i jak se cítí psychicky a fyzicky. (Leino-Kilpi, Gröndahl, Pekonen, Katajisto, Suhonen, Valkeapää et al., 2015). Toto zdravotníkům a konkrétně sestrám umožňuje včasné a rychle reagovat na měnící se stav pacientů a jim oddálit potřebu hospitalizace a zlepšit vyhlídky na rychlejší uzdravení (Tarigan, 2022). Důvodem k rozvoji telehealth je i to, že populace stárne. Pro seniory může být problém dostat se k lékaři svým vozem, veřejnou dopravou či taxíkem. Je tedy docela dobře možné, že právě od těchto osob bude poptávka

po obdobných službách vyšší. V zahraničí se tato služba využívá zejména v domácí péči. V USA díky uvolnění předpisů o telehealth MEDICARE je o tyto služby výraznější zájem. Dalším důvodem pro rozvoj těchto služeb je zmocnění pacientů, aby se aktivněji podíleli na svém zdraví, a spolupracovali se zdravotníky. Od 70. let minulého století se ujala myšlenka, aby lidé více pečovali o své zdraví. S tím souvisí i úroveň zdravotní gramotnosti obyvatel, která u nás není valná. Právě oblast prevence by se mohla díky novým technologiím více rozvíjet.

SLUŽBY V RÁMCI TELEHEALTH A TELENURSING

Telenursing je charakterizovaný jako ošetrovatelská praxe v oblasti telehealth poskytovaná prostřednictvím různých komunikačních technologií. Sestra naváže s klientem/pacientem vztah, posoudí, jaké má zdravotní problémy, zaznamená reakce pacienta, předá informace, edukuje, doporučí další péči a zhodnotí realizované intervence (National Council of State Boards of Nursing, 2014).

Rozvoj komunikačních technologií hraje roli v komunikaci mezi zdravotníky v oblasti primární péče, ale i v akutní a následné péči. Důležité je propojení a vzájemná rychlá informovanost mezi zdravotníky k zajištění bezpečné péče o pacienty. Nejčastějším elektronickým komunikačním systémem je e-mail, jak odhalila studie Koivunen, Niemi, Hupli (2015). Avšak na první místo musíme klást vytvoření důvěryhodného vztahu sestry a pacienta. Komunikace s pacienty, empatie, naslouchání, řešení emocionálních a psychických potřeb jsou schopnosti, které sestry musí bravurně ovládat i ve virtuálním světě.

Sestry v zahraničí poskytují různé typy telenursingových služeb. **Videokonference** umožňují setkání sester a pacientů. Výhodou je přenos obrazu i zvuku prostřednictvím tabletu, počítače či mobilního telefonu. **Asynchronní technologie** umožňují pacientům i poskytovatelům zdravotních služeb ukládat informace o zdravotním stavu, například skeny lékařských zpráv na portál, kde si je mohou prohlédnout i další poskytovatelé zdravotních služeb. **Vzdálené monitorování** pacientů (Remote Patient Monitoring, RPM) umožňuje nemocným osobám zaznamenávat například fyziologické funkce, index tělesné hmotnosti, hladinu glykémie, kyslíku v krvi či srdeční frekvenci pomocí chytrého mobilního telefonu nebo tabletu a tyto informace sdílet s poskytovateli zdravotní péče. Některé firmy vyvíjejí a nabízejí specializovanou bezpečnou technologii pro virtuální setkání a elektronické sdílení zdravotnických informací pro poskytovatele zdravotních služeb a pacienty. Zdravotní

pojišťovny v České republice nabízejí služby koordinátora medicínské asistence. Například Zdravotní pojišťovna MV ČR nabízí nonstop službu „**Lékař po telefonu**“, kde volající zdarma či pouze za cenu hovoru na pevnou linku dle tarifu mobilního operátora může konzultovat své zdravotní problémy, informovat se, pokud nerozumí laboratorním výsledkům nebo lékařské zprávě apod. Některé zdravotní pojišťovny dokonce hradí výkon telefonické konzultace ošetřujícího lékaře s pacientem, který však bývá lékaři zneužíván, což se odhalí většinou na základě podnětu klienta pojišťovny poté, co si prostudoval přehled vykázané zdravotní péče a zjistil, že žádnou telefonickou konzultaci neabsolvoval. Službu „lékař po telefonu“ nabízejí i některá soukromá zdravotnická zařízení. Tým českých lékařů vytvořil službu **Virtuální sestra Emmy** (viz <https://www.sestraemmy.cz>). Sestra Emmy „slouží“ v mnoha ordinacích po celé České republice a umožňuje bezpečné spojení pacienta s ordinací lékaře. Takto je možné předat lékařskou zprávu, požádat o vystavení receptu, sdělit své akutní zdravotní potíže, objednat se na kontrolní vyšetření či očkování. Mobilní zdraví neboli **mHealth** kombinuje předchozí typy telehealth a zahrnuje poskytování zdravotní péče prostřednictvím telekomunikačních technologií (chytrý telefon apod.).

Benefity jsou ušetřený čas i finanční prostředky pro pacienty i zdravotníky, rychlá komunikace, pacient má jistotu, že se zdravotníka podaří zastihnout, dále snížený počet návštěv ve zdravotnických zařízeních, setkání pacienta a zdravotníka není omezeno jen na tyto společnosti. Pro zdravotnická zařízení může být také výhodou, že obslouží více příjemců zdravotní péče za pravděpodobně nižších nákladů. Klasické vyšetření tyto služby nikdy nenahradí. Umožňují také pacientovi stát se aktivním a podílet se na své úzdavě. V neposlední řadě zvyšují zdravotní gramotnost obyvatel.

VZDĚLÁVÁNÍ V OBLASTI TELENURSING

Pro rozvoj služeb v oblasti telehealth a telenursing bude nutné věnovat pozornost přípravě studentů. Studie Khraisat, Al-Bashaireh, Alnazly (2023) zaměřená na zhodnocení vnímání a znalostí studentů ošetřovatelství prokázala, že většina studentů ze sledovaného výzkumného vzorku (N =92) neznala definice pojmů telenursing a telemedicína, ale byla nadšena aplikací telenursing v praxi a tento koncept vnímala jako perspektivní. Studenti rovněž navrhovali, aby byl součástí výuky. To ale bude klást nové nároky na pedagogy, na zařazení virtuálních simulací, kazuistik (Riley, Capps, Ward, McCormack, Staley (2021) či videokonferencí do výukového procesu. Některé zahraniční univerzity nabízejí sestrám rozšíření vzdělání

v oblasti telehealth a telenursing v rámci například vzdělávacího programu Master of Science in Nursing (viz AdventHealth University Online). V České republice v posledních letech vznikají závěrečné práce orientované na problematiku telenursing (např. Pindřáková, 2021). V reprezentativním sociologickém výzkumu (N = 1197 sester) realizovaném v České republice autoři (Bártlová, Chloubová, Tóthová, Hellerová, Kimmerová, Dolák, Shivairová, Kimmer, Chrdle, 2023) doporučují, aby sestry v primární péči poskytovaly konzultace ve virtuálním online prostředí na podporu zvládání epidemických/pandemických, chronických a civilizačních onemocnění. V zahraničí se uvažuje o specializaci v oblasti telehealth, vzdáleného monitorování pacientů, třídění či edukaci pacientů (Hunter, Arthur (2016); Gustin, Kott, Rutledge (2020). Studenti ošetrovatelství se tedy budou muset naučit ovládat telekomunikační technologie nejen technicky, ale zejména komunikačně. V zahraničí pracují telehealth sestry (telehealth nurses), které jsou registrovanými sestrami a poskytují péči pacientům prostřednictvím telekomunikačních technologií.

ETICKÁ A PRÁVO

Zařazení telenursingu do činností sester se dotýká i etického a právního rozměru poskytování této formy ošetrovatelské péče. Je nutné klást důraz na získání souhlasu příjemců této péče. Elektronické předávání a ukládání citlivých údajů o pacientech musí být zajištěno v souladu s platnou legislativou a etickými principy. (Gustin, Kott, Rutledge (2020); Gibson, Arends, Hendrickx (2021) Sestry budou muset být schopné posoudit svoje schopnosti a možnosti pomoci a v případě nutnosti předat pacienta do péče zdravotnického zařízení (Moriyama, Kazawa, Jahan, Ikeda, Mizukawa, Fukuoka et al. (2021).

Nutno poznamenat, že tato služba pravděpodobně nebude pro všechny pacienty, byť je to představa velice lákavá. Někteří lidé mají odpor k technologiím nebo si je nepořídí z finančních důvodů, také ne všude jsou internetové služby poskytovány bez problémů. A budou tedy dále využívat zdravotních služeb bez těchto technologických vymožeností moderní doby.

ZÁVĚR

Pro ošetrovatelství znamená zavedení telenursing úpravu paradigmatu ošetrovatelské péče v oblastech člověk, zdraví, prostředí a ošetrovatelská péče. Elektronická zařízení umožní

rychlejší a efektivnější správu údajů o pacientech. Telenursing a telemedicína může zmocnit pacienty k aktivnějšímu přístupu ke svému zdraví a zlepšit spolupráci se zdravotníky. Dojde i k podpoře kontinuity péče o pacienty od primární až k následné péči. Bude nutné vybavit budoucí ošetrovatelské profesionály kompetencemi v technickém a digitálním prostředí, aby poskytovali ve virtuálním světě bezpečnou péči. Klíčovou vlastností zdravotníků bude schopnost adaptace v měnícím se prostředí zdravotní péče.

ZDROJE

AdventHealth University Online. 2024. Dostupné z: <https://www.ahu.edu/>. [cit. 2024-05-27]

American Association of Critical-Care Nursing (AACN). 2018. Board Certification. Dostupné z: <https://www.aacn.org/certification>. [cit. 2024-05-27]

BÁRTLOVÁ S, CHLOUBOVÁ I, TÓTHOVÁ V, HELLEROVÁ V, KIMMEROVÁ J, DOLÁK F, SHIVAIROVÁ O, KIMMER D, CHRDLA A. Telenursing during the COVID-19 pandemic in the Czech Republic-representative sociological survey. *Heliyon*. 2023 Aug 11;9(8):e19081. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e19081. PMID: 37636379; PMCID: PMC10448457.

BASHIR A, BASTOLA DR. Perspectives of nurses toward telehealth efficacy and quality of health care: pilot study. *JMIR medical informatics*. 2018;6 (2): e9080. doi: 10.2196/medinform.9080.

GIBSON NA, ARENDS R, HENDRICKX L. Tele-U to Tele-ICU: Telehealth Nursing Education. *Critical Care Nurse*. 2021;41(5):34–9. doi: 10.4037/ccn2021109.

GUSTIN TS, KOTT K, RUTLEDGE C. Telehealth etiquette training: a guideline for preparing interprofessional teams for successful encounters. *Nurse Educator*. 2020;45(2):88–92. doi: 10.1097/NNE.0000000000000680.

HUNTER S, ARTHUR C. Clinical reasoning of nursing students on clinical placement: Clinical educators' perceptions. *Nurse Education in Practice*. 2016; 18:73–9. doi: 10.1016/j.nepr.2016.03.002.

KHRAISAT OMA, AL-BASHAIREH AM, ALNAZLY E. Telenursing implications for future education and practice: Nursing students' perspectives and knowledge from a course on child health. *PLoS One*. 2023 Nov 27;18(11): e0294711. doi: 10.1371/journal.pone.0294711. PMID: 38011137; PMCID: PMC10681229.

KOIVUNEN M, NIEMI A, HUPLI M. The use of electronic devices for communication with colleagues and other healthcare professionals—nursing professionals' perspectives. *Journal of advanced nursing*. 2015;71(3):620–31. doi: 10.1111/jan.12529.

LEINO-KILPI H, GRÖNDAHL W, PEKONEN A, KATAJISTO J, SUHONEN R, VALKEAPÄÄ K, et al. Knowledge received by hospital patients—a factor connected with the patient-centred quality of nursing care. *International journal of nursing practice*. 2015;21(6):689–98. doi: 10.1111/ijn.12277.

MORIYAMA M, KAZAWA K, JAHAN Y, IKEDA M, MIZUKAWA M, FUKUOKA Y, et al. The Effectiveness of Telenursing for Self-Management Education on Cardiometabolic Conditions: A Pilot Project on a Remote Island of Ōsakikamijima, Japan. *Journal of Primary Care & Community Health*. 2021; 12:21501327211030817.

National Council of State Boards of Nursing (NCSBN®) Position Paper on Telehealth Nursing Practice. National Council of State Boards of Nursing, 2014. Dostupné z: https://www.ncsbn.org/public-files/14_Telehealth.pdf. [cit. 2024-05-28]

PINĎÁKOVÁ, K. *Využití telenursingu v komunitní péči*. Bakalářská práce. Olomouc: Univerzita Palackého V Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství, 2021. Dostupné z: https://theses.cz/id/wqbfk6/Pindakova_Katerina_Vyuziti_telenursingu_v_komunitni_peci.pdf. [cit. 2024-05-27]

Radio News. Radio Magazine, 1924. Dostupné z: <https://www.worldradiohistory.com/Archive-Radio-News/20s/Radio-News-1924-04-R.pdf>. [cit. 2024-05-27]

RILEY E, CAPPS N, WARD N, MCCORMACK L, STALEY J. Maintaining Academic Performance and Student Satisfaction during the Remote Transition of a Nursing Obstetrics Course to Online Instruction. *Online Learning*. 2021;25(1):220–9.

TARIGAN GAB. The Effectiveness of Implementation Telenursing in Health Education Intervention in Children with DM: Literature Review. *KESANS: International Journal of Health and Science*. 2022;1 (4):368–75.

WHO: Consolidated telemedicine implementation guide. Editors World Health Organization. 2022. ISBN: 978 92 4 005918 4. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240059184>. [cit. 2024-05-27]

KONTAKT

Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.,

Duškova 7, 150 00 Praha 5

e-mail: markova@vszdrav.cz

AKTUÁLNÍ VÝVOJ PERSONÁLNÍCH KAPACIT U NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PROFESÍ

KRAUSE, M., NĚMCOVÁ, J.

Abstrakt

Nelékařští zdravotničtí pracovníci představují jednu z nejpočetnějších skupin zdravotnických pracovníků, kteří se podílí na poskytování zdravotních služeb. K velmi významným profesím z hlediska počtu nelékařských zdravotnických pracovníků patří všeobecné sestry, zdravotničtí záchranáři, porodní asistentky aj. V současné době se zdravotnický systém téměř po celém světě potýká s nedostatkem nelékařských zdravotnických pracovníků. Obdobná situace je i v České republice. Příspěvek se zaměřuje na aktuální vývoj personálních kapacit v České republice u vybraných nelékařských zdravotnických profesí.

Klíčová slova

nelékařská zdravotnická povolání; počet personálu; počet studentů; všeobecné ošetřovatelství; zdravotnické záchranářství

METODIKA

Cílem příspěvku je seznámit s problematikou vývoje personálních kapacit u vybraných nelékařských zdravotnických profesí. Příspěvek je zpracován technikou review a syntéza. Pro interpretaci dat byly využity informace z Ministerstva zdravotnictví České republiky, Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), ICN (International Council of Nurses) a dat Eurostat. V příspěvku jsou představeny pouze některé informace.

VLASTNÍ TEXT

Na základě dat uveřejněných v rámci Eurostat bylo zjištěno, že počet sester a porodních asistentek se kontinuálně zvyšuje. Např. v roce 2011 dosahoval počet sester a porodních asistentek v rámci Evropské unie 4,0 milionů a v roce 2019 již 4,45 milionů. Při srovnání států v Evropské unii bylo ovšem zjištěno, že počet sester a porodních asistentek je v České republice

(1,9 %) pod průměrem Evropské unie, kdy průměr Evropské unie v roce 2019 byl 2,2 %. Jedná se o podíl sester a porodních asistentek na celkové pracovní síle. Na předním místě v počtu sester a porodních asistentek je Německo (3,4 %), Finsko (3,0 %) či Belgie (2,9 %). Naopak na dolní hranici podílu je Bulharsko (1,1 %), Lucembursko (1,2 %) či Lotyšsko (1,2 %). Například od roku 2011 do roku 2019 se počet sester a porodních asistentek zvýšil v Německu o 147 000 či ve Francii o 125 000. Naopak v Itálii se počet zvýšil pouze o 15 000 (Eurostat, 2020).

Mezinárodní rada sester uvádí, že chybí cca 30 milionů sester a porodních asistentek, ovšem v posledním desetiletí dochází k 60% nárůstu počtu zahraničních sester a lékařů, kteří pracují v zemích s vyšším důchodem. Mezinárodní rada sester klade důraz na přípravu nejrozličnějších strategií, kdy hlavním cílem těchto strategií je vyřešit nedostatek pracovní síly, zlepšit podmínky sester a zároveň také zajistit spravedlivou a důstojnou mzdu, především všeobecným sestram. ICN uvádí, že se s nedostatkem sester potýká většina zemí světa. Situace se postupně zhoršuje a hlavní aspekty současné situace tvoří stárnutí pracovní síly, vyšší poptávka po zdravotní péči, omezený přísun nových sester, ale také nedostatečná kapacita v rámci ošetrovatelských vzdělávacích programů. Bylo také zjištěno, že cca 20–38 % sester plánuje na základě covid-19 opustit stávající pozici v přímé péči o pacienty. Tento výsledek byl zjištěn výzkumem, který byl realizován v Austrálii, Brazílii, Francii, Japonsku, Singapuru, Velké Británii a ve Spojených státech amerických. ICN také klade důraz, aby bylo investováno do kvalitních akreditovaných ošetrovatelských vzdělávacích programů. Výzkumy bylo také zjištěno, že navýšení podílu sester s bakalářským vzděláním o 10 % se významně pojí se 7% snížením úmrtnosti pacientů (ICN, 2023).

Situace v České republice je obdobná, a navíc se v následujících 20 letech očekává velmi významný nedostatek kapacit nelékařského zdravotnického personálu, především všeobecných sester. K těmto souvislostem také patří demografické stárnutí populace, ale také nelékařského zdravotnického personálu. Očekává se nárůst dlouhodobé nemocnosti pacientů a je omezená kapacita v oblasti komunitní ošetrovatelské péče. Data z Ministerstva zdravotnictví České republiky také uvádí, že se očekává významný nárůst onemocnění do roku 2030. Příkladem může být 20% nárůst pacientů s onemocněním diabetes mellitus, 68% nárůst pacientů se srdečním selháním či 27% nárůst s maligními nádory. Velmi zásadní je však očekávaný nárůst o 115 % pacientů s Alzheimerovou chorobou. Hlavním současným problémem není pouze absolutní počet zdravotnických pracovníků, ale také demografie obyvatelstva a neoptimální distribuce kapacit v různých segmentech péče. V tomto ohledu je nevyvážená distribuce kapacit

v rámci akutní péče a ostatní lůžkové péče, včetně domácí péče a paliativní péče. Z hlediska počtu jsou publikována následující data. Všeobecná sestra: věk více jak 60 let – 11 700 úvazků (14 %); porodní asistentka: věk více jak 60 let – 570 úvazků (13 %). U zdravotnických záchranářů systém potřebuje doplnit kapacitu více jak 700 úvazků a vysokoškolští vzdělavatelé musí nahradit ukončené vzdělávání zdravotnických záchranářů na vyšších odborných školách (MZČR, 2024).

Na základě vybraných dat v rámci Zdraví 2030 je potřebné zajistit komplexní rozvoj domácí péče, jako hlavní alternativy k dlouhodobé péči. Zároveň je nezbytná příprava posílení kompetencí všeobecných sester v rámci magisterského studijního programu se zaměřením na primární péči. Důležité je také vyřešení dlouhodobě nedostatečné a klesající kapacity všeobecných sester a porodních asistentek a zajištění optimální distribuce všeobecných sester a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků v rámci různých segmentů péče (MZČR, 2020). K dalším výzvám patří podpora využití umělé inteligence ve zdravotnictví, podpora technologií mobilního zdravotnictví (mHealth) a telemedicíny na všech úrovních péče (např. nemocnice, ambulance, pacienti apod.). V neposlední řadě také využívání tzv. telenursing a nejrůznějších asistivních technologií (MZČR, 2023).

ZÁVĚR

Nelékařské zdravotnické profese mají zcela významné postavení v poskytování zdravotních služeb. Na základě dostupných dat (MZČR, ÚZIS) bylo zjištěno, že v České republice je důležité se zaměřit na vzdělávání nových absolventů v nejrůznějších nelékařských studijních programech, především absolventů studijního programu Všeobecné ošetrovatelství, Zdravotnické záchranářství, Porodní asistence a dalších. Uvádí se, že povolání všeobecné sestry patří mezi jednu z nejvíce ohrožených profesí, především z důvodu demografie. Například v následujících cca 10 letech bude chybět více jak 30 % dostupné kapacity a je potřeba výrazně navýšit personální kapacity. Hlavním důvodem je zejména postupující stárnutí populace a potřeba vysoce kvalifikovaného rozvoje poskytování ošetrovatelské péče. Informace vychází z ověřených dat MZČR, včetně ÚZIS.

ZDROJE

ICN. 2023. *Zpráva k Mezinárodnímu dni sester 2023: Naše sestry, naše budoucnost*. Geneva: International Council of Nurses. ISBN 978-92-95124-21-9.

EUROSTAT. 2020. *Number of nurses and midwives on the rise*. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20200512-1>

MZČR. 2020. *Zdraví 2030: Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030*. Praha: MZČR. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>

MZČR. 2023. *Zpráva o průběhu realizace Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 (Zdraví 2030)*. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2023/08/Zprava-o-prubehu-realizace-Zdravi-2030_po-VPR_pro-eKLEP.pdf

MZČR. 2024. *Strategické analýzy potřeb rezortu zdravotnictví – optimalizace personálních kapacit*. Praha: MZČR, ÚZIS. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz> / <https://www.senat.cz>

OECD. 2021. *Number of medical doctors and nurses*. Dostupné z: <https://www.oecd.org/coronavirus/en/data-insights/number-of-medical-doctors-and-nurses>

KONTAKT

Mgr. Martin Krause, Ph.D.

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5

e-mail: krause@vszdrav.cz

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5

e-mail: nemcova@vszdrav.cz

EDUKAČNÍ DOKUMENTACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

HLINOVSKÁ, J.

Abstrakt

Předpokladem edukace je změna, která může mít několik podob. V edukaci je vhodné volit ke změně racionálně-empirický přístup. Člověk by se měl chovat tak, aby mu změna přinesla maximální užitek. Dokumentace je důležitou součástí edukačního procesu. Poskytuje záznam o plánované a vykonané edukaci pacienta a také o jejich výstupech. Přesná dokumentace chrání členy zdravotnického týmu. Hlavním cílem předložené návrhu edukační dokumentace je zlepšení kvality studijního programu Všeobecné ošetřovatelství, kvalifikace Všeobecná sestra a odborného předmětu Pedagogika a edukace v ošetřovatelství.

Klíčová slova

Edukace. Ošetřovatelství. Pacient. Všeobecná sestra. Změna.

ÚVOD

Edukace je výchova pacienta k samostatné péči o svůj zdravotní stav a ke zlepšení spolupráce se zdravotnickým týmem. Měla by vést ke zlepšení psychického i zdravotního stavu pacienta, a měla by tudíž splňovat následující podmínky: zvýšení znalostí pacientů, zlepšení praktických dovedností. Je důležité si také ověřit, zdali nemocní uplatňují znalosti

a dovednosti nabyté při edukaci ve svém životě, a že to dělají dlouhodobě, a nejen bezprostředně po skončení edukace. Význam edukace v činnosti sestry je patrný hlavně z pohledu současné kvality zdravotního stavu obyvatelstva ČR a EU, který není uspokojivý.

METODIKA

Edukace je celoživotní rozvíjení osobnosti působením formálních výchovných institucí a neformálního prostředí.

V současné době se u nás postupně proměňuje řada paradigmat zdravotnické péče. Je kladen důraz na dodržování práv pacientů, k nimž neodmyslitelně náleží možnosti svobodného rozhodování, které nemůže být absolutní. Aby jedinec, kterého se rozhodování týká, mohl sám a svědomitě posoudit další postup léčby či péče, měl by být náležitě informován a edukován o svém zdravotním stavu. Všeobecné sestry jsou oprávněny podávat poučení pouze v rámci svých profesních kompetencí a činností. Předpokladem edukace je změna, která může být: plánovaná (záměrná, účelná) a neplánovaná (náhlá a její následky se nedají předvídat).

V moderní pedagogice se tradiční pojem „výchova a vzdělávání“ označuje pojmem edukace. Edukace je celoživotní rozvíjení osobnosti člověka působením formálně výchovných institucí i neformálního prostředí (Průcha, 2005). Neformální prostředí je např. rodina, nemocnice, skupina. Cílem edukace je osvojení si nových poznatků, získání nových vědomostí, zručností. Jako každá věda má svůj předmět zkoumání, obsahovou strukturu, účel, poslání. Předmětem edukace je vše, co vytváří, určuje vzdělávací nebo edukační procesy, dále procesy, které se realizují v tomto prostředí a výsledky těchto procesů. V edukačním prostředí se výchova a vzdělávání vzájemně prolínají a podílejí se na rozvoji jedince (Slezáková a kol., 2007).

Edukace je nepostradatelnou součástí léčby pacienta. Poučený pacient bývá dobře spolupracující pacient. Sestra by si měla být vědoma omezeného energetického potenciálu pacienta, jenž mu je dán pro každý nový den. Tak se po různě dlouho trvajících úvodních kontaktech s pacientem pomalu vyvíjí vztah, v němž se stále více uplatňuje psychologický rozměr péče. Na začátku je přístup sestry víceméně direktivní, ale postupně převažuje komunikace nedirektivní ve formě rozhovoru, kladení otázek a povzbuzení (Kromerová, 2005, s. 27). Pro porozumění významu edukace považují za potřebné definovat termíny, které s ní úzce souvisí – edukátor, edukant a edukační tým. Edukátor je každá osoba, která se zabývá edukací, učí pacienta. Může to být lékař, všeobecná sestra a jiní zdravotničtí pracovníci. Hlavní náplní práce edukátora je edukace nemocných, a to při využití všech dostupných prostředků a všech různých forem. Edukant je jakýkoliv jedinec učení bez ohledu na věk, vzdělání a intelekt, který má potřebu získání nových informací. Edukační tým tvoří nevelký počet osob. Lékař, který určuje program edukace, potřebnou intenzitu a rozsah. Vlastní edukaci provádí ostatní členové týmu a to je edukátor, všeobecná sestra a ostatní zdravotničtí pracovníci.

Nezbytným členem kvalitního edukačního týmu je psycholog. Úspěšná práce celého týmu závisí na vzájemné spolupráci všech členů týmu (Vybíral, 2000).

Edukace v ošetrovatelství svým způsobem předává a odevzdává konkrétní informace. Tento proces probíhá ve specificky, dle situace připraveném prostředí v rámci vzájemné interakce sestry a pacienta. Edukační prostředí, je místo, kde se edukace uskutečňuje. Správné osvětlení, teplota, bezhlučnost, to vše napomáhá kladnému výsledku edukace. Samozřejmostí by mělo být zajištění intimity pacienta. Jazyk edukace musí být jednoduchý, srozumitelný, přiměřený vzdělání a intelektu nemocného. Edukovat musíme od základního k podrobnému a od jednoduchého ke složitému. Edukace musí být názorná. Využíváme modelových situací, máme snahu provázet informace s vlastní zkušeností pacienta. Individualizujeme přístup, rozsah a intenzitu. Stanovujeme krátkodobé cíle, u nichž je vysoká pravděpodobnost, že jich pacient dosáhne. Při nesplnění cílů může dojít k negaci až zavržení celé léčby. Edukátor s pacientem nacvičuje konkrétní dovednosti, tzn. nacvičování situací, aktivní spoluúčast nemocného, opakování dovedností. K základním pravidlům patří jednoduchost, aby takové úrovni komunikace lidé rozuměli. Nezbytné při každé edukaci stejně tak, jako při každém kontaktu s lidmi je opakování. Je známo, že bez rozdílu intelektu si lidé pamatují 2-3 informace. Dále si zapamatují informace, které jim byly sděleny na začátku rozhovoru a ty, které jim byly několikrát opakovány a řečeny s důrazem. Informace audiovizuální anebo písemné by měli používat nejčastěji. Zde se uplatňují především metody tištěného slova, jako jsou leták, článek, brožura, časopis, kniha. Tyto informace je nutno doplnit i o ústní. Především je nutno dát pacientům prostor pro umožnění dotazů (Závodná, 2002, s. 41). Informace, které pacientovi doporučují provést změny v dosavadním způsobu života se ne vždy setkávají s pochopením a vstřícností. Edukační aktivity však mají své meze. K obtížným věkovým skupinám patří předškolní děti, adolescenti, ale i starší občané se zaběhnutým způsobem života. Dalším z pravidel je citlivost. Každý zdravotnický pracovník by měl odhadnout emoční stav lidí, jejich duševní úroveň a informovanost. Schopnost přijímat nové informace může být u nemocných částečně snížena jejich změněnou psychikou, která často souvisí s vlastním onemocněním nebo bolestí. Velký význam má verbální komunikace, úroveň vzdělání a poměrů, ze kterých lidé pocházejí. Možnost poučení jedinců je snížena tehdy, pokud odmítají spolupráci (Vybíral, 2000). Zkušené sestry pokládají motivaci za předpoklad úspěšného učení. Je pro ně největším úkolem přimět posluchače, aby chtěli získat a vhodně použít co nejvíce nových informací. Předpokladem účinné edukace je motivace. Vnitřní motivace vyplývá

z osobnostních rysů, vůle. Je podmíněna znalostmi a zkušenostmi pacienta. Vnější motivace je odměna, nátlak, hrozba (Rozsypalová a kol., 2002, s. 154).

Sestra by měla během edukace využívat pouze legitimní přesvědčovací strategie, jako je odvolávání se na autority (citování statistik, různých průzkumů), odvolávání se na většinu (většina lidí tento způsob dobře toleruje, dobře si pamatuje), morální aspekt, žádost o mírnou změnu. Pro edukaci je naprosto nevhodné a nežádoucí využívání nelegitimních přesvědčovacích strategií jako jsou konfrontace (neříkejte mi, že to nejde), zesměšňování, předpokládání souhlasu (takže tomu už rozumíte, že; takže můžeme jít dál). Rozeznáváme tyto druhy edukace. **Primární edukace** - je zaměřena na zdravé lidi. Jejím cílem je předcházet zdravotním problémům (osobní hygiena, antikoncepce, výživa atd.). Nezabývá se pouze prevencí vzniku nemocí, ale také pozitivním zlepšením zdravotního stavu, který vede ke zvyšování kvality života. **Sekundární edukace** - hraje důležitou roli v případě nemoci. Může zabránit přechodu nemoci do chronického nebo ireverzibilního stádia a obnovit zdraví. Je založena na poučení (edukaci) klienta o jeho stavu a způsobu, jak nemoci čelit.

Terciální edukace - zpravidla se týká lidí dlouhodobě invalidních a těch, kteří nemohou být zcela vyléčení. Terciální edukace učí takto postižené klienty a jejich příbuzné, jak využívat co nejvíce stávajících možností zdravého žití a jak se vyhnout zbytečným problémům a komplikacím.

Edukační proces se skládá z pěti fází:

Posouzení vzdělávacích potřeb - objasnění problému, kterého se bude daný edukační problém týkat, takovým způsobem, aby nám lidé porozuměli. Stanovení priorit edukace, potřeby něco se naučit. Tato část by měla vždy vznikat ve spolupráci s pacientem. Pokud nebylo něco pochopeno, je daný problém vysvětlit znovu. Tato fáze je velmi důležitá, protože udává, jak se bude proces vyvíjet v dalších etapách. Zde navazuje sestra vztah s pacientem. Zanedbáním této fáze se může narušit nebo vůbec nevytvořit vzájemná důvěra.

Stanovení edukační diagnózy - edukační diagnóza je závěr o odpovědích jednotlivce nebo skupiny na skutečné nebo potencionální problémy. V primární prevenci stanovujeme diagnózy ve vztahu k předcházení vzniku onemocnění anebo poškození zdraví a k potřebám pacienta něco se naučit (Kozierová, 1995, s. 176). Všechny diagnózy, které stanovuje sestra ve vztahu k potřebám pacienta něco naučit, patří do kategorie nedostatek vědomostí. Důležité je, aby sestra přesně specifikovala vědomosti, které pacientovi chybí.

Plánování edukačního procesu - tato fáze zahrnuje vytyčení si edukačních strategií s cílem prevence, redukce a eliminace možných zdravotních problémů pacienta, které byly zjištěné během diagnostické fáze. Ve fázi plánování musíme vyjmenovat problém s ohledem na současnou situaci, stanovit cíle zdravotní výchovy, posoudit překážky při výuce, vybrat skupinu pacientů a popsat jejich potřeby a připravit pomůcky a studijní materiál.

Realizace edukačního procesu - je vykonávání nebo zásah uplatnění edukačních strategií zaznamenaných v edukačním plánu. Realizace edukačního procesu může probíhat: hromadně, individuálně – konzultace s jednotlivcem, telefonickým poradenstvím, podporou skupiny, sociální podporou. Fáze realizace edukačního procesu znamená, že naplánované vyučovací strategie, metody a činnosti probíhají tak, abychom dosáhli žádaného výsledku. Vzhledem k nepředpokládaným změnám (únava pacienta, dodatečné informace), může dojít k jeho přehodnocení.

Vyhodnocení edukačního procesu - zhodnocení je průběžný a závěrečný proces. Tehdy sestra společně s pacientem zhodnotí, co se naučil. Kontrola naučeného je nevyhnutelná a nezbytná pro zpětnou vazbu. Je na místě provést hodnocení i v případě nesplnění cíle a nutnosti vypracování nového edukačního plánu.

Důležitou součástí edukačního procesu je dokumentace, na kterou není možné zapomenout, protože nám poskytuje záznam o plánování a vykonané edukace pacienta a také jejich výstupech. Tento záznam by měl obsahovat reakce pacienta na edukaci a výsledek jakého dosáhl. Samozřejmě informuje ostatní členy zdravotnického týmu o provedené edukaci, reakci na ní, sděluje, co má být ještě provedeno. V neposlední řadě přesná dokumentace chrání členy zdravotnického týmu.

Metoda a formy edukace:

Mezi metody podle objektu zdravotně-výchovného působení patří metody individuálního působení (individuální rozhovor, individuální konzultaci, konzultace prostřednictvím telefonu, internetu, pošty), metody skupinového působení (diskuse, přednáška, beseda), a metody hromadného působení (noviny, rozhlas, televize a různá centra podpory zdraví).

Přednáška

Přednáška je efektivní představení nových informací. Je to systém poznatků z několika oblastí a zdrojů. Pomáhá získat nejnovější informace. Materiál by se neměl číst. Prvních deset minut

je nejdůležitějších. Vhodné je zařadit do přednášky i čas na otázky pacientů. Výhodou je, že je ekonomická, rozvíjí schopnost poslouchat a vnímat, přináší nové informace.

Vysvětlování

Metoda, která vysvětluje množství informací a instrukcí, aby pacient, případně rodina věděli: proč, jak, co má a nemá pacient dělat. Mělo by navazovat na předchozí vědomosti. Je vhodné používat terminologii, které pacient a rodina rozumí. Při vysvětlování je důležité získávání zpětné vazby. Metoda vysvětlování se obvykle užívá v kombinaci s jinými metodami (např. demonstrace, cvičení). Výhodou je zpětná vazba, vytváření pozitivních vztahů ke změněným životním podmínkám a vyšší míra aktivity účastníka.

Rozhovor

Tato metoda se používá tehdy, když u klienta předpokládáme předběžné, částečné vědomosti o dané oblasti. Využívá se v úvodní části edukace. Otázky mají být formulovány jasně a srozumitelně, je nutné dodržovat systematickosti, neměly by se používat sugestivní otázky, je nutné vzít v úvahu neochotu odpovídat a spolupracovat. Výhodou rozhovoru je okamžitá zpětná vazba a možnost vytvoření důvěrnějšího vztahu.

Demonstrace

Je to metoda zprostředkovaného přenosu poznatků, přičemž se prohlubují praktické zkušenosti pacientů. Doporučuje se používat názorné pomůcky – obrázky, makety, plakáty, modely, které umožňují jednoduchou manipulaci, videozáznam apod. Výhodou demonstrace je utváření a rozvíjení zručnosti, umožňuje ukázat pacientovi postup.

Cvičení

Využívá se hlavně k upevnění vědomostí, rozvinutí schopností a vytváření návyků. Je to metoda záměrného opakování tréninku. Součástí cvičení je instruktáž objasňující způsob realizace. Výhodou cvičení je rozvíjení a upevňování zručností a prověřování vědomostí v praxi. Zde jsem se snažila nastínit základy edukace pacientů obecně, nyní bych se zmínila o edukaci pacientů s diabetickou nohou.

Dokumentace je důležitou součástí edukačního procesu. Poskytuje záznam o plánované a vykonané edukaci pacienta a také o jejich výstupech. Záznam by měl obsahovat: čeho pacient dosáhl, reakce pacienta na edukaci. Přesná a srozumitelná dokumentace podporuje a zaručuje

kontinuitu vzdělávání. Informuje ostatní členy zdravotnického týmu o edukačním procesu, reakci na něj, udává, co má být ještě provedeno. Zaručuje, že nedochází k duplicitě. Přesná dokumentace chrání členy zdravotnického týmu, slouží k autoevaluaci pracoviště v oblasti edukace, k výzkumu, k formulaci standardů pracoviště. Níže v textu prezentujeme didaktickou pomůcku - edukační dokumentaci k odborným ošetrovatelským předmětům.

 ZÁZNAM O EDUKACI list č.....	
Vypracoval/a: Studijní skupina: Dne:	
JMÉNO, PŘÍJMENÍ: (iniciály) LÉKÁŘSKÁ DIAGNÓZA:	ODDĚLENÍ: EDUKOVANÝ JE: ☐ PA pacient ☐ RO rodina ☐ OST ostatní VZTAH K ZAŘÍZENÍ: ☐ hospitalizovaný ☐ ambulantní ☐ účastník vzdělávací akce ☐ jiné:
EDUKACE JE ZAMĚŘENA:	POUŽÍVÁNÍ POMŮCEK, ZÁVISLOST NA PŘÍSTROJÍ:
☐ vstupní informace ☐ jednorázové vzdělávání ☐ průběžné vzdělávání ☐ reedukace ☐ informace při propuštění ☐	☐ naslouchadla ☐ inzulin ☐ respirační terapie ☐ stomie ☐ zubní protéza ☐ medikace ☐ berle/vozík ☐ neschopnost řeči ☐ dialýza ☐ MEDIKACE OVLIVŇUJÍCÍ EDUKACI: ☐
FORMA EDUKACE:	EXISTUJÍCÍ KOMUNIKAČNÍ BARIÉRA:
☐ UK - ukázka ☐ DT - dotazy ☐ LE - letáček ☐ VP - verbální pochopení ☐ VE - verbálně ☐ OV - odmítnutí výuky ☐ VI - video ☐ NO - nutno opakovat ☐ TV - televize ☐ NE - nezáměr ☐ PI - písemně ☐ NP - neschopnost pochopit ☐ IN - instrukce ☐ PD - prokázána dovednost	☐ sluch ☐ zrak ☐ chuť ☐ hmat ☐ čich ☐ fyzická: ☐ jazyková ☐ cizí jazyk: ☐ řeč, čtení, psaní: ☐ afázie ☐ dysfázie ☐ apraxie ☐ dyslexie ☐ kóktání ☐ etnické: ☐ duchovní: ☐ psychické: ☐ stres ☐ úzkost ☐ deprese ☐ jiné ☐ neschopnost řeči ☐ afázie..... ☐ jiné
EDUKAČNÍ POTŘEBA V OBLASTI:	PLÁNOVANÉ TÉMA EDUKACE: název
☐ 1. VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ ☐ 7. SEBEPOJETÍ ☐ 2. VÝŽIVA, METABOLISMUS ☐ 8. ROLE - MEZILID. VZTAHY ☐ 3. VYLUCOVÁNÍ ☐ 9. SEXUALITA, REPRO. SCH. ☐ 4. AKTIVITA, CVIČENÍ ☐ 10. STRES, ZÁTĚŽ, SITUACE ☐ 5. SPÁNEK, ODPOČINEK ☐ 11. VÍRA, ŽIVOT. HODNOTY ☐ 6. VNÍMÁNÍ, SMYSLY ☐ 12. JINÉ	☐ iatrogenní ☐ lékař ☐ sestra ☐ léky ☐ jiné ☐ biorytmus ☐ „sova“ ☐ „skřivan“ ☐ bolest; ☐ NE ☐ ANO ☐ akutní nemoc ☐ NE ☐ ANO ☐ prognóza:
EDUKAČNÍ ANAMNEZU ODEBRAL/A, podpis:	ZDROJ INFORMACÍ: ☐
DNE:	

 TÉMA EDUKACE	
TÉMA EDUKACE:	
EDUKÁTOR:	
EDUKANT:	ORGANIZAČNÍ FORMA:
PODMÍNKY:	☐ individuální ☐ týmová ☐ diferencovaná ☐ skupinová ☐ hromadná
ČAS: od - do	DIDAKTICKÉ POMŮCKY:
VÝUKOVÉ CÍLE: kognitivní, afektivní, psychomotorické	☐ model ☐ textový materiál ☐ televize ☐ zobrazení ☐ počítač
METODY:	POUŽITÉ METODY:
a) SLOVNÍ (např. vysvětlení, přednáška, rozhovor, diskuse, dramatizace, písemná práce, práce - učebnici, knihou, letákem aj) b) NAZORNÉ DEMONSTRAČNÍ (např. pozorování, předvádění, modely, demonstrace obrázků, projekce, TV, ideo aj) c) PRAKTICKÉ ČINNOSTI: (např. nácvik pohybových činností, nácvik pracovních dovedností, grafické a výtvarné činnosti)	MOTIVACE K VÝUCE: ☐ ANO ☐ NE ☐
OBSAH TÉMATU:	OVĚŘOVÁNÍ ÚROVNĚ DOSAŽENÝCH CÍLŮ EDUKANTA:
	☐ průběžné ☐ dílčí ☐ závěrečné ☐ rozhovorem ☐ testem ☐ analýzou modelových úloh ☐ zkoušením ☐ srovnáním ☐ kladením otázek ☐ prezentací ☐ obhajobou ☐ individuální výstup ☐ předvedením ☐ učení ostat. ☐ srovnání s ostatními eduk. ☐ ☐ ☐ praktické provedení
	EFEKT - EVALVACE VÝSLEDKŮ VÝUKY EDUKÁTOREM:
	☐ UPLNÝ ☐ ČÁSTEČNÝ ☐ ŽADNÝ
	SEBEHODNOCENÍ EDUKOVANÉHO: EFEKT
	☐ UPLNÝ ☐ ČÁSTEČNÝ ☐ ŽADNÝ
	DOPORUČENÍ:
EDUKACI PROVEDL/A, podpis	DNE:

ZÁVĚR

Výchova a vzdělávání představují významný způsob zlepšování kvality života člověka, jsou nezbytné pro pacientovo budoucí zdraví, neodmyslitelnou součástí léčby a péče. Patří mezi významné samostatné funkce ošetrovatelství. Důležitá je pro sebehodnocení sestry, pro prestiž profese. S jakým efektem bude edukace pacientů probíhat záleží na naší profesionalitě. Cíl jsme splnili. Navržená koncepce odborného předmětu, dokumentace edukačního procesu přispěla ke zlepšení kvality výuky studijního programu Všeobecné ošetrovatelství, kvalifikace Všeobecná sestra a uplatnila se při rozvíjení didaktických dovedností edukátorů i edukantů.

ZDROJE

- HLINOVSKÁ, J.; NĚMCOVÁ, J.; HANUŠOVÁ, R.; JANÁKOVÁ, M.; LAUKOVÁ, P. Edukace v klinické praxi : abstrakt. In *Zdravotníctvo a sociálna práca*. ISSN 1336-9326, 2010, roč. 5, č. 1 - 2, s. 35.
- KROMEROVÁ, D. 2005. Spolupráce sestry a nemocného – edukace. In *Sestra*. 2005. ISSN 1210-0404. 2005, roč. 15, č. 5, s. 27.
- KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo I, II*. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
- NĚMCOVÁ, J.; HLINOVSKÁ, J. Výchovné pôsobení všeobecné sestry v domácí péči. In *Revue ošetrovatel'stva, sociálnej práce a laboratórnych metodík*. ISSN 1335–5090, 2009, roč.15, č. 2, s. 98.
- PRUCHA, J. 2005. *Moderní pedagogika*. Praha : Portál, s.r.o., 2005. 488 s. ISBN 978-80-7367-503-5.
- SLEZÁKOVÁ, L. a kol. 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II*. 1. vyd. Praha : Grada Publisching, 2007. 200 s. 112 s. ISBN 80-86073-97-1.
- VYBÍRAL, Z. 2000. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vyd. Praha : Portál, s.r.o., 2000. 264 s. ISBN 80-7178-291-2.
- ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2002. ISBN 80-8063-108-5.

KONTAKT

PhDr. Jana Hlinovská

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.,

Duškova 7, 150 00 Praha 5

e-mail: hlinovska@vszdrav.cz

ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST STUDENTŮ NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH STUDIJNÍCH PROGRAMŮ

PŘIBÍKOVÁ, M., KRAUSE, M.

Abstrakt

Dnešní společnost je směřována k upřednostňování zdravého životního stylu, či k efektivnímu využívání zdravotní péče. Zároveň se i přesto potýká s nezdravým životním stylem a v některých ohledech s nepřehledným zdravotním systémem. Nedostatečná zdravotní gramotnost, například ve smyslu nedostatečné schopnosti porozumět pokynům zdravotnických pracovníků a základním informacím o rizikových faktorech či nedostatečné orientace ve zdravotním systému, může vést k riskantnějšímu chování jedince, k zhoršenému zdraví a tím pádem k častějším hospitalizacím. Zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti obyvatelstva je tedy velmi důležité. Úroveň zdravotní gramotnosti však nezáleží pouze na schopnostech a dovednostech samotného pacienta, ale i ve značné míře na schopnostech a dovednostech nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří se mohou aktivně zapojit do zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti laické veřejnosti. I nelékařští zdravotničtí pracovníci však leckdy postrádají povědomí a znalosti o zdravotní gramotnosti, kdy nesprávné chápání zdravotní gramotnosti a neadekvátní ošetrovatelské intervence mohou mít v důsledku následky i pro zdraví obyvatel. Jednou z cest ke zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti a i zvyšování povědomí o zdravotní gramotnosti nelékařských zdravotnických pracovníků je již efektivní vzdělávání studentů, kteří se připravují na profesi nelékařského zdravotnického pracovníka a začlenění otázek zdravotní gramotnosti do jejich vzdělávacího procesu.

Klíčová slova

EHealth Literacy. Nelékařský zdravotnický pracovník. Ošetrovatelská péče. Studenti. Zdravotní gramotnost.

ÚVOD

Zdravotní gramotnost souvisí s osobnostní charakteristikou a sociálními dovednostmi, které určují motivaci a schopnost jednotlivců a komunit získávat přístup ke zdravotním informacím, porozumět jim, hodnotit je a používat je k rozvoji a udržování zdraví. Rozhodování související se zdravím se může týkat vlastního zdraví konkrétního člověka, který toto rozhodnutí uplatňuje, nebo také zdraví jiné osoby či komunity (WHO, 2015). Zdravotní gramotnost ve své podstatě konkrétně může znamenat schopnost porozumět příbalovým letákům, pozvánkám na vyšetření, pokynům zdravotnických pracovníků, dále také orientaci ve zdravotním systému či porozumění základním informacím například o nemoci nebo rizikových faktorech životního stylu (NZIP, 2024).

Zdravotní gramotnost jednotlivců ovlivňuje chování celé společnosti a samotný systém zdravotnictví. Zdravotní gramotnost jednotlivců a komunit může mít silné i slabé stránky, které jsou ovlivněny tím, jak efektivně jsou pacientům poskytovány zdravotní služby a informace o zdraví. Zdravotní systém má taktéž své silné, ale i slabé stránky, a to především v hodnocení zdravotní gramotnosti pacientů, kterým poskytuje zdravotní služby (WHO, 2015).

1 SOUČASNÝ STAV

Společnost je v dnešní době směřována k tomu, aby upřednostňovala zdravý životní styl, zdravé životní prostředí a efektivně využívala zdravotní péči, ačkoliv v těchto otázkách není společnost efektivně podporována a edukována. Moderní společnost se potýká s nezdravým životním stylem a zdravotní systém může být v některých ohledech nepřehledný. Zároveň vzdělávací systém příliš často neposkytuje společnosti odpovídající přístup k informacím, jak posoudit a uplatňovat přístup ke svému zdraví. Na základě průzkumu bylo zjištěno, že zdravotní gramotnost lidí nejen v Evropě má značné nedostatky. Nedostatečná zdravotní gramotnost vede k riskantnějšímu chování, zhoršenému zdraví a častějším hospitalizacím. To má dopad mimo jiné i na financování zdravotní péče a vyšší náklady související se zdravotní péčí. Vztah mezi pacientem a poskytovatelem zdravotních služeb je ovlivněn mnoha faktory a jedním z nich je mimo jiné i úroveň zdravotní gramotnost jak pacienta, tak ale i zdravotnických pracovníků. Na jedné straně je žádoucí, aby obyvatelé byli prostřednictvím vzdělávacího systému lépe vedeni v otázkách zdravotní gramotnosti a na straně druhé by sám systém zdravotní péče měl zefektivnit přístup k informacím souvisejícím se zdravotní gramotností. Samotní poskytovatelé

zdravotních služeb by pak měli uplatňovat řadu postupů ke zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatelstva. Příkladem může být realizace hodnocení zdravotní gramotnosti v rámci organizace, zohledňování zdravotní gramotnosti v rámci zajišťování bezpečnosti pacientů a zajištění zdravotní gramotnosti samotných zdravotnických pracovníků například prostřednictvím školení zaměstnanců (WHO, 2013).

Důležitost zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti je patrná i na základě Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030, kdy jedním ze specifických cílů je prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví a zvyšování zdravotní gramotnosti (MZČR, 2019). Za účelem podpory zvyšování a rozvoje zdravotní gramotnosti obyvatel České republiky byl zřízen Ústav pro zdravotní gramotnost, který mimo jiné připravuje strategické dokumenty týkající se rozvoje zdravotní gramotnosti a zároveň realizuje výzkumy, odborné konference, semináře a školení, které se týkají zdravotní gramotnosti (Ústav pro zdravotní gramotnost, 2024). Na základě mezinárodního srovnávacího výzkumu v roce 2015 je patrné, že v České republice byl poměr uspokojivé a omezené zdravotní gramotnosti 41 % : 59 %. Česká republika tak měla výrazně horší výsledek, než byl průměr zkoumaných zemí EU. V roce 2020 bylo realizováno další šetření a na základě výsledků bylo patrné podstatné zlepšení situace. Poměr uspokojivé a omezené zdravotní gramotnosti byl 53 % : 47 % a Česká republika se tak řadí mezi země s průměrným poměrem limitované a uspokojivé úrovně zdravotní gramotnosti (NZIP, 2024).

2 VLIV NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

V současné době je kladen větší důraz na to, aby byli pacienti při poskytování zdravotních služeb aktivně zapojeni a byli tak aktivním, nikoliv pasivním, účastníkem v péči o své zdraví. K tomu je však nezbytné, aby pacienti disponovali odpovídajícími znalostmi a dovednostmi a byla tak zajištěna efektivní spoluúčast pacientů při poskytování zdravotních služeb. V této souvislosti je právě s tímto jevem spojován termín zdravotní gramotnost. Úroveň znalostí v oblasti zdraví však nezáleží pouze na schopnostech a dovednostech samotného pacienta, ale právě i ve velké míře na schopnostech a dovednostech zdravotnických pracovníků sdělovat pacientům přiměřené informace srozumitelnou formou. Samotné ošetřovatelství se tak může aktivně zapojovat do zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti laické veřejnosti. Dalo by se říci, že v rámci potřeby vytváření zdravotně gramotné společnosti je zapojení ošetřovatelské profese v tomto ohledu i nezbytné. Zaměření ošetřovatelské péče na zdravotní gramotnost tak může

vést ke zvýšení bezpečí pacientů a mimo jiné i k jejich celkové spokojenosti. Zapojení ošetrovatelské profese do zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti je neméně důležité jako tomu je u lékařské profese, která je s touto problematikou spojována ve větší míře. Nelékařští zdravotničtí pracovníci poskytující ošetrovatelskou péči však představují početnou skupinu, a proto jejich vliv v problematice zdravotní gramotnosti může být silný a pozitivní. S tímto souvisí i velký potenciál realizovat změny v systému zdravotní péče a zvyšovat tak kvalitu poskytovaných zdravotních služeb. Tato početná skupina nelékařských zdravotnických pracovníků je tak hybnou silou změn jak v klinickém ošetrovatelství, tak i v prevenci a s tím související zdravotní edukací. Edukace pacientů o zdravotní problematice se jeví jako účinný nástroj, na základě kterého mohou nelékařští zdravotničtí pracovníci pomoci laické veřejnosti zlepšit celkový zdravotní stav obyvatelstva (Kaas, Stasková a Šulistová, 2016).

I samotná ošetrovatelská profese však postrádá povědomí a znalosti o zdravotní gramotnosti. Pokud poskytovatel zdravotních služeb nedisponuje pracovní silou, která je zdravotně gramotná, nelze od těchto zdravotnických pracovníků očekávat, že budou poskytovat zdravotní péči podporující rozvoj zdravotní gramotnosti u pacientů, kterým tuto péči poskytují (Balmer et al., 2020). Nesprávné chápání zdravotní gramotnosti a neadekvátní ošetrovatelské intervence mohou mít v důsledku následky i pro zdraví obyvatel (Munangatire, Tomas a Mareka, 2022). Jednou z cest je již efektivní příprava studentů, kteří se připravují na profesi nelékařského zdravotnického pracovníka a začlenění otázek zdravotní gramotnosti do jejich vzdělávacího procesu (Kennard, 2016). Dále i Mosley a Taylor (2016) zmiňují, že nelékařští zdravotničtí pracovníci poskytující ošetrovatelskou péči by měli být schopni efektivně poskytovat péči pacientům s nízkou úrovní zdravotní gramotností a jedním ze zásadních kroků k zajištění efektivní, bezpečné a kvalitní zdravotní péče je samotné vzdělávání studentů ošetrovatelských profesí v problematice zdravotní gramotnosti, a tím pádem příprava nové generace nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří budou schopni zajistit péči o pacienty s omezenou úrovní zdravotní gramotnosti (Mosley a Taylor, 2016).

3 ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST STUDENTŮ

V této souvislosti je tedy důležitým ukazatelem nejenom zdravotní gramotnost samotných zdravotnických pracovníků poskytující ošetrovatelskou péči v praxi, ale právě i úroveň zdravotní gramotnosti studentů připravujících se na ošetrovatelskou profesi. Úrovní zdravotní gramotnosti studentů ošetrovatelství se zabývaly i některé zahraniční výzkumy. Jeden

z výzkumů byl realizován ve Španělsku, na základě kterého bylo zjištěno, že úroveň zdravotní gramotnosti studentů se zvyšuje s každým studovaným akademickým rokem. Na základě tohoto výzkumu je pak následně taktéž formulováno doporučení na implementování strategie pro posílení znalostí a zkušeností souvisejících s výchovou ke zdraví a lepší zdravotní gramotností studentů (González-López a Radríguez-Gázquez, 2022). Začlenění zdravotní gramotnosti do procesu vzdělávání navrhuje i na základě provedeného výzkumu Ayaz-Alkaya a Terzi (2019) i přesto, že provedená studie ukazuje, že úroveň zdravotní gramotnosti u studentů byla shledána adekvátní a uvádí, že čím vyšší úroveň zdravotní gramotnosti student získá v pregraduálním vzdělání, tím kompetentnější je poté poskytovaná ošetrovatelská péče (Ayaz-Alkaya a Terzi, 2019). Důležitost nelékařských zdravotnických pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči v rámci poskytování zdravotních služeb zmiňuje Ozen et al. (2019) a poukazuje na nutnost zvyšování povědomí v oblasti zdravotní gramotnosti, kdy zásadním krokem je samotné vzdělávání studentů ošetrovatelství v rámci předmětu zdravotní gramotnost. Studie provedena v Turecku poukazuje na omezenou úroveň zdravotní gramotnosti studentů v 29,3 % (Ozen et al., 2019).

4 EHEALTH LITERACY

V dnešní době se však hlavním zdrojem informací souvisejících se zdravím stává internet. Internetové zdravotnické zdroje jsou však užitečné pouze tehdy, jsou-li je lidé schopni využívat. Využívání informačních technologií pro zdraví vyžaduje gramotnost i v tomto ohledu a jedná se tedy schopnost používat IT technologie, vyhledávat informace, porozumět jim a dát tyto informace do kontextu (Norman a Skinner, 2006). V tomto ohledu se mimo potřebu znalostí v oblasti základní zdravotní gramotnosti do popředí dostává i potřeba schopností a dovedností v používání a vyhodnocování online zdravotních informací. Tato problematika se opět týká již studentů, kteří se připravují na svá budoucí povolání nelékařských zdravotnických pracovníků a jako budoucích plnohodnotných zdravotnických pracovníků, kteří by měli být kvalifikováni ve vyhledávání, vyhodnocování a používání relevantních online zdravotních informací. I v tomto směru jsou v zahraničí dostupné studie, které se zabývají gramotností v oblasti elektronického zdravotnictví tzv. eHealth Literacy. Příkladem může být výzkum realizovaný v Jordánsku, kde na základě tohoto výzkumu byla zjištěna mírná úroveň eHealth gramotnosti studentů, a zároveň a především bylo zjištěno, že studentům chybí dovednosti k hodnocení kvality online zdrojů (Tubaishat a Habiballahová, 2016). Důležitost eHealth gramotnosti

ve vzdělávání studentů ošetrovatelství v souvislosti se zaváděním informačních a komunikačních technologií do zdravotnictví zmiňuje i Kim a Jeon (2020) a na základě studie zjišťují, že eHealth gramotnost je u studentů v Koreji vyšší než v předchozích studiích (Kim a Jeon, 2020). Dle Park (2019) výsledky studie v USA a v Koreji ukazují, že studenti postrádají důvěru v používání online zdrojů k rozhodování o zdraví a zároveň je pro studenty problematické určit, zda jsou online zdroje vysoké či nízké kvality. Též zmiňuje důležitost dovedností k nalezení a rozlišování kvality online zdrojů obsahujících informace o zdraví (Park, 2019). Gramotnost v oblasti eHealth je tedy v dnešní době nedílnou součástí poskytování zdravotních služeb a umožňuje tak zdravotnickým pracovníkům a pacientům se aktivně a efektivně zapojit do poskytování zdravotní péče a do péče o své zdraví (Shiferaw, Mehari a Eshete, 2020).

Jedním z nejžádanějších obsahů na internetu jsou informace týkající se zdraví. Není však vždy zcela snadné přes velké množství informací pomocí vyhledávačů a specializovaných webů nalézt důležité a především relevantní informace vycházejících ze zdrojů vysoké kvality. Naopak nedůvěryhodné informace internetových zdrojů mohou přispět k rizikovému chování, jako je například nevyhledání zdravotní péče, chybná samol léčba, odmítání léčby nebo užívání neadekvátních léčivých přípravků. Z těchto důvodů není možné pouhé automatické zhodnocení důvěryhodnosti. Důležité je se zamyslet nad konkrétními informacemi, které online zdroj obsahuje a vyhodnotit, zda je možné z tohoto zdroje vycházet při rozhodování o přístupu ke svému zdraví (Lesenková, Bouzková a Surá, 2020).

ZÁVĚR

Snížená úroveň zdravotní gramotnosti souvisí se zhoršeným pocitem zdraví, častějšími návštěvami lékaře a s dalšími zdravotními komplikacemi. Proto je nezbytné úroveň zdravotní gramotnosti obyvatelstva neustále efektivními přístupy zvyšovat. Klíčovou roli v potřebě vytváření zdravotně gramotné společnosti zaujímají nelékařští zdravotničtí pracovníci, jelikož představují početnou skupinu a jejich vliv může být silný a pozitivní. V tomto ohledu je však nezbytné také zvyšování zdravotní gramotnosti samotných nelékařských zdravotnických pracovníků, aby mohla být zajištěna komplexní, bezpečná a kvalitní zdravotní péče. Jedním z možných, avšak zásadních kroků, je efektivní vzdělávání studentů připravujících se na profesi nelékařského zdravotnického pracovníka v otázkách zdravotní gramotnosti a tím pádem

příprava nové generace nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří budou schopni zajistit péči o pacienty s omezenou úrovní zdravotní gramotnosti.

ZDROJE

AYAZ-ALKAYA, Sultan a Handan TERZI. 2019. Investigation of health literacy and affecting factors of nursing students. *Nurse Education in Practice*. (34), 31–35. DOI 10.1016/j.nepr.2018.10.009.

BALMER, Deborah et al. 2020. Nursing students and health literacy: The effect of region and programme level. *Nurse Education in Practice*. (42). DOI 10.1016/j.nepr.2019.102688.

GONZÁLEZ-LÓPEZ, José R. a María RODRÍGUEZ-GÁZQUEZ. 2022. Do health literacy levels of nursing students change throughout the study programme? A cross-sectional study. *BMJ Open*. (12). DOI 10.1136/bmjopen-2020-047712.

KAAS, J., V. STASKOVÁ a R. ŠULISTOVÁ. 2016. Koncept zdravotní gramotnosti v současném ošetrovatelství. *Kontakt*. **18**(4), 219–223. ISSN 1212-4117.

KENNARD, Deborah K. 2016. Health Literacy Concepts in Nursing Education. *Nursing Education Perspectives*. **37**(2), 118–119. ISSN 1536-5026.

KIM, Sisook a Jaehee JEON. 2020. Factors influencing eHealth literacy among Korean nursing students: A cross-sectional study. *Nursing and Health Sciences*. **22**(3), 667–674. DOI 10.1111/nhs.12711

LESENKOVÁ, E., H. BOUZKOVÁ a A. SURÁ. 2020. Zvyšování zdravotní gramotnosti – zapojení národní lékařské knihovny do spolupráce se sítí veřejných knihoven v ČR. In: *Sborník příspěvků Medsoft 2020*. Praha: Creative Connections, s. 33–35. ISBN 978-80-86742-53-3.

MOSLEY, Carolyn M. a Barbara J. TAYLOR. 2016. Integration of Health Literacy Content Into Nursing Curriculum Utilizing the Health Literacy Expanded Model. *Teaching and Learning in Nursing*. **12**(2), 109–116. ISSN 1557-2013.

MUNANGATIRE, T., N. TOMAS a V. MAREKA. 2022. Nursing students' understanding of health literacy and health practices: a cross-sectional study at a university in Namibia. *BMC Nursing*. **21**(8). DOI 10.1186/s12912-021-00776-z.

MZČR. 2019. *Zdraví 2030: Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030*. Praha: MZČR.

NORMAN, Cameron D. a Harvey A. SKINNER. 2006. eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research*. 8(4), 27. DOI 10.2196/jmir.8.4.e27.

NZIP. 2024. Zdravotní gramotnost. NZIP. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2024-03-27]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/226-zdravotni-gramotnost>

OZEN, Nurten et al. 2019. Health literacy of nursing students and its effective factors. *Nursing Forum*. 54(3), 396–402. DOI 10.1111/nuf.12346.

PARK, Hyejin. 2019. Nursing Students' eHealth Literacy in the U.S. and South Korea. *Nursing and Health Care*. 5(2). DOI 10.23937/2469-5823/1510122.

SHIFERAW, K.B., E. A. MEHARI a T. ESHETE. 2020. eHealth literacy and internet use among undergraduate nursing students in a resource limited country: A cross-sectional study. *Informatics in Medicine Unlocked*. (18). DOI 10.1016/j.imu.2019.100273.

TUBAISHAT, Ahmed a Laila HABIBALLAHOVÁ. 2016. eHealth literacy among undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*. (42), 47–52. DOI 10.1016/j.nedt.2016.04.003

Ústav pro zdravotní gramotnost. 2024. Ústav pro zdravotní gramotnost. UZG. *Ústav pro zdravotní gramotnost* [online]. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost [cit. 2024-03-27]. Dostupné z: <https://www.uzg.cz/>

WHO. 2015. *Optimizing Health Literacy: Improving Health and Reducing Health Inequities*. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-9022-474-7.

WHO. 2013. *Health literacy: The solid facts*. Geneva: World Health Organization. ISBN 978 92 890 00154.

KONTAKT

Mgr. Michaela Přibíková

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.,

Duškova 7, 150 00, Praha 5

e-mail: pribikova@vszdrav.cz

Mgr. Martin Krause, Ph.D.

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.,

Duškova 7, 150 00, Praha 5

e-mail: krause@vszdrav.cz

BRØSET VIOLENCE CHECKLIST A JEHO VYUŽITÍ NA ODDĚLENÍCH ARO

PEKARA, J., GREGOROVÁ, Š.

Abstrakt

Naše sdělení je výstupem bakalářské práce na Vysoké škole zdravotnické. Zabývá se problematikou Brøset Violence Checklistu a jeho využitím na anesteziologicko-resuscitačních odděleních (ARO). Ve sdělení jsou popsány výsledky anonymního dotazníkového šetření prováděného na odděleních ARO různých nemocnic v České republice po dobu dvou měsíců od ledna 2024 do konce února 2024. Výsledkové šetření mělo za hlavní cíl popsat současnou situaci na odděleních ARO z hlediska postupů vůči agresivnímu chování pacientů a identifikovat, jaké konkrétní postupy jsou používány. Výsledky šetření jsou shrnuty v diskusi a v závěru práce.

Klíčová slova:

Agrese. ARO. Brøset Violence Checklist. Hodnotící škála. Násilí.

ÚVOD

Brøset Violence Checklist je šesti položkový checklist (kontrolní seznam, škála), který pomáhá při predikci násilného chování pacientů, o které se aktuálně staráme. Jde o škálu hojně používanou na odděleních psychiatrie, odděleních urgentního příjmu a systémy ZZS. Jedná se o 24hodinovou perspektivu s nejčastějším měřením třikrát denně. Škála je celosvětově nejvíce používaná ve zdravotnictví a dalších oblastech lidské činnosti, kde se násilí na pracovišti dá považovat za vážný problém. BVC původně vyvinuli Linaker a Busch–Iversen (1995) a dále jej rozvinula společnost Almvik & Woods (2000). Aktuálně se používá ve více než 40 zemích v řadě modelací. Při správném použití může pomoci při prevenci nežádoucího chování. BVC je doporučen Národním institutem klinické excelence (dále jen NICE) ve Spojeném království, Centrem pro klinické poradenství v Dánsku a Zdravotním ředitelstvím v Norsku pro Sledování násilného a agresivního chování. (HVIDHJELM et al., 2014)

Škála zahrnuje šest položek (zmatenost, podrážděnost, bouřlivost, fyzické a verbální ohrožení, fyzický útok proti předmětům). Hodnocení pacienta probíhá v dohodnutý čas na každé směně (nejčastěji třikrát denně). Každou položku lze ohodnotit body 0-1. Absenci násilného chování přísluší skóre 0, přítomnost násilného chování znamená skóre 1 a maximální skóre, které lze získat je 6. Pokud je chování u pacienta normální, např. pokud je dobře známé, že je obvykle zmatený, přísluší mu skóre 0. Pokud však dojde u pacienta ke změně chování nebo zhoršení jeho stávajících projevů, přísluší mu na bodové škále obvykle skóre 1.

Interpretace skórování:

- Skóre 0 = nízké riziko násilí.
- Skóre 1–2 = střední riziko násilí, při kterém by měla být přijata preventivní opatření.
- Skóre nad 2 = velmi vysoké riziko násilí, kdy by měla být přijata preventivní opatření, včetně vypracování plánu pro zvládnutí potenciálního násilí.

Operacionalizace chování/položek:

- Zmatený/á – pacient se projevuje jako zjevně zmatený a dezorientovaný, jak časem, místem, osobou.
- Podrážděný/á nebo nespolupracující – pacient se snadno rozčílí, není schopen tolerovat přítomnost ostatních.
- Bouřlivá/ý – pacient se chová hlasitě nebo hlučně (např. bouchá dveřmi, vykřikuje, když mluví, atd.).
- Fyzicky ohrožující – chování pacienta má jasný záměr, chce fyzicky ohrozit jinou osobu (např. zaujme agresivní postoj; prudce uchopí/drží oblečení jiného člověka; zvedá paže, nohy, pěsti nebo se snaží udeřit hlavou druhé).
- Verbálně ohrožující – verbální výbuch, který překračuje pouhé zvýšení hlasu s jasným záměrem zastrašit nebo ohrozit osobu jinou (např. verbální útoky, obtěžování, osočování, verbálně neutrální komentáře pronášené agresivním způsobem).
- Útočící na objekty – útok pacienta zaměřený na předmět, nikoli na osobu, (např. nahodilé házení předměty, bouchání okny nebo jejich rozbíjení, kopání, bouchání do předmětů, rozbíjení nábytku, atd.).

METODIKA

Průzkumný vzorek byl tvořen 53 respondenty, u kterých byla stanovena specifická podmínka výběru, a to zaměstnanecký poměr na oddělení ARO českých nemocnic. Mezi dotazovanými byl pouze nelékařský zdravotnický personál výše zmíněných oddělení. Míru návratnosti bylo možné ověřit pouze z dotazníků zasílaných cíleně emailem ($n=31$; návratnost 67 %). U dotazníků distribuovaných přes sociální síť Facebook ($n=22$) návratnost ověřit možné nebylo.

Po zvážení všech pro a proti byla pro výzkumné šetření zvolena forma online dotazování. Byl zvolen nenáhodný typ výběru jednotky technikou ankety. Na základě této techniky se sami respondenti rozhodují, zda splňují požadovaná kritéria a vyplní dotazník. Distribuce online dotazníku proběhla dvěma způsoby: elektronicky na konkrétní emailové adresy a na sociální síti Facebook. Po stanovení průzkumných cílů a vypracování otázek v dotazníku, který byl sestaven konkrétně pro účely tohoto průzkumu, bylo přistoupeno k pilotáži. Ta proběhla na přelomu roku 2023 a 2024 s profesně heterogenní skupinou 20 respondentů ve dvou fázích. Po první fázi byl dotazník dle připomínek upraven, druhá fáze sloužila k ověření funkčnosti a srozumitelnosti dotazníku. Online dotazník měl standardní formu Google Forms. Doba potřebná pro vyplnění dotazníku byla stanovena na maximálně 15-20 minut. Jednorázový sběr dat byl započat na konci ledna 2024 a probíhal zhruba jeden měsíc. Na konci února 2024 byl sběr dat ukončen a data postupně zpracována.

Dotazník obsahoval 16 otázek a odpovědi byly zaznamenávány anonymně, o čemž byli respondenti před zahájením vyplňování dotazníku informováni. Otázky byly formulovány převážně uzavřenou formou (6 otázek) s předem stanoveným výběrem odpovědí. Další část tvořily polouzavřené otázky (8 otázek), které respondentům umožnily označit odpověď a dále ji specifikovat. Třetím typem byla otázka otevřená, kterou byla respondentům poskytnuta možnost vyjádření vlastních komentářů k dané problematice (kromě úvodního dotazu identifikujícího nemocnici, kde má respondent zaměstnanecký poměr).

VÝSLEDKY

První sdělení, které bychom rádi shrnuli, je fakt, že míra dosaženého vzdělání respondentů, včetně specializace, nekoreluje se znalostí BVC a ani s možností jeho implementace.

Dotazovaní jedinci by si rádi rozšířili povědomí o násilném chování a agresi a o používaném checklist. Respondenti potvrdili, že se několikrát v průběhu své praxe setkali s jedincem „násilníkem“.

V této práci jsme se snažili navázat na již publikované výsledky průzkumů aplikovaných u odborné veřejnosti z prostředí intenzivní péče. Dále prezentujeme získané znalosti o hodnotících škálách, resp. Brøset violence checklist, který se používá pro vyhodnocení agresivního chování pacientů. Na základě získaných odpovědí z dotazníkového šetření se naskýtá možnost implementace škál v upravené podobě do praxe (zejména přizpůsobením se intenzivnímu prostředí). Použitím Brøset violence checklistu dostaneme konkrétní skóre, které vypovídá o „riziku“, že u pacienta existuje možný předpoklad agresivního chování. BVC je škála užívaná v praxi v severských zemích, a to plošně a dlouhodobě.

K oblasti, ve které jsme zjišťovali znalost hodnotících škál pro násilné chování pacienta, se vztahují položky 4 až 6. Naše šetření dokázalo, že 64 % dotazovaných škálu BVC pro hodnocení predikce násilí nezná. A pokud jsou zdravotničtí pracovníci tohoto nástroje znali, tak je tomu především z jejich vlastní iniciativy, což odpovědělo 13 % dotazovaných. Zjistili jsme, že 42 % respondentů uvedlo, že v rámci jejich zdravotního zařízení vzdělávací seminář v problematice agrese a násilí probíhá. To koreluje s odpověďmi z položky 5, kdy celkem 36 % dotazovaných odpovědělo, že hodnotící nástroj BVC zná ze své vlastní iniciativy, odborného vzdělání nebo o něm slyšeli, jen se v něm úplně neorientují. Zároveň spolu úzce souvisejí položky o povědomí nějakého hodnotícího nástroje k předpokladu agresivního chování a položka 6, kdy jsme se dotazovali na implementaci škály BVC na oddělení. Téměř čtvrtina dotazovaných odpověděla, že je nástroj BVC používán v praxi na jejich pracovišti. Pořád je to uspokojující odpověď a považujeme ji za validní, neboť je shodná s výsledky o znalosti hodnotícího nástroje a o edukaci na pracovišti v této oblasti. Dalším pozitivem je souhrn dat, kdy dotazovaní uvedli, že o nástroji vědí, ale není jim zcela jasný (17 % respondentů). Mohlo by jít o skupinu odborníků, která by stála o bližší informace a tím pádem ji můžeme považovat za cílovou skupinu a stavět na ní závěr pro praxi.

Další oblastí bylo hodnocení, podle čeho jednotlivci predikují násilné chování. To posuzovaly položky 8-10. Nejprve jsme se ptali v otázce číslo 9, která měla možnost více odpovědí, u jakých pacientů zdravotník očekává agresivní chování. Ve 43,1% (50 respondentů) se objevila odpověď, že abúzus návykových látek poukazuje na tuto zvýšenou možnost předpokládat nějaký způsob agrese, ať už slovní, či fyzické.

Druhou, nejvíce početnou odpověď (32,8%, tedy 38 odpovědí) na tuto otázku tvořila volba psychiatrické diagnózy. Vzhledem k širokému praktickému využití BVS je toto jen utvrzením, že je potřeba nějaký hodnotící systém u pacientů s psychiatrickým onemocněním využívat a být schopen si na jeho základě zhodnotit předpokládané chování pacienta. Také dlouholeté používání této měřicí škály v severských zemích nám potvrdilo, že je velice pomocným prostředkem pro ošetřující personál pacientů s psychiatrickou poruchou.

Předpovídané násilné chování jsme také shrnuli z položky dotazníku, kde jsme se ptali na projevy, kterých si nejvíce zdravotníci všímají. Toto zjišťovala otázka 9 s více možnostmi odpovědí. Čtvrtinově (25,1 %, 48 odpovědí) odpověděli dotazovaní odpovědi neklid, následně zaujímaly 2 položky 2. místo (21,5 %, 41 odpovědí), kdy se poměrově stejně shodly 2 stejné pětiny dotazovaných na odpovědi zmatenost a nonverbální a verbální hluchost. Fyzická agresivita potom zaujímala místo 3. 32 (16,8 %) dotazovaných uvedlo právě brachiální či jiné fyzické chování za predikci agrese, což není malé číslo.

Spouštěče agresivního chování jsme posuzovali v otázce číslo 10, která byla také otevřená více možnostem v odpovědích. 52 participantů, tedy téměř všichni, uvedli, že považují za zásadní spouštěč abstinenci příznaky. Tento syndrom z odnětí opiátů je velice diskutované téma. Je známo, že tzv. sedačnickými prázdninami předcházíme nejen delirantním stavům, a přesto je to často podceňované, a ne na všech pracovištích nastavené. Dalšími důležitými položkami ve významných odpovědích byly nevyhovující denní a noční režim, nespokojení biologických potřeb, bolest a jazyková bariéra. Trauma mozku, neurodeficit, halucinace a nepřetržitý chod oddělení uvedli jen jednotlivci. Vysoký poměr respondentů, téměř polovina (23) odpověděla, že považují za predikující stav násilného chování nespokojené biologické potřeby pacienta nebo bolest. Další velkou oblastí, která nás zajímala, bylo zjištění, zda jsou odborníci na jejich pracovištích proškolení, jak predikovat násilí, jak se v situaci s agresorem chovat a co brání v edukaci odborníků v jejich zdravotnickém zařízení. Toto zjišťovaly položky 11–14.

Na otázku, zda dostává ošetřující personál na pracovišti školení, jak efektivně reagovat na násilné chování pacientů víc než polovina dotazovaných (30 z 53), že ne. Zbylých 23, kteří odpověděli ano, uvedli v otázce číslo 12, že tato školení probíhají pro více než polovinu z nich (13) 1x za rok. Dvakrát za rok uvedlo sotva 5% respondentů a skoro polovina uvedla položku jiné, kdy můžeme předpokládat, že je to spíše méně, než častěji. Vzhledem k zjištěním z položky 4, kdy víme, že 34 z 53 dotazovaných uvedli, že neznají hodnotící škálu agresivního chování, soudíme, že tato školení jsou spíše nárazově, nekoordinovaně v čase.

Ve 13 položce nás zajímalo, na co jsou školení v této problematice zaměřena, pokud probíhají. 12 participantů uvedlo, že právě na prevenci a predikci násilného chování. Což je pro nás pěkné zjištění. Vnímáme tento postup jako obrozenecký a zdravotnická zařízení, která aplikují jakoukoli formu prevence a časného odhalení projevu agrese, jako pokroková. Potvrzuje to jejich zasvěcenost do aktuální problematiky a schopnost se přizpůsobovat nejnovějším poznatkům podloženým na důkazech. Sebeobrana, sebeochrana a specifické techniky deeskalace jsou způsoby, jak již vzniklému násilí zabránit. Dle 6 participantů, kteří odpověděli za každou z těchto položek, jsou i tyto techniky součástí vzdělávacího programu v jejich zdravotnických zařízeních. To je pro nás velice příjemné zjištění, protože tyto postupy jsou již vysoce specializované a vyžadující jejich znalost. Dá se tedy předpokládat, že zdravotnická zařízení, která tento způsob vzdělávání v konkrétní oblasti poskytují, jsou problematice znalá a snaží se předcházet těmto situacím velice odborně. V poslední otázce, která umožňovala více odpovědí, nás zajímalo, co by mohlo implementaci školicích programů na jednotlivých pracovištích bránit. Krom toho, že 22 dotazovaných odpovědělo, že je nenapadá žádná překážka, skoro stejný počet respondentů (19) uvedlo nedostatečnou motivaci. Můžeme to pochopit tedy jako nedostatečný zájem o školení nelékařskými zdravotníky školení absolvovat. Což považujeme za úzce související s možností, která uváděla časovou náročnost v této položce, a zvolilo ji 13 účastníků průzkumu. Zdravotničtí pracovníci jsou povinni se sebevzdělávat, ale v mnoha rovinách je toto podceňovaná oblast a velice málo podporovaná a motivovaná zaměstnavatelem. Zdravotníci jsou často nuceni absolvovat školicí a vzdělávací akce v rámci svého volného času bez honoráře.

Jednou položkou v dotazníku jsme vedli průzkum o tom, zda by nelékařští odborníci v oblasti intenzivní péče považovali za užitečné používání BVC pro svou práci na oddělení. Více než polovina z nich (25) uvedla, že v určitých případech ano. Dalších 10 dotazovaných odpovědělo, že rozhodně ano. Celkem tedy 35 respondentů souhlasí s tím, že hodnotící škála predikce násilí je žádoucí i v oblasti intenzivní péče. Na druhou stranu, nezanedbatelný počet 14 oslovených uvedl, že spíše ne, naprosto ne, protože je pro oddělení v IP nevhodný, a také naprosto ne, protože už tak se cítí zasytí administrativou. Toto je další oblast k zamyšlení. Vnímáme tu možnost, kdy by i tito respondenti, kteří odpověděli negativní odpovědí, nástroj přijali v momentě, kdy by samozřejmě sloužil jako velice validní a efektivní způsob měření předpokladu agresivního chování jednotlivce.

DISKUZE

Jednou z nejvlivnějších studií, která rozplétá některé složité vztahy mezi problémy duševního zdraví a dalšími rizikovými faktory násilí, zejména zneužíváním návykových látek, byla MacArthurova studie o hodnocení rizik násilí. Ta uvedla, že zneužívání návykových látek zvýšilo míru násilí u lidí s duševními problémy i u zdravých jedinců, ale neúměrně ve skupině pacientů. Studie Epidemiological Catchment Area zahrnovala komunitní vzorek více než 17 000 účastníků v 5 velkých amerických městech, i když k údajům o násilí přispělo pouze asi 7000 subjektů. Jednotlivci byli požádáni, aby nahlásili jakékoli násilné činy, které spáchali v předchozím roce a během svého života. Studie zjistila, že celoživotní prevalence násilí v nepsychiatrické populaci je 7,3 %. U osob se schizofrenií nebo závažnými afektivními poruchami se tato míra více než zdvojnásobila na 16,1 %, ale u osob s poruchami způsobenými užíváním návykových látek dále vzrostla na 35 % a u osob s poruchou užívání návykových látek a komorbidními problémy s duševním zdravím měla celoživotní prevalenci násilí 43,6 % (Weltens et al., 2021).

Na druhou stranu, navzdory tomu, že veřejnost vnímá, že problémy s duševním zdravím (zejména závažná duševní onemocnění, jako je bipolární porucha a schizofrenie) a násilí jsou spojeny, výzkumné důkazy na podporu takového vztahu jsou smíšené a většina lidí s duševním problémem nejenže nikdy nepáchá násilí, ale je u nich také pravděpodobnější, že se stanou oběťmi než pachateli trestného činu, uvedli (Pettit et al., 2013) ve své publikaci. Velký podíl participantů (21,6 %, 25 dotazovaných), tedy pětina, odpověděla, že považují za predikující stav násilí delirium vzniklé v průběhu hospitalizace. Toto je k zamyšlení. Existuje spousta možností jak delirantním stavům předejít. Snaha o dodržení denního a nočního režimu, správný management bolesti, orientace pacienta v místě a čase, plnění základních biologických potřeb, předcházení abstinenčním příznakům z odnětí opiátů sedačnými prázdinami jsou nejzákladnější postupy z mnoha dalších. Nicméně, jsou situace, kdy toto není možné dodržet, ani nastavit. Překážkou jsou jistě prostředí, ve kterých je pacient hospitalizován. Oddělení s nepřetržitým provozem a ještě otevřeným uspořádáním bez boxového systému narázově pacienty vystavují nadměrnému hluku a umělému osvětlení.

Jinak by znalost měla být vyšší. Přitom nedostatečné informování o násilí a agresi a různé účinky, které může mít na ty, kteří jsou vystaveni násilí a agresi, omezují naše chápání důsledků pro jednotlivce, shodují se. (McLEAN et al., 1999).

V průzkumu autorů Ilarda et al. (2024) je uvedeno, že zatímco rutinní používání BVC v akutní medicíně prokazatelně podporuje včasnou intervenci, avšak pouze jeden z faktorů BVC, a to podrážděnost, byl považován za vysoce prediktivní pro násilí v prostředí pohotovosti a urgentních příjmů. Jejich studie též potvrzuje potřebu zvážit specifitější nástroj pro screening rizika násilí v prostředí urgentní medicíny.

ZÁVĚR

Studie nashromáždila potřebné údaje ke všem stanoveným cílům a předkládané výsledky ukazují na jejich splnění. V závěru můžeme konstatovat, že informace o BVC jsou dostupné převážně v odborné literatuře zahraniční. Je škoda, že u nás existuje velmi málo zkušených odborníků, kteří by se BVC škálou zabývali. V oblasti této problematiky se nabízí mnoho prostoru pro získání dalších informací. Práce by mohla být zdrojem inspirace/námětem pro další odborné práce.

ZDROJE

Almvik, R. (2024). Risk assessment. Online: <https://www.risk-assessment.no/>

Hvidhjelm, J., Sestoft, D., Skovgaard, L. T., & Bue Bjorner, J. (2014). Sensitivity and specificity of the Brøset Violence Checklist as predictor of violence in forensic psychiatry. *Nordic journal of psychiatry*, 68(8), 536–542. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.880942>

Weltens, I., Bak, M., Verhagen, S., Vandenberk, E., Domen, P., van Amelsvoort, T., & Drukker, M. (2021). Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. *PloS one*, 16(10), e0258346. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258346>

Woods, P., Reed, V., & Robinson, D. (1999). The Behavioural Status Index: therapeutic assessment of risk, insight, communication and social skills. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 6(2), 79–90. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.1999.620079.x>

McLean, C., McLean, C., Cherny, R.A., Cherny, R.A., Fraser, F.W., Fraser, F.W., Fuller, S.J., Fuller, S.J., Smith, M., Vbeyreuther, K., Bush, A.I., Bush, A.I., Bush, A.I., Masters, C.L., & Masters, C. (1999). Soluble pool of A β amyloid as a determinant of severity of neurodegeneration in Alzheimer's disease. *Annals of Neurology*, 46.

Ilarda, E., Senz, A., Tynan, A., & McIlveen, P. (2024). Risk factors for violence in an emergency department: Nurses' perspectives. *Emergency medicine Australasia : EMA*, 10.1111/1742-6723.14388. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.14388>

Pettit, T.J., Croxton, K.L., & Fiksel, J. (2013). Ensuring Supply Chain Resilience: Development and Implementation of an Assessment Tool. *Journal of Business Logistics*, 34, 46-76.

KONTAKT

Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5

e-mail: pekara@vszdrav.cz

STATISTIKA V BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

JEXOVÁ, S.

Abstrakt

V článku je popsáno, jak zpracovávat statistické šetření v bakalářské práci vzhledem k požadavkům VŠZ. Základem je dobře vytvořený dotazník, v případě online formy dobře zvolená platforma a práce s Excelem. Dále je potřeba dobře uplatnit použití některé testovací metody např. chí kvadrát testu a provést rozbor výsledků, nestačí konstatování četností a konstatování existence závislosti nebo nezávislosti.

Klíčová slova

Absolutní četnost, dotazník, hypotéza, průzkumné otázky, relativní četnost, statistika

ÚVOD

Každá škola má jiné požadavky na bakalářskou práci. Je třeba těmto požadavkům věnovat pozornost a řídit se jimi. Práce jsou různého typu. Pokud je práce zaměřena na průzkum, má VŠZ pravidla, jak má průzkumné šetření vypadat. V tomto článku jsou základní informace, co by měla praktická část bakalářské práce s dotazníkovým šetřením z hlediska statistického zpracování obsahovat.

1 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Je třeba si zvolit průzkumné cíle a průzkumné otázky. Jsou podkladem pro dotazník. U našich bakalářských prací zabývajících se průzkumem se doporučují průzkumné otázky. Nedoporučuje se místo průzkumných otázek volit hypotézy. Tvorba hypotéz má svá pravidla, musí se správně formulovat a testovat (matematickou metodou). Cílem bakalářské práce je, aby student ukázal, že umí použít zdroje a smysluplně popsat a shrnout vybranou problematiku, stanovit průzkumné cíle a otázky, vytvořit a zpracovat dotazníkové šetření a udělat závěry. Hypotézy jsou vhodné pro magisterské, dizertační práce a jsou matematicky náročné. Bakalářská práce by měla být práce studenta a rozhodně by student neměl shánět statistika, aby

mu vyhodnotil statistické šetření. Metody by měl volit student vzhledem ke svým schopnostem a k požadavkům na práci.

2 DOTAZNÍK

Používají se standardizované dotazníky nebo student vytvoří vlastní dotazník. Tvorbě vlastního dotazníku je potřeba věnovat značnou pozornost. Dotazník vytváříme na základě průzkumných cílů a otázek. Špatně vytvořený dotazník je cesta k tomu, jak práci neobhájit. Častou chybou je, že na otázku není jednoznačná odpověď. Např. kolik je Vám let, odpovědi a) 18–25, b) 25–30. Kdo má 25 let, neví, kam se zařadit. Musí se zvolit např. formulace „méně než 25 let“ a „25 let a více“. Je třeba si rozmyslet i otevřené odpovědi. Volba otázek s otevřenými odpověďmi určitě není špatně, ale obtížněji se zpracovávají. Otázky musí být položeny smysluplně. Je nesmysl klást otázky, na které je odpověď zřejmá a lze u nich očekávat, že všichni respondenti odpoví stejně. Např. dávat dotazníky sestrám, které pracují na intenzivní péči a ptát se jich na věci, které jsou k jejich práci nezbytné a setkávají se s nimi denně.

Dotazník může být papírovou formou nebo online. Papírová forma je někdy nutná (např. respondenti nejsou schopni vyplnit dotazník online). Pak je nutné výsledky dotazníků přepsat do Excelu. Pokud student volí online dotazníky, přepisování se vyhne. Je potřeba zvolit vhodnou platformu. Na internetu je řada možností, jak vytvořit dotazník a dále jej předat. Při volbě platformy na tvorbu dotazníků je potřeba se zaměřit na to, aby výstupem byla data v Excelu (viz. obr. 1). Některé platformy mají tuto službu pouze za poplatek. Lze doporučit např. google formuláře.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	D respondenti	Věk	Pohlaví	Váha	Výška	Vzdělání	Kouření	Alkohol	
2	1	36-55	žena	75	176	SŠ	ne	ne	
3	2	26-35	žena	76	178	SŠ	pravidelně	ne	
4	3	15-25	muž	90	183	SŠ	ne	příležitostně	
5	4	36-55	žena	80	178	SŠ	ne	ne	
6	5	15-25	žena	70	178	VŠ	ne	ne	
7	6	15-25	muž	90	191	SŠ	ne	ne	
8	7	26-35	žena	69	173	VŠ	ne	ne	
9	8	56-65	žena	139	178	SŠ	ne	ne	
10	9	36-55	žena	72	180	SŠ	ne	ne	
11	10	26-35	žena	65	173	VŠ	ne	ne	
12	11	56-65	muž	93	185	SŠ	ne	pravidelně	
13	12	36-55	žena	70	175	ZŠ	pravidelně	pravidelně	
14	13	56-65	žena	64	164	SŠ	pravidelně	ne	
15	14	56-65	muž	70	171	ZŠ	ne	pravidelně	
16	15	56-65	muž	67	162	SŠ	pravidelně	pravidelně	
17	16	36-55	muž	89	178	SŠ	příležitostně	pravidelně	
18	17	36-55	žena	63	165	SŠ	pravidelně	ne	
19	18	56-65	muž	99	187	VŠ	ne	pravidelně	
20	19	56-65	žena	85	155	SŠ	pravidelně	příležitostně	
21	20	15-25	žena	53	170	SŠ	ne	ne	
22	21	15-25	muž	82	190	SŠ	ne	ne	
23	22	56-65	žena	69	152	SŠ	pravidelně	ne	
24	23	36-55	muž	66	175	SŠ	pravidelně	příležitostně	
25	24	56-65	muž	110	177	ZŠ	příležitostně	příležitostně	

Obr. 1 Surová data v Excelu, v řádcích jsou odpovědi jednotlivých dotazníků, v sloupcích odpovědi na jednotlivé otázky.

3 ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Data v Excelu zpracováváme do tabulek, grafů. Většinou studenti dávají do bakalářských prací tabulky, grafy a ještě text, kde jsou vypsané získané hodnoty. Není potřeba mít v práci současně tabulky, grafy a ještě text. Musí být zřejmé, jak dopadlo dotazníkové šetření a jaké byly výsledky. Pro znázornění stačí pouze graf nebo pouze tabulka. Je řada grafů, většinou se volí sloupcové nebo výsečové grafy. Někdy je velmi vhodné použití 100% skládaných sloupcových grafů nebo např. krabicových grafů. Pokud dáváme do grafu např. věkové rozložení respondentů, je úplně jedno, zda zvolíme výsečový nebo sloupcový graf. Je to pouze na nás a není žádný předpis, podle kterého se musí postupovat. Není ani vhodné zkopírovat grafy z dotazníkové platformy. Student by měl v bakalářské práci ukázat, že umí pracovat s Excelem a umí samostatně zpracovat výsledky. Často grafy nesplňují požadavky, nemají vhodný popis a velmi často mezi číslem a procentem není mezerka. Mezeru mezi číslem a procentem nemá ani Excel, ale tam si poradíme tak, že ji nastavíme ve formátu čísla. V grafech z dotazníkové platformy změny nejdou provést.

V tabulkách se běžně uvádí absolutní četnost a relativní četnost. Není vhodné v práci vysvětlovat tyto pojmy. Jsou to běžně používané pojmy, které by měl každý znát. Výpočet

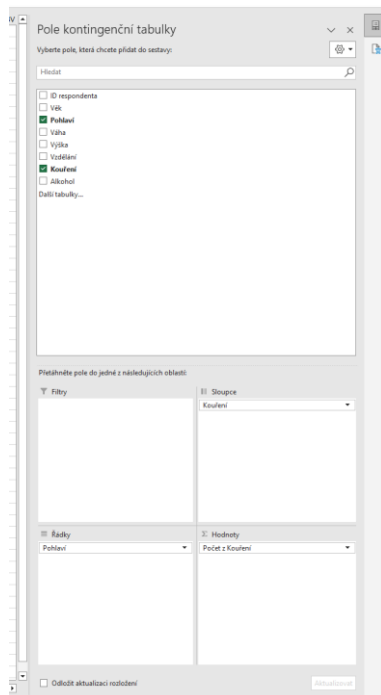
relativní četnosti je vhodné provést v Excelu, zadat výpočet do buňky. Počet desetinných míst by měl být maximálně na 2 desetinná místa. Je možné zaokrouhlovat na celá čísla.

Pokud je otázka, kde je více možných odpovědí, je možné vyhodnotit ji tak, že všechny odpovědi jsou pro nás 100 %, ale je potřeba to vysvětlit a správně popsat. V popisu musí být celek všechny odpovědi, ne počet respondentů.

Výpočty a grafy je vhodné provádět v Excelu a použít při tom kontingenční tabulky. V polích kontingenční tabulky nastavit sloupce, řádky a hodnoty. Využít při tom možnosti v poli hodnoty nastavit kritéria pro shrnutí hodnot pole.

Počet z Kouření	Popisky sloupců	pravidelně	příležitostně	Celkový součet
Popisky řádků	muž	13	10	30
žena	32	20	5	57
Celkový součet	45	30	12	87

Obr. 2 Kontingenční tabulka



Obr. 3 Pole kontingenční tabulky

V práci by nemělo být uvedeno pouze konstatování četností, ale je vhodné udělat i rozbor výsledků a vyjádřit se k nim, pokud je to vhodné.

4 TEST NEZÁVISLOSTI CHÍ KVADRÁT

V našich bakalářských pracech by měla být kromě uvedení absolutních, případně relativních četností nějaká jiná než „středoškolská“ statistika. Doporučuje se provést test nezávislosti chí kvadrát. Pomocí testu nezávislosti chí kvadrát zjišťujeme vztah mezi dvěma otázkami. Např. otázka pohlaví a otázka souhlas s eutanázií. Testem bychom zjišťovali, zda je nezávislost mezi pohlavím a názorem na eutanázii. Jedná se o jednoduchý test, který lze snadno zvládnout, pokud dodržíme daný postup. Je možné ho provést různými způsoby. Jeden z možných postupů je:

1. Sestavit se tabulku skutečných (naměřených) četností
2. Vypočítat se očekávané četnosti
3. Zkontrolovat podmínky pro použití testu
4. Vypočítat se testové kritérium
5. Porovnat testové kritérium s kritickou hodnotou
6. Vyslovit se rozhodnutí

Jiný postup je:

1. Sestavit se tabulku skutečných (naměřených) četností
2. Vypočítat se očekávané četnosti
3. Zkontrolovat podmínky pro použití testu
4. Vypočítat se p -hodnotu
6. Vyslovit se rozhodnutí

Test nezávislosti lze provést pouze za určitých podmínek, musíme mít dostatečný počet respondentů (více než 40) a vhodné rozložení četností. Pokud jsou některé četnosti velmi malé, může se stát, že podmínky testu nebudou splněny a test nelze provést. V některých případech lze sloučit jednotlivé buňky, např. věk. Pokud to nelze, pak se doporučuje Fisherův test, který je založen na jiném principu. Výpočet p -hodnoty u Fisherova testu je poměrně pracný, ale existují aplikace na internetu, které lze při výpočtu použít. U obou testů se stanovují hypotézy a ty jsou testovány. Nulová hypotéza je vždy o nezávislosti, alternativní o závislosti. Testuje se vždy nulová hypotéza o nezávislosti.

Není předepsáno, že musí být použit test nezávislosti chí kvadrát nebo Fisherův test, ve statistice existuje řada testů, testuje se rozdělení, střední hodnoty, rozptyly atd., ale pak je potřeba mít větší matematické znalosti a vybrat vhodný test a dobře jej použít. Test nezávislosti chí kvadrát případně Fisherův test jsou jednoduchou cestou, jak splnit podmínky pro statistiku dané školou.

Student často postupuje tak, že udělá test nezávislosti chí kvadrát, vysloví závěr a to: na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu o nezávislosti nezamítáme nebo na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu, která nám říká, že zde určitá závislost existuje. Je vhodné zjištěný závěr rozebrat dále a použít výsledek i v diskuzi nebo rozboru výsledků. Zejména pokud jde o výsledek, že určitá závislost existuje. Je vhodné popsat závislost, případně uvést graf a k závislosti se vyjádřit.

ZÁVĚR

Jedna z možností při volbě témat pro bakalářskou práci je průzkum. Není třeba dělat z bakalářské práce vědeckou výzkumnou práci, ale práce by měla splňovat základní požadavky. Je nutné dobře zvolit průzkumné cíle a průzkumné otázky. Na jejich základě použít vhodný dotazník, ať už standardizovaný nebo vlastní konstrukce. Výsledky zpracovat v Excelu a řádně rozebrat. Kromě absolutních četností, případně relativních četností uplatnit použití některé testovací metody např. chí kvadrát, Fisherův test.

ZDROJE

NĚMCOVÁ, J. a kol, 2023. *Metodologie tvorby bakalářské práce*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Dostupné z: https://is.vszdrav.cz/auth/do/vsz/podklady/stud_mat/bc_prace/2024_Metodologie_tvorby_BP.pdf

KONTAKT

Ing. Soňa, Jexová, PhD.

VŠZ, o. p. s., Duškova 7, 150 00, Praha 5

e-mail: jexova@vszdrav.cz

**UPOZORNĚNÍ: AUTOŘI JSOU ZODPOVĚDNÍ ZA JAZYKOVOU I OBSAHOVOU
STRÁNKU PŘÍSPĚVKŮ**

Reprodukce povolena pod podmínkou uvedení zdroje

Recenzenti

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Ing. Soňa Jexová, PhD., Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Editor

Mgr. Iveta Turečková, Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Vydavatel:

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7, 150 00

IČ: 27235530

Praha, 2024

1. vydání

53 s.

ISBN 978-80-88249-28-3

