



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Diplomová práce

Dobrá praxe vybraných ošetrovatelských postupů

Vypracoval: Bc. Petra Mlezivová
Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Základní teoretická východiska

Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína, jejímž hlavním cílem je udržovat a podporovat zdraví populace. Ošetrovatelská péče o nemocné je prováděna kvalifikovanou sestrou pomocí ošetrovatelských postupů. Konkrétní postupy základních činností ošetrovatelské péče jsou vždy modifikovány aktuálním zdravotním stavem pacienta a jeho aktuálními potřebami. Stejně jako jiné obory, musí i ošetrovatelství reagovat na změny moderní doby. Ošetrovatelská praxe a teorie vedou k další kvalitativní změně, a to zavedením a realizací praxe založené na důkazech. Praxe založená na důkazech v ošetrovatelství je procesem, ve kterém je spojena nejlepší praxe s odborností sestry a pacientovými preferencemi, předurčujícím optimální péči.

Cíle práce

Pro zpracování diplomové práce byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, na základě čeho, všeobecné sestry vykonávají vybrané ošetrovatelské postupy. Druhým cílem bylo zjistit, zda je dobrá praxe využívána u vybraných ošetrovatelských postupů. Poslední cíl zjišťoval, jaké podvědomí mají všeobecné sestry o pojmu evidence based practice – dobré praxi.

Použité metody

Výzkumné šetření diplomové práce probíhalo metodou kvalitativního i kvantitativního výzkumného šetření. Kvantitativní výzkumné šetření spočívalo v metodě dotazování formou dotazníků, které byly určeny všeobecným sestřím pracujícím na lůžkových odděleních. Vyhodnocení výsledků šetření, proběhlo pomocí grafů a tabulek a bylo zde využito statistického zpracování dat pomocí Pearsonova chí kvadrát testu. Pro kvalitativní výzkumné šetření posloužila metoda přímého zúčastněného pozorování, kde bylo zvoleno šest kategorií. Údaje byly zaneseny do záznamového archu, podle kterého došlo k vlastní analýze pozorovaných údajů. Pozorování bylo zaměřeno na komplexní hygienickou péči, rozdělenou do kategorií

hygieny dutiny ústní, péče o nemocniční oděv, celkové koupele u nesoběstačného pacienta, péče o nehty, mytí vlasů a péče o kůži.

Výsledky

Výsledky práce napomohly objasnit souvislosti mezi vykonáváním postupu hygienické péče a evidence based practice – dobrou praxí. Výsledky mohou být použity jako příspěvek na odborném semináři či konferenci, zabývající se touto problematikou, nebo jako podkladový materiál pro výuku ošetrovatelských postupů. Na základě statisticky zpracovaných dat byly hypotézy vyhodnoceny. H1: Všeobecné sestry vykonávají vybrané ošetrovatelské postupy více podle svých znalostí získaných při studiu, nežli podle lokálních profesních standardů péče. H1 byla potvrzena. H2: Všeobecné sestry nejčastěji vykonávají vybrané ošetrovatelské postupy podle zvyklostí oddělení, kde pracují, než na základě EBN. H2 byla potvrzena. H3: Všeobecné sestry s bakalářským a magisterským vzděláním mají větší podvědomí o pojmu EBP, nežli sestry se středoškolským a vyšším odborným vzděláním. H3 byla potvrzena. Výzkumná otázka zněla takto: VO1: Jakou roli hraje EBN ve vybraných ošetrovatelských postupech v praxi sester? Na základě pozorování vyšlo najevo, že EBN nehraje příliš velkou roli v provádění ošetrovatelského postupu hygienické péče.

Závěr

Práce by mohla poukázat na nalezená slabá místa v problematice poskytování hygienické péče a evidence based nursing. Mohla by ale také být inspirací pro všechny, kteří svoji profesi vykonávají s radostí a úctou a přejí si pro „své“ pacienty jen to nejlepší. A v neposlední řadě pro ty, co chtějí pacientům přinášet kvalitní a bezpečnou péči a ze zaměstnání odcházet s uspokojením z vlastní práce.

Klíčová slova: pacient – sestra – hygienická péče – evidence based practice – kvalita ošetrovatelské péče

Abstract

Introduction

Nursing is an independent scientific discipline with one main aim: maintain and support health of population. Nursing care is performed by skilled nurse using nursing techniques. Particular nursing techniques are always modified by current state of health and needs of patient. Together with other disciplines, also nursing must reflect changes of the modern age. Nursing practice and theory lead to qualitative changes by implementing of evidence-based practice. Evidence-based practice in nursing is process connecting best nursing experience and expertise of nurses, which together determine the optimal care.

Goals of the thesis

To complete this thesis, three goals were determined. First goal was to find out, what was the source of particular nursing techniques performed by nurses. Second goal was to find out, if „good practise“ was used when performing particular nursing techniques. Last goal was to find out, what was the general knowledge of the „evidence based practise“ phrase among nurses.

Materials and methods

Research investigation of the thesis was performed using the methods of qualitative and quantitative research. Quantitative research was performed using the questionnaires distributed among general nurses working at inpatient wards. Results of research were evaluated using graphs and tables. Pearson's chi square test was used for statistical processing. Qualitative research was executed using the direct observation method. Six different categories were set. Data were collected to record form, which was later on used for analysis of observed figures. Observation was focused on comprehensive hygienic care, divided into following categories: oral hygiene, care of hospital clothing, bathing of not self-sufficient patient, care of nails, skin and washing the hair.

Results

Results of the thesis allowed to clarify links between performing the hygiene care and evidence-based practise / good practise. These results can also be used as a contribution on conferences regarding this topic and as a material in teaching the nursing. Using the statistically preprocessed data, hypotheses were evaluated. H1: General nurses perform particular nursing techniques more based on habitual practise of their department than on local professional health care standards. H1 was confirmed. H2: General nurses perform particular nursing techniques more based on habitual practise of their department than on EBN. H2 was confirmed. H3: General nurses with the bachelors or masters degree have better awareness of EBN than nurses without university degree. H3 was confirmed. Research question was asked - What is the role of EBN in particular nursing techniques? Observation study revealed that EBN is not of high importance in performing nursing hygiene care.

Conclusion

Thesis could highlight weaknesses in providing hygienic care and evidenced based nursing. It could also inspire all who perform their job with joy and respect and wish all the best for their patients. Last but not least, thesis could inspire all who want to provide first-rate and safe care and leave the work with self-satisfaction.

Key words: patient – nurse – hygienic care – evidence based practice – quality of nursing care

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16. 5. 2016

.....

Petra Mlezivová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí práce, paní PhDr. Marii Trešlové, Ph.D., za její trpělivost, vstřícnost, odborné a cenné rady, kterými vedla a provázela mou diplomovou práci. Děkuji též všem, kteří se účastnili a poskytli informace pro empirickou část práce.

Obsah

Seznam použitých zkratk	10
Úvod	11
1 Současný stav	13
<i>1.1 Historie hygieny</i>	<i>14</i>
<i>1.2 Ošetrovatelství a hygienická péče v historických dobách</i>	<i>17</i>
<i>1.3 Hygienická péče v současnosti</i>	<i>26</i>
1.3.1 Péče o dutinu ústní	27
1.3.2 Péče o oděv	28
1.3.3 Celková koupel	28
1.3.4 Péče o nehty	30
1.3.5 Péče o vlasy	30
1.3.6 Péče o kůži	31
<i>1.4 Intimita a důstojnost pacienta</i>	<i>33</i>
<i>1.5 Praxe založená na důkazech – Evidence based practice</i>	<i>35</i>
1.5.1 Klinické doporučené postupy	39
<i>1.6 Hygienická péče a praxe založená na důkazech</i>	<i>40</i>
1.6.1 Celková koupel	40
1.6.2 Hygienu dutiny ústní	42
1.6.3 Péče o kůži	43
1.6.4 Péče orientovaná na pacienta	43
2 Cíle práce a hypotézy	45
2.1 Cíle práce	45
2.2 Hypotézy	45
2.3 Výzkumná otázka	45
3 Metodika	46

3.1 Použité metody.....	46
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	47
4 Výsledky.....	48
4.1 Vyhodnocení grafů vycházející z kvantitativního výzkumného šetření.....	48
4.2 Vyhodnocení tabulek vycházející z kvalitativního výzkumného šetření.....	65
4.3 Vyhodnocení hypotéz za pomoci Pearsonova chi kvadrát testu	69
5 Diskuze.....	80
6 Závěr	90
7 Seznam použitých zdrojů	92
8 Přílohy.....	101
8.1 Seznam příloh.....	101

Seznam použitých zkratek

AACN - The American Association of Critical-Care Nurses

EBN – Evidence based nursing

EBP – Evidence based practice

MRSA – Methicilin rezistentní Staphylococcus Aureus

Úvod

V názvu tématu mé diplomové práce se nacházejí dva pojmy. Dobrá praxe a vybrané ošetřovatelské postupy. Provázání těchto pojmů, v dnešním moderním ošetřovatelství, je nezbytná součást ošetřovatelské péče o pacienty.

Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína, jejímž hlavním cílem je udržovat a podporovat zdraví populace. Snaží se navracet zdraví a vést nemocného k rozvoji soběstačnosti tím, že sestra aktivně vyhledává pacientovy potřeby, v případě nevyléčitelné nemoci zmírňuje jeho utrpení a zajišťuje klidné umírání a smrt. Ošetřovatelství vychází z různých teoretických modelů a je disciplínou praktickou. Ošetřovatelská péče o nemocné je prováděna kvalifikovanou sestrou pomocí ošetřovatelských postupů. Konkrétní postupy základních činností ošetřovatelské péče jsou vždy modifikovány aktuálním zdravotním stavem pacienta a jeho aktuálními potřebami. Stejně jako jiné obory, musí i ošetřovatelství reagovat na změny moderní doby. Sestra by měla poskytovat holistickou péči a ne, jen rutinně vykonávat postupy v péči o pacienta. Změny ošetřovatelské praxe a teorie vedou k další kvalitativní změně, a to zavedením a realizací praxe založené na důkazech. Praxe založená na důkazech v ošetřovatelství je procesem, ve kterém je spojena nejlepší praxe s odborností sestry a pacientovými preferencemi, předurčujícím optimální péči.

Tato práce je zaměřená na ošetřovatelský postup hygienické péče o nemocné. Potřeba čistoty patří k základním lidským potřebám. V dnešní době by se mělo na každého člověka, pacienta, pohlížet jako na individuální bytost, která má své bio-psycho-sociální a duchovní aspekty. I při provádění hygienické péče jsou tyto aspekty zastoupeny. Biologickou složkou hygienické péče je odstraňování nečistot, sekretů a různých mikroorganismů. Psychologická složka u většiny nemocných navozuje pozitivní emoce a pocit pohody. Rovina sociální je spojena s čistotou těla i okolí, vytváří příjemné prostředí pro většinu lidí a je předpokladem k pozitivním meziosobnostním vztahům. V neposlední řadě je také rovina duchovní, kdy má čistota v systému lidských hodnot své místo a je vysvětlována jako čistota těla i duše.

Ve spojení s praxí založenou na důkazech, jsme na nejlepší cestě vykonávat pro své pacienty maximum.

Na svoji profesi všeobecné sestry jsem náležitě hrdá. Proto jsem měla zájem o toto téma, které přináší uspokojení z ošetrovatelské péče a dobrou praxi nejen pacientům, ale i sestřám, jež toto povolání vykonávají.

1 Současný stav

Péče o osobní hygienu se může jevit jako jednoduchá činnost, vždyť lidé běžně pečují o sebe, své děti, či dospělé příbuzné a žádné zvláštní vzdělání k tomu nepotřebují. Přesto hygienická péče v případě nemocného, či vážně nemocného pacienta, patří k velmi obtížným výkonům. Zajistit, aby se pacient cítil příjemně, čistě, to vyžaduje odborné ošetrovatelské dovednosti, mezi něž patří i udržení pohody a důstojnosti nemocného pacienta. Pacienti, kteří se o osobní hygienu zvládnou postarat sami, tak činí, a tato činnost odpovídá jejich vlastní představě o sobě. Jestliže však u pacienta dojde k omezení soběstačnosti, stává se částečně, či úplně závislý na ošetrovatelském personálu a může se narušit jeho sebepojetí a důstojnost. Udržování řádné hygieny není jen pro nemocné a závislé osoby, není jen otázkou upravenosti, ale má také zásadní vliv na fungování tělesných funkcí a zdraví jako celku (Workman, Bennett, 2006).

Péče o čistotu těla patří k základním biologickým potřebám každého jedince. Pravidelná hygiena spadá mezi návyky správné životosprávy a měla by mít i svoje obecná pravidla. Každý jedinec je jiný a individuálně si tato pravidla přizpůsobuje. Úkolem ošetrovatelského personálu by mělo být dodržování hygienických pravidel u každého pacienta, ale zároveň i přizpůsobení se jeho zvyklostem a také jeho zdravotnímu stavu. Cílem je nejen pacientova čistota, ale také předcházení mnoha komplikacím z nedostatečné hygienické péče, jako mohou být infekce kůže, úst, proleženiny a opruzeniny. Tyto komplikace mohou vážně zhoršit pacientův zdravotní stav. Umytý pacient se cítí subjektivně lépe (Burda, Šolcová 2015).

Osobní hygiena byla vždy podstatou v péči o nemocného. V dnešní době hygienická péče nepředstavuje jen soubor prováděných postupů, ale představuje i příležitost sestrám diagnostikovat potřeby pacienta. Pacient je nedílnou součástí této péče a získává pocit sounáležitosti k péči. Vždyť sestra je při tomto výkonu s pacientem ve vzájemné interakci, a má možnost individualizované komunikace a shromažďování informací o pacientovi (Fonseca et.al., 2015).

1.1 Historie hygieny

V dnešní době, ale i v dobách dávno minulých, byla voda nedílnou a nejdůležitější součástí osobní hygieny jednice. Dlouhá historie používání vody k osobní hygieně začala již v době neolitu. První formou dodávky vody do domácností byly čtyřhranné velké kamenné nádoby, v nichž bylo možné ohřát velké množství vody na rozpálených kamenech, postačujících pro očištění celého těla (Smithová, 2011).

Standardní historie hygieny začíná v pozdější fázi klasického starověku. Starověcí lidé také věděli, že kosmetika a hygienická péče o tělo jim pomáhá udržet zdraví a dobrou kondici. Péče o pokožku, nahota a voda znamenala pro Řeky mnoho. Dávali přednost spíše sprše a umytím pod proudem vody. Na větší, hlubší vany si zvykali pomalu, ale přesto je však vždy používali pro nemocné a staré lidi (Smithová, 2011).

Za dob Římanů vzkvétaly ve městech Římské lázně a staly se nedílnou součástí těchto obyvatel. Římané považovali kosmetiku v péči o tělo, jako svébytné odvětví medicíny. Lékař Crito napsal v letech 98-117 našeho letopočtu čtyřsvazkové dílo o kosmetice. Z tohoto díla se dochoval pouze obsah, ale témata, která obsahovalo, pojednávala o ošetření pokožky čistícími prostředky, změkčovadly, přípravky proti vysychání pokožky, vlasové péči, péči o nehty, péči o dutinu ústní. Čistota byla neodmyslitelnou součástí života římského lidu a dokonale čisté a upravené tělo bylo odznakem a symbolem občanství. Koupel byla jednou z mnoha součástí celé soustavy úkonů osobní hygieny (Smithová, 2011).

Náboženská askeze se významně podílela na změnách evropské kultury, a to i v otázce hygieny, kdy náboženská revoluce a morální povinnost začala být nekonečně důležitější, než hygienická povinnost dbát o sebe sama. Ideologie čistoty tak byla obrácena naruby. Židovsko - křesťanská askeze hlásala nezbytnost očisty duše, zatímco očistu těla považovala za světskou zálibu. První křesťané měli hlubokou averzi vůči koupeli a nahotě a byli jediní, kteří považovali koupel za nebezpečnou. V tomto ohledu však zůstali v Eurasii osamoceni. I pohané měli svůj pravidelný koupací den, který uskutečňovali jedenkrát za týden. Oproti tomu prorok Muhammad definoval v koránu, že podle něj tvořila čistota polovinu víry. V islámu byla tělesná čistota vážnou

záležitostí. Především to bylo omývání končetin, dále se prováděla celková koupel v bazénu, který byl dost hluboký na to, aby se do něj mohli koupající ponořit (Smithová, 2011). I dnes platí, že muslim, který jde do mešity, se musí před modlitbou umýt vodou. Při této rituální očištění si třikrát umyje ruce po zápěstí, očistí si ústa vodou, nosní dírky si očistí vtahováním vody, třikrát si umyje obličej oběma rukama, třikrát si omyje pravé předloktí až na konec lokte. Poté si utře celou hlavu nebo jakoukoliv její část vlhkou rukou, otře si vnitřní strany uší ukazováky a jejich vnější strany pomocí palců. Nakonec si umyje obě nohy po kotníky, a to také třikrát (Mešita, 2015). Bylo také hygienické používat párátko, čistit si nos, vyplachovat si ústa vodou, stříhat si nehty, zastříhovat si knír, holit si ochlupení v intimních partiích a v podpaží, po vykonání tělesné potřeby se omýt vodou nebo suchou hlínou, mýt si ruce před jídlem a po něm (Smithová, 2011).

Od dob středověku až k dobám novověku se římskokatolická církev vyjadřovala k čistotě ve svých pokynech a kázáních. Doporučovala civilizovanou očištění těla jako projev úcty k Bohu, ale odsuzovala přehnanou péči o zevnějšek. Zbytek Evropy ale stále podléhal hříšným a smyslným mravům jižních krajů, které církev odsuzovala za přehnanou péči o zevnějšek. Ve středověké hygieně se institucionalizovala především ranní toaleta. Byla nejsložitější ze všech každodenních úkonů osobní hygieny. Zakládala se ve vzbuzení se ve správnou hodinu, zbavení se tělesného odpadu, které spočívalo ve vyprázdnění střeva, vyčištění hrdla, nosu a úst. Dalšími kroky byly odstranění ospalků z očí, očištění obličeje, rukou, údu a nakonec zubů (Smithová, 2011).

Na počátku osmnáctého století vyznavač otužování Jonh Hancocke, ale i další, popularizoval studenou hygienu a životosprávu. Kromě chladného lůžka, stravy a čerstvého vzduchu, hrály významnou úlohu koupele ve studené vodě. Od chvíle, kdy byla v literatuře popsána léčba horečnatých onemocnění, získalo otužování příznivce i mezi širší veřejností (Smithová, 2011).

V devatenáctém století patřila čistota k nejčastějším tématům veřejných projevů a bylo to období, ve kterém začala velká bitva o právní regulaci veřejné hygieny (Smithová, 2011). Základy sociální hygieny a sociálního lékařství položil v polovině devatenáctého století Rudolf Virchow. Poukázal na to, že příčiny epidemií jsou spojené

se sociálním úpadkem a špatnými životními podmínkami obyvatelstva. Zřetelný byl v této době především rozvoj nemocnic. Začínala se uplatňovat všeobecná zdravotní péče, vzniká systém zdravotního pojištění, který nahrazuje systém dobročinného zajištění zdravotnických služeb pro chudší společenské vrstvy (Vurm a kol., 2007). Hlavními tématy byla především kanalizace, veřejné lázně a zásobení vodou. Hygienické návyky se pomalu měnily už ve dvacátých a třicátých letech tohoto století. Většina lidí udělala v osobní hygieně velké pokroky. Čistota vlastní osoby a všeho, co se jí týká, byla hlavní povinností člověka. Vana zabudovaná v koupelně již nebyla vzácností. Chudší obyvatelé měli v ložnici alespoň stojan s umyvadlem a džbánem, později se jednalo o skříňku s vyšší dřevěnou nebo vykachlíkovanou zadní deskou a zásuvkami, větším umyvadlem, džbánem, miskou na mýdlo a mycí houbu, skleničkou na zubní kartáček a věšákem na ručník. Dalším řešením byly dřevěné vany na kolečkách s výpustí a mosaznými držadly. Z toalety, provázející koupel, se stal rituál soukromé čistoty a dokonalosti (Smithová, 2011).

Ve dvacátém a jednadvacátém století přežívají v oblasti hygieny starší zvyky, ale již v jiném měřítku. I těmto zvykům se nevyhnula globalizace. Osvědčeným a hygienickým stylem života si dnes může dovolit žít mnohem vyšší procento světového obyvatelstva a mnohem více lidí má prospěch z pokroku lékařské vědy a celosvětového hospodářského rozvoje. Dvacáté století bylo vcelku pravděpodobně nejhygieničtější a nejčistotnější érou. Samozřejmě ho poznamenaly dvě světové války, ale po obou následovalo období významných sociálních změn. V osobní hygieně je období mezi lety 1945 – 2006 často líčeno jako materialistické a sekularizované, jehož hlavním rysem byl individuální narcismus. V blízké ani vzdálené budoucnosti se nezmění nic na tom, že potřebujeme nejen fyzický kontakt, ale také aby o naše tělo bylo pečováno (Smithová, 2011).

Mytí, jako očista, má i svou symbolickou stránku. Koupání a mytí rukou je jádrem mnoha náboženských rituálů, v kterých hraje velkou roli. Jako příklad lze uvést křest, při kterém lze přes symbolickou očistu těla dosáhnout očisty svědomí (Mahdalová, 2014). Mahdalová (2014) také uvádí psychologický vztah mezi čistotou morální a fyzickou, kdy ohrožení mravní čistoty představuje morální hrozbu a stimuluje potřebu

fyzické očisty. Také symbolické mytí nohou na Zelený čtvrtek odkazuje na Ježíšovo gesto pokory vůči apoštolům před ukřižováním, které symbolizuje, že katolická církev musí sloužit věřícím, obyčejným lidem a hříšníkům (Zelený čtvrtek, 2015).

1.2 Ošetřovatelství a hygienická péče v historických dobách

Podle Kutnohorské (2010) sahají začátky ošetřovatelské péče do raného středověku a jsou spojovány s šířením křesťanství. Ale již před touto dobou a v dobách dávných byla pomoc druhému přirozenou vlastností člověka. Ošetřovatelské a léčebné zkušenosti se předávaly v rodech ústní formou z generace na generaci.

Projevem opravdového křesťanského myšlení bylo neustále pomáhat bližním, zvláště pak dobrovolně se dotýkat těl nemocných a chudáků, omývat je, ošetřovat jim rány a pečovat o jejich vyprazdňování (Smithová, 2011).

Na rozvoj ošetřovatelské péče měly po celé historické generace výrazný vliv války. Již v prvních stoletích našeho letopočtu byly postaveny první římské vojenské špitály, které nasadily laťku kvality vybavení a architektonického řešení nemocnic hodně vysoko. V této době přibývalo otroků, vysloužilých vojáků, tuláků, nemocných lidí, zubožených a opuštěných. Bylo třeba se o ně postarat. Většina civilistů však byla ošetřována doma. První civilní špitály se objevily až v polovině čtvrtého století našeho letopočtu, v době, kdy se křesťanství stalo státním náboženstvím. Jeden ze špitálů se nacházel v Římě a mnohem více jich vzniklo ve východní říši, především v Konstantinopoli. Kolem roku 600 našeho letopočtu měla mužská i ženská oddělení velkých špitálů v Konstantinopoli k dispozici 600 lůžek (Smithová, 2011).

Rozvoj ošetřovatelství má řadu shodných prvků, ale také svá regionální specifika. Ve vývoji ošetřovatelství se vyčleňují tři hlavní linie péče o nemocné. První linií je laická péče, kterou si nemocný poskytoval sám, nebo mu jí poskytovali jeho blízcí na základě tradic. Druhou linií je charitativní péče. Charitativní ošetřovatelství se zaměřovalo především na uspokojování základních potřeb života, kterými byly

přístřeší, strava, hygiena, duchovní podpora. Toto ošetřovatelství úzce souvisí se zakládáním církevních řádů. Počátky řádového ošetřovatelství se datují k desátému století našeho letopočtu. Charitativní ošetřovatelství ovlivnilo vývoj a další zaměření ošetřovatelského vzdělání a působí dodnes. Poslední, třetí, linií v rozvoji ošetřovatelství je organizovaná léčebná péče. Její počátky spadají do konce devatenáctého století našeho letopočtu a souvisí s hrůzami válek a rozvojem medicíny. Dalšími souvisejícími vlivy byly společenská situace a význam hygieny pro zdraví (Kutnohorská, 2010).

Změny v kvalitě ošetřovatelské péče se přisuzují k období Krymské války. Ke konci devatenáctého století dochází k profesionalizaci ošetřovatelského poslání, na jejímž počátku stojí Florence Nightingale, Nikolaj Ivanovič Pirogov a Jean Henri Dunant. Florence Nightingale, vnímala ošetřovatelství jako poslání, kterému je třeba se věnovat tělem i duší (Kutnohorská, 2010). Její vize ošetřovatelství je nadčasová a má velký význam i pro dnešní praxi. Definovala a oddělila ošetřovatelské znalosti od znalostí lékařských a vymezila sestru jako odborníka, který je ne zcela závislý na lékaři (Jarošová, 2006). Tato dáma je považována za zakladatelku moderního ošetřovatelství. Její vliv stále působí i v dnešních dobách na současné sestry, ošetřovatelskou péči a ošetřovatelský výzkum. Zřídila osnovy a školení pro sestry, je průkopnicí zdravotní reformy. Měla vizi veřejného zdravotnického systému, který zahrnoval nejen ošetřovatelství, ale byl také založen na podpoře zdraví a prevenci nemocí. Důraz kladla především na hygienu a čistotu. Uvedla pět základních prvků pro optimální léčení, a to, čistý vzduch, čistou vodu, efektivní kanalizaci, hygienu a světlo. Těchto pět složek má nadčasově zásadní význam pro zdraví na celosvětové úrovni (Lee et al., 2013).

Historie hygienické péče v moderním ošetřovatelství procházela různými obdobími, od intuitivního ošetřovatelství, přes ošetřovatelství spojené s církevními řády, až po dnešní dobu (Marková, 2012).

Jak uvádí Pospíšilová, Tóthová (2012) ve své publikaci, v období do roku 1877 mělo omývání a koupání příznivý vliv na lidské zdraví. Nemocný po důkladném umytí a otření kůže do sucha pociťoval úlevu, ale i načerpal nové síly. Ošetřovatelky měly dbát na každodenní hygienu nemocného, s výjimkou kožních chorob, u kterých nebyla

každodenní hygiena dovolena. V těchto letech se veřejnosti doporučovalo otužování, a proto byla každodenní hygiena prováděna studenou vodou. Při umývání a čištění kůže bylo třeba opatrného postupování a zvlhčování pouze menších částí těla najednou, aby se nemocný neprochladil. Způsob těchto postupů vždy určil lékař a v kompetencích ošetřovatelky pak bylo dané postupy plnit. Hygiena dutiny ústní spočívala ve vyplachování studenou vodou vždy ráno, po jídle a na noc. Zbytky stravy se odstraňovaly z mezizubních prostor dřevěným, kostěným nebo brkovým párátkem. Každé ráno si nemocný očistil zuby měkkým kartáčkem. Pro čištění zubů se používaly pálené kůrky z chleba, které se co nejjemněji rozetřely v hmoždíři, či jemný prášek z lipového uhlí. Dobrý efekt také mělo opakované vyplachování úst slabou kořalkou nebo rozředěným lihem. Další nedílnou součástí hygieny byla hygiena uší, kdy se pečlivým čištěním předešlo hromadění tuku. Proti případnému zaschnutí a ztvrdnutí ušního mazu sloužilo kapání jemného oleje do ucha, a následné vyplachování sluchovodu vlažnou mýdlovou vodou. Při mytí těla se taktéž doporučovalo umývat vlasy, v kterých se ve velkém množství hromadily nečistoty. Nejlepším prostředkem k umývání vlasů sloužila studená voda. Toto se mělo činit nanejvýš dvakrát denně, a poté vlasy důkladně osušit a opatrně učesat. Různí autoři se lišili v názorech na užívání mýdla či oleje k péči o vlasy. Co se týče osobního a ložního prádla, mnozí lidé této doby věřili, že není vhodné převlékat nemocného do čistého prádla z důvodu prostydnutí a následného nachlazení. Prádlo nebylo vhodné příliš škrobit a nemocný se měl po umytí obléknout do vyhřátého prádla. Při převlékání nemocného bylo důležité, chránit ho před průvanem. Opruzenin, které se nejčastěji vyskytovaly u novorozenců a kojenců, ale i u obézních jedinců a nemocných upoutaných na lůžko, bylo nezbytné nosit lehké osobní prádlo a při zpocení si odpočinout a prádlo vyvětrat. Opruzeninám se zabraňovalo častějšími koupelemi postižených míst, omýváním studenou vodou a natíráním opruzeného místa zředěným alkoholem. Na noc se doporučovalo vložit čisté složené plátno, nebo měkký obvaz buď suchý, či natřený olejem, mezi postižené plochy. Provádění častých změn poloh nemocným se jevilo jako prevence proti proleženinám. Proleženiny se stávaly častým, ale nežádoucím problémem u těžce nemocných. Riziková místa se nadále omývala

studanou vodou nebo se podkládala jelení kůží. Nemocný nesměl ležet na měkké podložce, kde se drželo teplo a vlhko. Klad se důraz na správnou úprava lůžka, které mělo být zcela bez záhybu.

V dalších deseti letech, v období kolem roku 1890, se v hygieně nemocného postupovalo jako v předešlých letech. Neměla být podceňována hygiena celého těla. Jedinec se postavil do větší nádoby a namočenou houbu nebo flanel vymačkával a zároveň jimi roztíral vodu po částech těla. V péči o uši se ušní maz vyplachoval vlažnou vodou a odstraňoval měkkými oblými předměty. Vlasy se měly česat dvakrát denně, vždy ráno a večer. Jendou za čas se mělo pečovat i o nehty na rukou a nohou a opatrně je zastříhávat, ne však do hloubky. Košile nemocného se měla vyměňovat co nejčastěji, minimálně však na noc, za košili noční. Prádlo nemělo být příliš teplé a nemocný neměl být oblečen do mnoha vrstev, což způsobovalo nemocnému nepohodlí, ale také pocení a náchylnost k nachlazení. Peřiny, přikrývky a povlaky se musely denně převracet, vyklepávat a provětrávat na čerstvém vzduchu (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

V posledních deseti letech devatenáctého století se dávalo přednost měkké odstáté vodě, před čerstvou vodou ze studny. Koupel nohou se prováděla jedenkrát týdně. Nohy se měly prohlédnout, očistit a namazat tukem. Nečistoty za nehty se odstraňovaly dle potřeby. Hygienická péče o oči měla být prováděna dvakrát denně. Vždy ráno po probuzení a večer před odpočinkem. V péči o vlasy bylo doporučováno potírání hlavy žloutkem, který se pak z vlasů smyl vlažnou vodou. Péče o kůži zahrnovala přísnou čistotu kůže, která spočívala v každodenním umývání. Následně tření kůže, kdy po umytí měla být kůže třena flanelem nebo hrubým ručníkem či kartáčem, a to zvláště na břicho, hrudníku, zádech, vnitřních částech stehen a na ramenou. Důležitá byla i výměna čistého prádla, vystavování kůže svěžímu vzduchu, zachování snadného odpařování potu a nepoužívání zkrášlovacích produktů. Mezi opatření k prevenci proleženin patřilo stejnoměrné rozložení tlaku, časté střídání poloh, častá úprava lůžka, používání antidekubitárních prostředků, kterými byla měkká kožešina umístěvaná pod prostěradlem a důkladné odstranění nečistot na kůži včetně osušení (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

V první třetině dvacátého století se k mytí doporučovala pramenitá nebo říční voda, zahřátá na 35 stupňů Celsia. Teplota se stanovovala teploměrem. V této době se již používala i teplá voda, která lépe rozpouštěla špínu, rozšiřovala ucpané kožní póry a změkčovala pokožku. Proto bylo nezbytné každodenní omývání studenou vodou doplnit až dvakrát týdně koupelí v teplé vodě. Jako pomůcky k mytí sloužily houba, mýdlo a nádoba k teplé koupeli v dřevěné, kamenné či plechové vaně. Nejvhodnější dobou ke koupeli bylo ráno, ihned po probuzení, nebo večer, dvě hodiny po večeři. Dále se užívaly sprchy, které sloužily k teplé i studené koupeli (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

Po první světové válce se koupele, pokud to dovolil stav nemocného, prováděly ve vaně. Teplota koupelny se měla pohybovat do 21,25 stupně Celsia. Voda se do vany napustila až nakonec, a to do výše břicha nemocného. Teplota měla dosahovat 35 až 37,5 stupně Celsia. Doporučovaná doba koupele trvala deset minut a měla být zakončena studeným omytím nebo sprchou. V některých případech, pokud byl nemocný zesláblý, musely být při koupeli přítomny ošetřovatelky dvě. Ošetřovatelka nemocného ve vaně pořádně namydčila a kartáčem mu umyla nehty na ruce i nohy. Po koupeli, celého nemocného zabalila až po krk do přikrývky. Mezitím se provedla úprava lůžka, a když bylo nemocnému zajištěno pohodlí, vyčistila se vana a uklidila koupelna. Hygienická péče o nemocného upoutaného na lůžko se prováděla v místnosti, o teplotě stejné jako při koupeli v koupelně. Přichystaly se potřebné pomůcky, kterými byly přikrývky k přikrytí nemocného, prostěradlo k ochraně lůžka, dva ručníky, dvě prací žínky, mýdlo, kartáček na nehty, nůžky, čisté osobní a ložní prádlo, velké umyvadlo s vodou o teplotě 40 stupňů Celsia, džbán s horkou vodou a kbelík. Při vlastní hygieně nemocného se postupovalo tak, že se nejprve z lůžka odstranily vrchní přikrývky a daly se provětrat. Po celou dobu se nemocnému nechala jedna přikrývka na jeho přikrytí. K osušení se vložilo prostěradlo pod celého nemocného nebo jen ručník pod právě umývanou část těla. Když byl nemocný svlečený, namočila se žínka tak, aby z ní nekapala voda. Postupovalo se od obličeje přes krk až k uším. Žínka se vyměnila a dále se pokračovalo horními končetinami směrem k prstům, poté se umyl hrudník, břicho. Zvláštní pozornost byla věnována podpaží a pupeční jamce. Ošetřovatelka jednou rukou nadzvedávala přikrývku a druhou rukou umývala jednotlivé části těla. Tak se přikrývka

zachovala suchá a po celou dobu hygieny byla zajištěna intimita nemocného. Platilo pravidlo, že každá umytá část se musela nejdříve otřít a následně se mohla mýt jiná další část. Záda se umývala nakonec. Výhodou tohoto počínání bylo, že se s nemocným co nejméně hýbalo. Na hygienu genitálií se umyvadlo naplnilo čistou vodou. Nemocný zaujímal polohu na zádech s pokrčenými, roztaženými dolními končetinami. Při sekreci z pohlavního ústrojí se k mytí užívala vata nebo čistý měkký hadřík, který se ihned poté spálil. Po provedení celkové koupele ošetřovatelka třela alespoň ta místa, náchylná k proleženinám. Péče o chrup spočívala v čištění zubů kartáčkem a vyplachování úst po každém jídle vlažnou vodou s několika kapkami ústní vody. Umělý chrup se čistil kartáčkem a ukládal do nádoby se studenou vodou. Co se týkalo péče o vlasy, byla potřeba malého džbánu s roztokem čistého mýdla v horké vodě a velkého džbánu s horkou vodou. Ve dvacátých a třicátých letech dvacátého století se v rámci prevence opruzenin doporučovalo udržovat kůži suchou a chladnou, kožní záhyby neumývat mýdlem. Nejúčinnější bylo čistit kůži benzínem, a poté zasypat práškem z rýžové mouky a mastku. V prevenci proti proleženinám se užívaly gumové věnce, nafouknuté přiměřeným množstvím vzduchu a omotané obinadlem. Jestliže kůže i přes veškerou snahu praskala, rána se obvazovala dle nařízení lékaře. Poraněná kůže se podkládala stočenými plátěnými látkami, tak aby se dotyčná plocha dostala do zvýšené polohy (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

Po druhé světové válce se prováděla ranní i večerní hygiena nemocných. Sestra si zajistila pomůcky, jako byly zástěna, podložní mísa s gumovou podložkou, lékařský teploměr, flanelová pokrývka, dvě žínky určené zvlášť na horní a dolní polovinu těla, dva ručníky, mýdlo, umyvadlo, nádobku na čištění zubů, zubní kartáček a pastu, emitní misku, alkohol k masáži zad, olivový olej, štětičky, a dle potřeby čisté osobní a ložní prádlo. Při ranní hygieně poslala sestra soběstačné nemocné do koupelny a dohlédla na dodržení osobní čistoty. Mezitím ustlala lůžko. U ležících nemocných rozmístila zástěny, změřila jim teplotu, dech, puls. Na základě naměřených hodnot provedla zápis do dekurzu. Lůžko upravila do roviny, odstranila polštáře a ostatní pomůcky, nemocného zakryla flanelovou dekou, ložní prádlo rozložila k vyvětrání. Připravila pomůcky k mytí a začala nemocného postupně omývat od obličeje přes uši, krk

zepředu, hrudník, podpaží, horní končetiny, krk zezadu, záda, hýždě a genitál. Nakonec se nemocnému upravilo lůžko a učesaly vlasy. K večerní hygieně se používaly tytéž pomůcky a postup byl také stejný. Ve vaně se mohli koupat jen ti nemocní, kteří tuto koupel měli určenou lékařem. Mimo dříve uvedené postupy se kladla důležitost na správné podkládání podložní mísy. K zajištění pohodlí nemocného a prevence proleženin se ve čtyřicátých a padesátých letech dvacátého století užívaly pomůcky, mezi něž patřily alkohol, pudr, gumové nebo improvizované podložní kolo, a věnce pod paty. Pokud se na kůži objevily změny, ošetřující sestra tyto změny okamžitě hlásila vrchní sestře. Vrchní sestra obeznámila lékaře, který podle stádia proleženin určil ošetření postiženého místa (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

V polovině dvacátého století se při celkové koupeli nemocného postavila k nohám lůžka židle, a okolo lůžka zástěna. Sestra pod nemocného vložila mísu. Po vynesení mísy si umyla ruce a připravila k lůžku potřebné pomůcky. Nemocnému nechala pod hlavou polštář a odstranila horní pokrývku. Přes nemocného položila flanelovou pokrývku a omývala jej obvyklým způsobem. Po osušení bylo doporučeno namazat obličej krémem. Před hygienou genitálu se vyměnila voda. Proti zanesení infekce se ženská rodidla nesměla omývat směrem od konečníku k zevním rodidlům, nýbrž opačným směrem. Opláchnutí se provádělo přiměřeně teplou vodou irigátorem nebo přímo ze džbánu do mísy. Použité plátno se odložilo do emitní misky a poté bylo spáleno. Jestliže se nemocný umýval sám, sestra mu podala namydlenou žínku a na očištění rukou vodu k opláchnutí. K vyčištění dutiny ústní přibýly k pomůckám z předešlých dob také pohárek na kloktání, trubička na pití a dvě emitní misky. K pomůckám k prevenci proleženin, se kterými se v této době setkáváme poprvé, patří vzdušná kola, gumové polštáře, podložky z pryžové houby, vodní polštáře a vodní lůžka (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

V druhé polovině dvacátého století Rozsypalová a kolektiv autorů (1966) popisují postup ranní hygieny tak, že nejdříve nemocným, pokud si to přáli, sestry podaly podložní mísu či močovou láhev. Poté sestra pokračovala hygienou dutiny ústní. Připravila si pomůcky, mezi které patřily kartáček na zuby a zubní pasta, sklenice čisté vody s trubičkou na pití, kelímek s dezinfekčním prostředkem 3% peroxidu vodíku,

emitní miska a ručník. Zvláštní péče o dutinu ústní se prováděla u nemocných, trpících vysokou teplotou, povlaky v ústech, a u nemocných po operacích. Tato péče spočívala v posazení nemocného v lůžku, podepřením hlavy polštáři a podložení brady ručníkem (Rozsypalová a kol., 1967). Do sklenice se nalila čistá voda a do kelímku se připravil roztok zředěného peroxidu vodíku nebo odvar z heřmánku. Nemocnému sestra posvítla do úst a ve zředěném roztoku namočila dva tamponky. Ty vyndala sterilním peánem a vytřela nemocnému jazyk od kořene ke špičce. Dále se patro vytíralo čistou stranou tamponku směrem zepředu dozadu, dokud se neodstranily všechny hleny. Zuby se čistily navlhčenými štětičkami nebo tamponky jedenkrát ponořenými do nádoby s dezinfekčním roztokem. V případě suché a popraskané sliznice se dutina ústní potírala borax-glycerinem s několika kapkami citrónu. Pokud byla dutina ústní špatně přístupná, dle ordinace lékaře se mohlo použít rozvěrače úst (Pospíšilová, Tóthová, 2014; Rozsypalová a kol., 1966). Ráno byli nemocní umýváni proto, aby se zbavili nečistoty. Pod hlavu nemocného sestra vsunula ručník a navlhčenou žínkou začala omývat obličej. Jako první omyla jedním rohem žínky každé oko zvlášť a nenamydlenou žínkou vymáchala. Sestra umyla jednou stranou žínky polovinu obličeje a druhou stranou žínky polovinu druhou. Nakonec myla okolí úst a nos. Poté obličej nemocného osušila. Dále namydlenou žínkou omyla ušní boltce a rohy žínky zevní zvukovody. Žínku vymáchala, omyla nemocnému krk, pak krk opláchl čistou vodou a utřela ručníkem. Vyměnila vodu i žínku a pokračovala hrudníkem, u žen zejména část pod prsy, dále k pažím, od prstů nahoru. Každou část vždy osušila. Ruce nemocného vložila do umyvadla a případně je očistila kartáčkem. Poté nemocnému pomohla otočit se na bok, a podél zad mu položila ručník. Žáda nemocnému umyla krouživými tahy a osušila je. Samozřejmě se nesmělo zapomenout na oplach genitálií. Na omytí genitálu si sestra navlékla gumové rukavice a postupem shora dolů umyla genitál (Rozsypalová a kol., 1966). Nehty se prohlédly až po dokončení umývání nemocného. Péče o vlasy byla stejná, jako v předchozím období. V šedesátých a sedmdesátých letech dvacátého století nastal zlom, který se týkal prevence proleženin. Na odděleních se začal používat antidekubitor. Jednalo se o nejúčinnější pomůcku, která sestávala z polštáře pokrývajícího celý základ lůžka

a z tlakového přístroje. Antidekubitor se zastýlal pod prostěradlo. Kromě známých a osvědčeným postupů se pokožka po umytí masírovala roztokem mýdla nebo kafrovou masťou. Dále se doporučovalo pokožku ozařovat horským sluncem, a co nejčastěji vystavovat čerstvému vzduchu (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

Po roce 1968 Rozsypalová a kolektiv (1971) uvádí jako první postup podání podložní mísy. Dále následuje hygiena dutiny ústní a celková koupel nemocného. Stejný postup popisuje Rozsypalová a kolektiv ve své publikaci péče o nemocné z roku 1980. Staňková (1988) uvádí, že se nemocní obvykle umývali ráno od šesti hodin do půl osmé a večer před spaním. Veškeré pomůcky se k ranní hygieně připravily v dostatečném množství na pojízdný vozík. Dlouhodobě hospitalizovaní nemocní měli být pravidelně koupani ve vaně, pokud to umožňoval jejich stav. Koupel ve vaně musel opět povolit lékař. Na některých pracovištích byly nemocným dokonce zavedeny hygienické karty, do nichž sestra zaznamenávala každý hygienický výkon (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

Po roce 1988 byla v literatuře rozdělena hygienická péče na včasnou ranní, ranní, odpolední a večerní (Pospíšilová, Tóthová, 2014). Dle Kozierové a kol. (1995) se ležícím nemocným, v rámci časně ranní hygienické péče, poskytovalo podání podložní mísy či močové láhve, umytí obličeje a rukou, hygiena dutiny ústní. Poté následovala snídaně a různá diagnostická vyšetření. Tuto hygienu vykonávala sestra noční směny. Ranní hygienická péče se zajišťovala po snídání a spočívala v zajištění bezpečného hygienického vyprazdňování, koupele či sprchy, péče o dutinu ústní, péče o nehty a vlasy, masáže zad, hygieny perinea a okolí a samozřejmě úpravy lůžka. Odpolední hygienická péče se obstarávala například po návratu nemocného z vyšetření a večerní hygienická péče se zajišťovala před spaním. V oblasti péče o dutinu ústní se nemocným v prevenci zubního kazu doporučovalo používat dentální nit. Při česání vlasů se sestra vždy domlouvala s nemocným. Frekvence mytí vlasů byla individuální.

1.3 Hygienická péče v současnosti

Osobní hygienou je označována péče, o sebe sama, jejímž prostřednictvím si jednotlivci udržují zdraví a chrání se proti nemocem. Pro většinu lidí je čistota základním předpokladem pro pocit osobní pohody, ale každý jsme individualita i v tomto ohledu (Procházková, 2013). Osobní hygienické návyky hrají důležitou úlohu v léčebném úspěchu. Snižují riziko získaných infekcí, způsobujících vysokou morbiditu, prodloužení hospitalizační doby a zvýšení léčebných nákladů (Schwanhaeuser, 2007).

V současné době, kdy je velký nárůst přílivu cizinců, se otevírá otázka hygienické péče o tyto pacienty. O pacienty z různých kultur a zemí. Sestra musí znát a v nezbytné míře respektovat daná specifika v této oblasti (Nikodemová, 2012).

Hygienická péče v nemocnici je soubor postupů a opatření zaměřených nejen na dodržování osobní hygieny, ale také hygieny práce, pracovního prostředí a v neposlední řadě na prevenci šíření nákaz. Postupy hygienické péče se v čase hospitalizace mění v závislosti na zdravotním stavu pacienta. Sestra systematicky řídí, koordinuje, vykonává a vyhodnocuje postupy hygienické péče o pacienta (Krišková a kol., 2006). Důležitost hygieny je dána složkou zdravotní, která předchází různým poškozením a onemocněním kůže, dále složkou estetickou, jako pocitem čistoty a poslední složkou psychickou, kdy se pacient cítí uvolněný a v pohodě (Šamánková a kol., 2006). Sestra musí vzít v úvahu, že závislost v hygienické péči je spojena především s omezenou schopností pacientova pohybu (Fonseca et al., 2015). Musí vycházet ze stanovení ošetřovatelské diagnózy, deficitu sebepéče. Od toho se odvíjí provádění hygienické péče v rámci soběstačnosti, kdy sestra stanoví, co si pacient může provést sám, co s částečnou pomocí, s podstatnou dopomocí, či je-li plně závislý na pomoci a péči (Šamánková a kol., 2006).

Při provádění hygienické péče o pacienta je důležitá i týmová spolupráce personálu. Je dobré znát, jakým způsobem byl pacient zvyklý hygienickou péči provádět před tím, než se jeho zdravotní stav změnil, a než se stal závislým na péči druhých. Sestra

by si měla s pacientem vzájemně sdělit, co pacientovi vyhovuje, a co preferuje (Klevetová, 2008).

Nutností při provádění hygienické péče je dokonalá příprava pomůcek a prádla. Sestra musí několikrát vyměnit vodu optimální teploty a dodržovat základní hygienická pravidla. Samozřejmě při všech úkonech musí sestra postupovat s ohledem na intimitu pacienta (Šamánková a kol., 2006).

Soběstačných pacientů se sestra doptá na případnou pomoc či zapůjčení pomůcek k hygieně. Částečně soběstačným pacientům dopomůže dle potřeby. Zajistí, aby měli na dosah zvonek k přivolání pomoci, a vždy na ně dohlédne (Workman, Bennett, 2006).

Krišková a kol. (2006) uvádí, že hygienická péče o pacienta by měla být prováděna dvakrát denně. Ranní hygiena se provádí ráno od šesti hodin do půl osmé a večerní od sedmi hodin do půl deváté. Ranní a večerní toaleta spočívá v hygieně obličeje, rukou a paží, přední strany hrudníku, zad, dolních končetin a genitálií. Také sem patří česání vlasů, péče o dutinu ústní, péče o oči (Šamánková a kol., 2006). Do základní hygienické péče je také řazeno běžné denní mytí rukou, které patří mezi základní hygienické návyky člověka. Předchází každému jídlu, a následuje po každém vyprazdňování (Nikodemová, 2012). Sestra si vždy musí připravit pomůcky, čisté lůžkoviny a vozík na špinavé prádlo a odpad. Jako toaletní potřeby si připraví mýdlo, dvě žínky, dva ručníky, kartáček a pastu na zuby, toaletní krém a tělové mléko. Dále si dle potřeby nachystá inkontinentní pomůcky, mezi které patří plenkové kalhotky, síťové slipy, vložné pleny, jednorázové podložky, přípravky k ochraně proti opruzeninám a proleženinám (Šamánková a kol., 2006).

1.3.1 Péče o dutinu ústní

Více než stovka systémových onemocnění má ústní projevy. Špatná ústní hygiena zvyšuje počet bakterií v dutině ústní. Tyto bakterie mohou být aspirovány a dále způsobovat infekce v endokardu, plicích, mediastinu, v hepatobiliárním systému. Orální zdraví je důležité pro většinu lidí a dobrá ústní hygiena je podstatná pro výživu a správné hojení (Hanne et al., 2012).

O dutinu ústní pečujeme minimálně dvakrát denně. U pacientů se zubní protézou je nutností tuto protézu čistit po každém jídle kartáčkem s pastou, nebo mýdlem, pak ji opláchnout a na sucho uložit do dózy (Šamánková a kol., 2006). Vytejšková a kolektiv (2011) uvádí, uložení zubní protézy do nádoby s víčkem, kde je v čisté vodě rozpuštěná čistící tableta pro zubní protézy. Kromě vyčištění zubů je také třeba dbát o sliznici dutiny ústní. Používáme k tomu slabý roztok 3% peroxidu vodíku, roztok heřmánku nebo štičky napuštěné léčivými roztoky s citrónovou příchutí. U nesoběstačných pacientů očistíme každý jednotlivý zub tampónem zaskřípnutým v peánu (Šamánková a kol., 2006). Mikšová a kol. (2006) také uvádí, že je vhodné čištění zubů doplnit masáží dásní a použitím ústní vody. Mezizubní prostory by měly být vyčištěné dentální nití. Při tomto výkonu by měla sestra také dutinu ústní vyšetřit pohledem, pomocí dřevěné ústní lopatky (Workman, Bennett, 2006).

1.3.2 Péče o oděv

Mikšová a kol. (2006) uvádí, že osobní prádlo by mělo být vyměňováno nejméně jedenkrát za den. Tradiční oděv pacienta je pyžamo nebo noční košile. Samozřejmě si ale pacient může zvolit oděv sám, tak aby byl pohodlný a dobře udržovatelný. Měl by být také snadno a lehce oblékatelný (Krišková a kol., 2006). Součástí nemocničního oděvu je také župan a vhodná domácí obuv (Vytejšková a kol., 2011). U ležících a nesoběstačných pacientů používáme jako základní oděv bílou košili, která se na zadní části zavazuje šňůrkami (Krišková a kol., 2006). Znečištěné prádlo bývá zdrojem nemocničních nákaz. Z tohoto důvodu pacienty bez prodlevy převlékáme a špinavé prádlo odkládáme do pytlů k tomu určených (Burda, Šolcová, 2015).

1.3.3 Celková koupel

Denní mytí odstraňuje z kůže odumřelé buňky a bakterie, které v interakci s pocením vytvářejí tělesný zápach. Při hygieně má sestra prostor pro osobní, individualizovanou péči a příležitost k rozhovoru a povzbuzení pacienta. Také je to jedinečná příležitost pro zhodnocení celkového stavu kůže včetně predilekčních míst (Workman, Bennett, 2006). Sestra si připraví pomůcky k hygienické péči.

Jako první úkon pacienta vysvěče, přikryje ho povlakem, aby byla zachována intimita. Odstraní polštáře, pokud to stav pacienta dovoluje, pod hlavu mu podloží ručník či gumovou podložku. Mírně vyždímanou žínkou bez mýdla umyje tvář pacienta. Oči myje rohy žínky od mediálního koutku k laterálnímu a poté je vysuší. Pokračuje pohybem z levé poloviny čela na levou spánkovou oblast, líce, do poloviny brady a pod nos. To samé opakuje v pravé části obličeje. Pak omyje a osuší uši a krk. Ručník dále sestra podloží pod rameno a horní končetinu. Končetinu myje od prstů po předloktí až nahoru do podpaží a opět místa osuší. Nakonec vloží do umyvadla pacientovu jednu ruku a omývá jednotlivé prsty mýdlem, vymění vodu a to samé provede s druhou rukou, nakonec ruce osuší. Tento postup může ležícím pacientům stimulovat pocit spokojenosti a pohody (Krišková a kol., 2006). Krišková a kol. (2006) dělí omývání hrudníku opět na pravou a levou polovinu. Jedna strana je vždy zakrytá a druhá mytá směrem od ramene přes hrudník. U žen je důležité umývat místa pod prsy vysušujícím mýdlem a vždy řádně osušit. Dle potřeby ošetříme místa pod prsy pastou či zásypem. Též je osvědčené používání záložek z mulu, které zabraňují dotýkání kůže na kůži (Vytejková a kol., 2011). Po umytí druhé strany hrudníku se pokračuje k pupku a břichu. Poté sestra obrátí pacienta na bok a podloží ručník či gumovou podložku podél zad až k zadku. Omývání a následné osušení zad směřuje od ramen dolů (Krišková a kol., 2006). U ležících pacientů je vždy nutné provést masáž zad za účelem prokrvení a prevence vzniku dekubitů. Masáž zad provádíme celými dlaněmi od křížové oblasti až ke krční páteři, směrem od páteře do stran (Vytejková a kol., 2011). Následuje hygiena genitálu. Pokud je pacient schopný umyje si rukou v rukavici genitál sám (Krišková a kol., 2006). Workman, Bennett (2006) ve své knize upřednostňuje hygienu genitálu před hygienou zad. Hygienu genitálu ženy sestra provádí po stranách velkých pysků, dále malých pysků, v oblasti mezi malými pysky, přes ústí močové trubice až po anální otvor. Žínku používá tak, že jednotlivými rohy omývá každou jednotlivou rýhu a nevrací se použitou částí žínky zpět na čisté místo. Znečištěnou žínku po umytí vyhodí do infekčního odpadu (Krišková a kol., 2006). Mikšová a kol. (2006) uvádí, že k hygieně ženského genitálu by mělo být používáno speciální mýdlo určené pro intimní hygienu ženy, nebo klasického, tekutého mýdla. V období menstruace by měly

být požadavky na tuto hygienu přísnější. Při hygieně genitálu muže sestra postupuje tak, že uchopí penis, přetáhne předkožku a očistí okolí z pravé a levé strany, dále ústí močové trubice, umyje celý penis, skrótum a okolí análního otvoru. Kůži důkladně vysuší. Umývání genitálií je také možné za pomoci irigátoru. Krišková a kol. (2006) uvádí jako následující postup umývání dolních končetin, kdy má pacient přikryté genitálie a jednu dolní končetinu. Omývaná končetina je podložena ručníkem či gumovou podložkou. Postupuje od prstů přes koleno na stehno. Nakonec vloží nohy pacienta do umyvadla na deset minut a poté je osuší. Nikodemová (2012) popisuje postup celkové hygieny pacienta na lůžku tak, že se horní polovina těla myje jednou žínkou a k osušení se použije jeden ručník. Na dolní polovinu těla vodu vymění a další čistou žínkou a čistým ručníkem pacienta omyje a otře. V závěru hygienické péče doporučuje nejdříve omývání dolních končetin před hygienou genitálu a konečníku.

Pokud pracoviště ve svém vybavení disponuje sprchovým mobilním zvedákem, probíhá celková koupel přesunem nemocného na tento sprchový zvedák. Pacient je převezen pod sprchu, je lehce osprchován teplou vodou a následně omýván od hlavy k nohám žínkou s tekutým mýdlem a opět osprchován. Dle potřeby jsou pacientovi umyty vlasy. Nakonec je řádně osušen a uložen do čistě povlečeného lůžka (Nikodemová, 2012).

1.3.4 Péče o nehty

Šamánková a kol. (2006) i Mikšová a kol. (2006) se shodují, že péči o nehty na ruce provádíme jedenkrát za týden, na nohou jedenkrát za čtrnáct dní. Pokud máme možnost, přenecháme péči o nehty na nohách pedikérce. Při stříhání nehtů podloží sestra ruce či nohy ručníkem. Nehty na ruce nemocného stříhá do obloučku a na nohou do roviny. Ostříhané konce nehtů upraví pilníčkem (Nikodemová, 2012).

1.3.5 Péče o vlasy

Do celkové péče o vlasy patří kromě mytí, i česání vlasů. Jejich úprava by měla být součástí každodenní ranní hygienické péče. V průběhu dne jsou vlasy upravovány dle potřeby a individuálních požadavků pacienta (Vytejková a kol., 2011).

Mytí vlasů na lůžku je velice nepohodlné. Sestra musí pacientovi zvýšit polohu lůžka, podložit hlavu nepromokavou podložkou, zajistit oči a uši (Šamánková a kol., 2006). Mikšová a kol. (2006) uvádí, že vlasy myjeme jedenkrát za týden, mastné vlasy i třeba každý den. Krišková a kol. (2006) popisuje péči o vlasy tak, že pacient leží na zádech a pod rameny má podložen klínový polštář. Pokud pacient hlavu neudrží, pomáhá sestře s tímto přidržením další povoláný zdravotník. Pacientovi podloží hlavu gumovou podložkou a v blízkosti postele připraveném umyvadle, vlasy namočí. Po umytí šampónem je opláchne vodou. Pak zabalí vlasy do ručníku, odebere pomůcky z postele a vlasy vysuší fénem. Některá zdravotnická zařízení mohou mít k dispozici pomůcky určené k mytí vlasů. Jedná se o nafukovací vaničku a nádrž z plastu se sprškou. Z pacientova lůžka sestra odstraní polštář a pod hlavu vloží nafukovací vaničku. Dolní oddíl této vaničky bezpečně podpírá krční páteř a ramena. Po osprchování vlasy vysuší, popřípadě vyfénuje (Nikodemová, 2012). Další pomůckou k mytí vlasů zejména u nesoběstačných pacientů, může být hygienická čepice s přídavkem šampónu a kondicionéru. Při použití této čepice není nutné používat vodu. Pro infekční pacienty jsou dostupné čepice, s přídavkem antibakteriálního přípravku, které jsou vhodné zejména pro pacienty s MRSA (Pekárková, 2008). Čepice se ohřívá ve vodní lázni či v mikrovlnné troubě, dle pokynů výrobce. Nasadí se na hlavu pacienta a sestra přes tuto čepici masíruje pacientovu hlavu. Poté hlavu vysuší ručníkem, aby byl odstraněn případný přebytečný šampon (Wilkinson, Treas, 2011). Čepice absorbuje usazeniny, nečistoty, pachy a mastnotu, a proto ji lze aplikovat i v případě značného znečištění (Pekárková, 2008).

1.3.6 Péče o kůži

Osobní hygiena hraje nezastupitelnou složku prevence vzniku komplikací, jako jsou opruzeniny, proleženiny a jiné defekty kůže či přenos infekčních kožních chorob. Na neošetřené kůži se hromadí odpadní látky z potu, moče a stolice. Při celkové koupeli hodnotíme u pacienta kožní změny, kožní integritu, zápach, vlhkost a teplotu kůže (Mlýnková, 2010). Ochranou schopnost může plnit pouze kůže nenarušená, zdravá a dobře hydratovaná. Mikšová a kol. (2006) uvádí zásady, které má sestra dodržovat

při péči o narušenou kůži. Patří mezi ně omezení používání mýdla, kdy na čistou kůži sestra aplikuje čistící oleje nebo hydratační emulze. Také využívá hydratační krémy s obsahem lanolinu nebo kakaového másla.

Pacienti upoutaní na lůžko a závislí na péči mohou být ohroženi vznikem různých komplikací. Jednou z nich jsou dekubity. V klinické praxi znamenají dekubity především ošetrovatelský problém s vysokou prioritou, přičemž prevence jejich vzniku je považována za neúčinnější metodu. Patří k vážným problémům a zároveň jsou zbytečnou komplikací pro pacienta. Zvyšují náklady na léčbu, prodlužují hospitalizaci pacienta a snižují kvalitu jejich života. Mezi faktory ovlivňující vznik dekubitů patří tlak na kůži, tření, střížná síla, vlhkost, imobilita, věk, výživa, poruchy centrální nervové soustavy, tělesná teplota. Dekubity mohou vznikat na různých částech těla, nejčastěji však na predilekčních místech. V poloze na zádech jsou těmito místy záhlavní kost, oblast nad trnem sedmého krčního obratle, nad hřebenem lopatek, nad loketními klouby, nad křížovou kostí a nad patními kostmi. V poloze na boku jsou tato místa nad spánkovou kostí, ramenním kloubem, hřebenem bederních kostí, nad velkým hrbolem stehenní kosti, nad kolenními klouby a nad kotníky. V poloze na břiše jsou predilekční místa nad lícními kostmi, na uchu, nad hřebenem bederní kosti, nad koleny a nad placem u nohy (Csisko, 2014). Neúčinnější léčbou proleženin je prevence jejich vzniku. Jako první by měla sestra stanovit do jaké míry je pacient tímto rizikem ohrožen, shromáždit všechny dostupné informace a vyhodnotit je (Šamánková a kol., 2006). Krišková a kol. (2006) uvádí různé škály a stupnice, podle nichž můžeme důsledně mapovat výskyt rizikových faktorů podporujících vznik dekubitů. Toto posouzení sestra realizuje na začátku hospitalizace, dále při aktuální změně zdravotního stavu pacienta. Mezi často používané škály řadí stupnici Northon, Waterlow, Knoll, Shannon a Braden. Csisko (2014) uvádí další, novější škály posuzování rizika vzniku dekubitů, kterými jsou Nonnemacherova škála a Cubbin & Jackson škála. Průběžné vyhodnocování je základem prevence proleženin. Nezastupitelné místo v prevenci dekubitů má polohování. Jedná se o jednu z nejstarších, ale také neúčinnějších metod. Pravidelnými změnami polohy se zabraňuje nadměrnému působení tlaku na predilekčních místech. Tím dojde k zajištění potřebného okysličení

a prokrvení podkožních tkání. Při polohování je důležité, aby se personál vcítil do pacientových pocitů a zajistil mu co nejpohodlnější a nebolestivou polohu (Žůčková, Čelikovská, 2008). Sestra by měla během dne zabezpečovat změnu polohy v pravidelných, jedno až dvouhodinových intervalech, v noci ve dvou až třech hodinových (Hlaváčová, 2012). Při polohování pacientů také můžeme využít vhodné polohovací pomůcky, do kterých patří antidekubitární podložky, podložní válce, kruhy, kvádry, klíny a také antidekubitární matrace. O polohování vede sestra záznam, ve kterém uvádí střídání změn poloh (Csisko, 2014). K prevenci dekubitů dále přispívají časté masáže kůže, důkladná hygiena celého těla, prevence otoků, ochrana pacienta před infekcí a správné použití antidekubitárních pomůcek. Důležitou součástí všech preventivních opatření je řádně zpracovaný ošetřovatelský plán a dokumentace (Žůčková, Čelikovská, 2008).

1.4 Intimita a důstojnost pacienta

Při jakémkoliv ošetřovatelském výkonu, včetně hygienické péče, je důležité respektovat intimitu nemocného. Vždyť v ošetřovatelské praxi je odhalování nemocného na denním pořádku (Cihá, Orságová, 2006). V současném ošetřovatelství je vztah mezi sestrou a pacientem v oblasti intimy stěžejní pro zdraví pacientů, pro jejich pohodu a zotavení. Terapeutická efektivita a kvalita péče souvisí s úrovní intimity mezi sestrou a pacientem. Význam ošetřovatelské intimity také přispívá ke zvyšování společenské hodnoty péče a vzájemné provázanosti. Sestra musí s pacientem otevřeně komunikovat s důvěrou a s respektem. Intimní péče je taková péče, která zahrnuje psychologickou, emocionální nebo fyzickou blízkost. Vyžaduje být fyzicky a emocionálně blízko k pacientovi a provádět intervence, které zahrnují doteky, manipulaci nebo zkoumání intimních částí těla. Literatura rozlišuje tři druhy intimity. Fyzickou, emocionálně psychickou, a poslední terapeutickou intimitu. V oblasti hygienické péče o pacienty se sestra a pacient nejvíce potýkají s fyzickou intimitou. Při poskytování hygienické péče pacientovi má intimita rozměr, který vyžaduje úzký

kontakt a často se spojuje s dotykem. Součástí intimní péče o pacienta je ale také respekt, empatie a vzájemná důvěra. Při poskytování péče jsou tyto součásti vždy přítomné a důležité (Stavropoulou et al., 2012).

V oblasti hygienické péče se jedná o vztah dvou autonomních a individuálních osob, kterými jsou pacient a zdravotník, respektive osoba, která péči vyžaduje a osoba, která je oprávněna péči poskytovat. Obě tyto osoby vstupují do tohoto vztahu s určitými představami o poskytované péči a s různými předpoklady, jak danou situaci řešit. Ve vztahu mezi sestrou, či jiným zdravotníkem, a pacientem je důležitý respekt k autonomii nemocného. Měli bychom respektovat pravidla, která si nemocný sám stanovil pro svůj život. Tento vztah je vztahem založeným na důvěře. Důvěra je něco, co pacient velmi intenzivně vnímá, a pokud bude přesvědčen, že je k němu přistupováno se zájmem o jeho situaci, důvěra se upevňuje. Ve vzájemném vztahu sestry a pacienta hraje významnou úlohu důvěra pacienta v sestru a její schopnosti. Sestra by si měla být vědoma, že požadavky kladené na pacienta, v něm mohou vyvolávat strach a stres (Halmo, 2014).

Při poskytování péče včetně hygienické, má pacient mnoho práv, a jedním z nich je také právo na důstojnost (Kelnarová, Matějková, 2014). Sestry jsou v ohledu důstojnosti klíčovými aktéry, protože jejich práce je blízko pacientů. Literatura uvádí dva významy pojetí důstojnosti. Prvním významem je lidskost, humanita, což odkazuje na společenskou lidskost, zkrátka to, co z nás dělá všechno lidské. Druhým významem je dignita, důstojnost. Myšlenka dignity znamená to, že existují rozdíly mezi lidmi v každé společnosti, v různém čase, či místě. Jedno bez druhého ale nefunguje, a to by měli mít zdravotníci vždy na paměti (Pols, 2013). Důstojné zacházení s pacienty ze strany zdravotníků nelékařů není vymahatelné. Přesto by se měl každý z těchto profesionálů v praxi opírat a znát vymezení lidské důstojnosti. Důstojnost je univerzální lidská hodnota, daná samou podstatou lidství. Důstojnost pacienta je zakotvena v etickém kodexu lékařů, sester a dalších zdravotníků i v právech pacientů (Wichsová, 2012).

1.5 Praxe založená na důkazech – Evidence based practice

Sestry by se měly pravidelně přizpůsobovat a aktualizovat ošetrovatelským postupům, a to právě v dnešní moderní době, kdy jsou neustále k dispozici nové postupy, léky a technologie. Tento přístup, známý jako „best practice“ - dobrá praxe, je velice důležitý k tomu, aby sestry poskytovaly svým pacientů tu nejlepší a nejkvalitnější péči. Dobrá praxe odkazuje na klinickou praxi, léčbu a intervence, které vedou k co nejlepším výsledkům jak pro pacienta, tak pro zdravotnická zařízení poskytující tyto služby (Lippincott Williams & Wilkins, 2007). Praxe založená na důkazech se dotýká sester nejen v České republice, ale i na celém světě. Sestry jsou zvědavé a kladou si otázky, které je motivují hledat v literárních zdrojích, v nichž by našly nejlepší dostupný důkaz s cílem zlepšit praxi a současně poskytovat ekonomicky výhodnou zdravotní péči (Schlenk, 2013). Od roku 1990 došlo k posunu v globálním pochopení toho, co představuje kvalitní zdravotní péči, korespondující se vznikem medicíny založené na důkazech, pokroky v medicíně, v informační technologii. Tento posun se projevil prudkým nárůstem diskuzí o nové koncepci týkající se ošetrovatelské literatury včetně dobré praxe (Nelson, 2014). Praxe založená na důkazech vyžaduje dělat profesionální rozhodnutí, založené na systematickém shromažďování důkazů, které jsou čerpány z výzkumů a zkušeností. Toto rozhodnutí je aplikováno podle pacientových přání a potřeb v konkrétní situaci (Dalheim et al., 2012).

Dlouholetý tradiční model zdravotní péče v České republice byl dán tím, že rozhodovací kompetence byly téměř výhradně na straně lékařů a sestry vykonávaly především závislé činnosti. S nástupem společenských změn v devadesátých letech dvacátého století byla do ošetrovatelské praxe a do vzdělávání zaváděna teorie a metoda ošetrovatelského procesu, jako pracovního postupu ošetrovatelského týmu. Změny v profesním vzdělávání sester přinesly posílení autonomních funkcí a jejich rozhodovacích kompetencí. Tím byla zvýšena i sesterská právní a pracovní odpovědnost. Sestry ve zdravotnických zařízeních pracují podle profesních lokálních

standardů. Během svého studia jsou připravovány k poskytování kvalitní, týmové a individualizované ošetrovatelské péče, vycházející z aktuálních vědeckých poznatků ověřených výzkumem a praxí. Změny ošetrovatelské praxe a teorie vedou k další kvalitní změně v ošetrovatelství, a to k zavádění a realizaci praxe založené na důkazech. Implementace této praxe do ošetrovatelské profese ale naráží na mnoho překážek, jako jsou nedostatečné vědomosti o konceptu praxe založené na důkazech, negativní pohled na výzkum, konzervativní přístup k zavádění ověřených výsledků výzkumu a vyzdvihování výsledků tradiční péče. Dalšími překážkami jsou nedostupnost ke kvalitním odborným časopisům a databázím, velká pracovní zátěž sester, administrativní a organizační problémy pracoviště (Jarošová, Zeleníková, 2014).

Vývoj praxe založené na důkazech je v České republice na samém počátku. Její rozvoj je u nás podporován především akademickými pracovníky. V současné době by mělo ošetrovatelství překonat rozdíl mezi teorií a praxí. Praxe založená na důkazech nabízí tu možnost, že se výsledky z výzkumu posunou do praxe. Sestry obecně uznávají význam a hodnoty výzkumu pro ošetrovatelství. Je však prokázáno, že důkazy z výzkumu nevyužívají tak, jak by mohly. Výsledky studií dokazují, že pokud jsou sestry zapojené do ošetrovatelské praxe založené na důkazech, získávají tím větší samostatnost a dosahují také vyšší úroveň pracovní spokojenosti, což vede k nižší fluktuaci a současně ke zlepšení kvality poskytované péče (Jarošová, Zeleníková, 2014).

Praxe založená na důkazech odkazuje na aplikaci nejlepších důkazů v klinickém rozhodování sestry a integraci klinické zkušenosti s nedávnými výsledky výzkumu, přičemž se v úvahu musí brát hodnoty a preference pacienta (Eizenberg, 2011). Eizenberg (2011) uvádí, že proces praxe založené na důkazech se skládá z pěti fází. První fází je formulace klinické otázky, druhou fází je shromažďování nejdůležitějších informací vyhledaných v literatuře nebo klinických doporučeních. Třetí fáze spočívá v kritickém zhodnocení důkazů, jejich relevance a proveditelnosti. Předposlední fáze je integrace důkazů z výzkumu s klinickou zkušeností a preferencemi pacienta. Poslední fází je hodnocení výsledků. Jarošová, Zeleníková (2014) poukazuje na rozšíření fází na sedm kroků.

Krokem nula je dotazování. Tento krok je nepostradatelný v praxi založené na důkazech. Bez tohoto kroku by proces EBP nemohl začít. Dotazování se, kritické posuzování vlastní praxe a kritické myšlení vedou k tomu, že se sestra ptá, proč a na základě jakého důkazu se provádí ta či ona konkrétní intervence (Jarošová, Zeleníková, 2014). Problematika ošetrovatelské praxe založené na důkazech je ve velké míře zaměřena na oblast ošetrovatelských intervencí a hodnocení jejich klinické efektivity. Vždyť sestry v každodenní praxi provádějí řadu intervencí (Gurková, Žiaková, 2009). Příkladem tohoto kroku může být otázka, zda je hygienická péče, kterou provádíme u nesoběstačných pacientů bezpečná (Jarošová, Zeleníková, 2014).

První fází je formulace klinické otázky, která má přinést nejvhodnější odpověď (Eizenberg, 2011). V dnešní době již nejsou k dispozici pouze učebnice, odborné knihy, tištěné časopisy, ale také nepřehledné množství informací na internetu, jako jsou webové stránky odborných společností, online periodika, až po rozsáhlé elektronické databáze. Abychom dosáhli toho, že najdeme opravdu relevantní zdroj, musíme si formulovat klinickou otázku do formátu PICO, případně PICOTS. Rozeznáváme dva typy klinické otázky. Základní, obecnou klinickou otázku a specifickou, detailní klinickou otázku. Základní otázky jsou považované za širší, a jejich zodpovězení přináší obecné informace. Mají obvykle dvě části. Tázací zájmeno a předmět zájmu. K tomu bychom formulovali specifickou otázku, musí sestra vědět, jaké intervence se u dané problematiky provádějí. Specifické otázky jsou východiskem EBP, protože jejich správná formulace usměrňuje dále vyhledávací strategii. Odpověď na specifickou otázku vede k určení, která ze dvou intervencí je efektivnější pro zlepšení výsledků pacienta. Příkladem PICO otázky může být, zda použití jednorázových antibakteriálních hygienických ubrousků u nesoběstačných pacientů snižuje riziko přenosu infekce, nežli použití mýdla a vody (Jarošová, Zeleníková, 2014).

Druhou fází je shromažďování nejdůležitějších informací získaných z literatury nebo z klinických doporučení. Cílem této vyhledávací strategie je najít všechny relevantní zdroje publikované na dané téma. V současnosti existuje více než 400 různých databází a platforem, ve kterých lze vyhledávat. Více než 100 databází se zabývá nebo se alespoň dotýká problematiky zdravotnictví (Klugar, 2015).

Třetím krokem je kritické zhodnocení důkazu. Vyhledané výsledky je třeba roztřídit a následně vyhodnotit, zda studie splňují zadaná kritéria. První zhodnocení a třídění se provádí na základě názvu studie a abstraktu. Poté se určí, které studie jsou nejvíce relevantní, validní, reliabilní a použitelné pro zodpovězení klinické otázky (Jarošová, Zeleníková, 2014).

Čtvrtý krok, integrace důkazů, klinické zkušenosti hodnot a preferencí pacienta, není jednoduchý. Nestačí mít vědomosti o nejlepších důkazech pro klinickou praxi. Tyto vědomosti je nutné implementovat do klinické praxe pro zlepšení péče o pacienta a zlepšení výsledků. Jedná se o kontinuální proces. Proces zavádění dané změny do klinické praxe znázorňují modely implementace změn do praxe (Jarošová, Zeleníková, 2014). Jarošová, Zeleníková (2014) uvádí, že nejčastěji zmiňovaným modelem je PDSA model, neboli plan-do-study-act. Tento model je často používaným nástrojem na testování změny v malém rozsahu a zároveň získání poznatků a zkušeností. Konkrétní změna se naplánuje, implementuje a současně se sledují, analyzují výsledky. Nakonec se přijme doporučení na základě získaných poznatků. PDSA model probíhá jako cyklický proces, kdy se změna zavádí v několika malých krocích. V těchto krocích se vyzkoušejí a otestují přínosy zaváděné změny a postup se vylepšuje. Při takovémto postupném zavádění změny má implementace větší šanci na úspěch. Tento model má čtyři stádia. Plánování změny a pozorování, dále vyzkoušení změny v malém rozsahu. Předposledním stádiem je analýza dat a zjištěných poznatků a zkušeností. Poslední stádium je vylepšení změny na základě poznatků a zopakování testování.

Krok pět je zhodnocení výsledků praktických rozhodnutí nebo změn založených na důkazech. Po implementaci změn je důležité monitorovat a hodnotit každou změnu. Pozitivní změnu podpořit, a naopak, negativní napravit. Monitorování efektu změn a kvality zdravotní péče může pomoci všem zdravotnickým pracovníkům v klinické praxi postřehnout nedostatky v realizaci a dále přesně identifikovat, kteří z pacientů mohou mít nejvíce prospěchu ze zavedené změny (Jarošová, Zeleníková, 2014).

Krok šestý je diseminace výsledků. Ta může probíhat formou komunitních setkání, setkání v institucích, přednášek a posterů na konferencích, sdělení a publikací v odborných recenzovaných časopisech (Jarošová, Zeleníková, 2014).

Provádění praxe založené na důkazech je přínosné nejen pro pacienty, ale i pro zdravotnická zařízení, sestry nevyjímaje (Eizenberg, 2011). Sestry zapojené do EBP získávají větší samostatnost ve svých činnostech a dosahují vyšší úroveň pracovní spokojenosti. Tím profitují i zdravotnická zařízení, ve kterých je dosahováno vyšší kvality péče o pacienta i systémové péče (Jarošová, Zeleníková, 2014).

1.5.1 Klinické doporučené postupy

Jarošová, Zeleníková (2014) uvádí, že nejnovějším trendem, jsou klinická doporučení, pokyny, směrnice, podporující rozhodovací procesy v péči o pacienta. Doporučení, intervence a pokyny, které klinické doporučené postupy obsahují, jsou založeny na systematických přehledech existujících klinických důkazů z výzkumu a jsou hlavním zdrojem pro péči poskytovanou na základě důkazu. Tyto postupy poskytují doporučení pro prevenci, léčbu a péči všech vážnějších onemocnění, poruch a zdravotních problémů. Klinické doporučené postupy jsou dokumentem, shrnujícím nejlepší současné důkazy, týkajícím se zdravotní péče a jsou předkládány tak, aby aplikace důkazů do praxe byla jednoznačná a jasná. Jednou z jejich mnoha funkcí je pomáhat zdravotnickým pracovníkům při rozhodování o klinické aplikaci vhodných intervencí, které jsou podpořeny výsledky výzkumu. Mají svým uživatelům ušetřit čas s vyhledáváním primárních důkazů a informací pro podporu praxe (Jarošová a kol., 2015). Klinické doporučené postupy jsou sekundárním zdrojem informací a jsou to vytříbené přehledy nejlepších dostupných důkazů (Jarošová, Zeleníková, 2014). Klinické doporučené postupy vznikají na mezinárodní, národní, ale i lokální úrovni. Tvorbu těchto postupů organizuje mnoho různých institucí. Nejčastěji odborné společnosti pracovníků ve zdravotnictví, ať už se jedná o lékařské, ošetrovatelské či jiné společnosti zdravotnických pracovníků (Líčeník, 2013). V klinickém doporučeném postupu musí být jasně dána základní kritéria jeho použití. Například pro jakou cílovou skupinu, pro jaký typ péče, pro jaké zařízení, je daný postup určen. Dále musí být

popsáno, které postupy, intervence či léčba nebo péče jsou doporučovány, včetně jejich omezení. Klinické doporučené postupy jsou nástroj, který pomáhá v klinickém rozhodování nejen lékařů, ale i sester a dalších zdravotnických pracovníků. Doporučené postupy, které jsou kvalitně zpracovány, včetně nejlepších aktuálních důkazů, vedou ke zkvalitnění poskytované péče. Také pomáhají snížit riziko vyskytujících se lidských chyb, jelikož jsou vodítkem pro ty, kteří nemají jistotu, jak léčit či ošetřovat. Doporučení a pravidla, která jsou zahrnuta v klinickém doporučeném postupu, jsou stanovena obecně, a však nejsou závazná pro aplikaci v každé situaci. Jejich smyslem je být průvodcem a radit zdravotnickým pracovníkům, nikoliv nařizovat, jak se co má dělat. Je důležité vždy zvažovat, jak jsou jednotlivá doporučení vhodná pro každý individuální přístup. Klinické doporučované postupy jsou také používány jako edukační a studijní materiál, určený pro pregraduální a postgraduální vzdělávání zdravotnických pracovníků (Jarošová, Zeleníková, 2014).

1.6 Hygienická péče a praxe založená na důkazech

1.6.1 Celková koupel

Americká asociace sester intenzivní péče uvádí výhody v používání balených čistících prostředků k celkové koupeli pacienta na lůžku. Stávající důkazy říkají, že i taková rutinní činnost, jako je koupel nemocného na lůžku, je třeba aktualizovat, aby se snížila rizika infekce a zvýšil přínos pro pacienta. Také doporučují plánovat čas koupele na základě klinických potřeb a preferencí pacienta. Tím se vyhnout jejich probouzení výhradně k zajištění hygienické péče. Na základě důkazů zahrnuje koupel nemocných poskytnutí denní koupele, zlepšení hygieny a zvýšení pohodlí pro nemocného. Doporučuje používat jednorázová umyvadla, aby se snížilo riziko bakteriální kontaminace. Sestra by se měla vyvarovat používání nefiltrované vody z vodovodu. Jako alternativu by měla používat výrobky v hotovém balení, destilovanou nebo sterilní vodu nebo filtrovanou vodu z kohoutů. Dalším doporučením je používání bezoplachových čistících prostředků s vyváženým pH, které jsou lepší než alkalická

mýdla. Po každé koupeli sestra natře pacienta změkčovací pokožky, čímž zabrání její suchosti. K denní koupeli nemocného by měla používat žínku na jednorázové použití, která je již v připraveném balení a obsahuje 2% chlorhexidylglukonát, který snižuje kolonizaci specifických bakterií a infekcí s multirezistentními kmeny (AACN, 2013). Přesto, že výsledek koupání je pro udržení hygieny pacienta primární, existují i jiné výhody, včetně pohodlí pacienta a výsledky v oblasti zdraví. Kromě toho snižuje tělesný pach a stimuluje krevní oběh, pomáhá při odstraňování nečistot a mikroorganismů z kůže a snižuje potenciál pro infekci. Mezi další výhody patří pohoda pacienta, snižuje mírně horečku a poskytuje příležitost k posouzení integrity kůže. Koupání, ať již ve vaně nebo na lůžku, poskytuje závislým pacientům alternativní způsob jak zůstat čistý a svěží. Tradičně a historicky používané pomůcky, jako jsou umyvadla, ručníky a mýdla nahrazují v poslední době pomůcky na jednorázové použití. Jsou jimi čistící utěrky a vlhčené ubrousky, které se po použití zlikvidují. Koupání by mělo zlepšit hygienu, přemístit mikroby a snížit potenciál infekce. Používaná umyvadla, ale mohou být rezervoárem pro bakterie. Při mechanickém tření pokožky se uvolňuje její flóra do umyvadla, a toto může být zdrojem kontaminace z jedné osoby na druhou. Dalším z možných důvodů kontaminace umyvadla je to, že se po použití dostatečně nevysuší, ať již ručně nebo v myčce, a tím se stává zdrojem pro patogenní organismy a houby. Studie ukazují, že mýdlo a voda může mít přímý dopad na pokožku a představuje řadu hrozeb pro integritu kůže a kožní bariérové funkce (Veje, Larsen, 2014). Schoonhoven et al. (2015) uvádí, že v posledních deseti letech jsou jako alternativa tradiční hygieny nesoběstačných pacientů užívány jednorázové žínky. Tato pomůcka je vyrobena ze směsi jemných vláken obsahujících čistící a ošetřující látky, které jsou optimalizovány pro integritu kůže. Jejich studie, která se zabývala porovnáním tradiční hygienické péče s užitím mýdla a vody a užitím jednorázové žínky bez použití vody, poukázala na to, že rozdíly mezi těmito technikami nejsou tak značné. Mytí bez vody a tradiční hygienická péče mají podobné účinky při výskytu kožních lézí, jakými jsou intertrigo, dermatitidy a kandidózy. Přesto ale mytí bez vody mírně chrání proti těmto kožním lézím. Srovnání nákladů na jednotlivou techniku bylo také více či méně podobné. Mytí bez vody, může být obecně velice efektivní alternativou tradiční

hygienické péče. Veje, Larsen (2014) poukazuje na to, že mytí mýdlem a vodou a vysoušení ručníkem má rušivý vliv na kožní bariéry. Právě kombinace čistícího a změkčovacího ubrousku pomáhá obnovit a zlepšit kůži, která je pak vláčná a jemná. Dochází tím ke snížení celkové suchosti kůže a odlupování po dobu až šesti měsíců. Bylo prokázáno, že tyto jednorázové ubrousky jsou vhodnější pro pacienty na intenzivní a dlouhodobé péči. Existuje mnoho společností, které se zabývají a vyrábí jednorázové hygienické ubrousky. Složky obsažené v jednotlivých produktech se mohou lišit, a samozřejmě mohou způsobovat různé kožní reakce (Schoonhoven et al., 2015).

1.6.2 Hygiena dutiny ústní

Orální péče je důležitá nejen z pohledu zdraví, ale i pohody pacientů. Účelem ústní hygieny by mělo být to, aby rty a sliznice v dutině ústní zůstaly čisté, neporušené a vlhké. Čištěním zubů a dutiny ústní, včetně umělého chrupu, dochází k odstranění zbytků potravy a plaku, tím k zabránění zápachu z úst a zmírnění nepříjemného pocitu. Tyto činnosti rovněž zabraňují vzniku orální infekce (Malkin, 2009). Malkin (2009) uvádí provádět hygienu dutiny ústní alespoň dvakrát denně, za pomoci měkkého zubního kartáčku a fluoridové zubní pasty. Doporučuje čištění mezizubních prostor pomocí zubní nitě, pokud to zdravotní stav pacienta dovoluje. Sestra by měla rovněž použít antiseptickou ústní vodu dvakrát denně, udržovat rty nemocného vlhké a vláčné za pomoci parafínu nebo balzámu na rty. Türk et al. (2012) ve své popisné studii též uvádí použití měkkého zubního kartáčku a pasty jako nejlepší důkaz pro ústní hygienu. Naopak použití tampónu či gázy k očištění plaku ze zubů hodnotí jako málo účinné. Ganz et al. (2013) poukazuje na používání gázy, ústních špachtlí, citrónové vody a hydrogenuhličitanu sodného jako na praktiky, které již nejsou založené na důkazech. Za správné považuje posouzení stavu dutiny ústní, používání měkkých zubních kartáčků a vypláchnutí úst roztokem chlorhexidinu nebo pomocí namočených molitanových štětiček. To doporučuje alespoň jedenkrát za směnu.

1.6.3 Péče o kůži

Zachování integrity kůže u hospitalizovaných pacientů je jedním z nezákladnějších cílů ošetrovatelské praxe. Prevence, obnova či léčba poškozené kožní integrity, ať už se jedná o otoky, hematomy, infekce kůže či jiné, patří ke klinickým znalostem a dovednostem sester (Gardiner et al., 2008).

V prevenci vzniku dekubitů Cooper (2013) zmiňuje pacienta polohovat každé dvě hodiny. Hlava pacienta by měla být ve zvýšené poloze nejvíce však 30 stupňů, aby se zabránilo tlaku na kostrč. Samozřejmě se vždy u každého pacienta posuzují rizika vzniku dekubitů. Ve Spojených státech to jsou nejčastěji hodnotící škály dle Nortonové a Bradenové. Ayello (2012) doporučuje, jako sesterské intervence prevence vzniku dekubitů, péči o kůži. Sestra by měla vždy znečištěnou kůži očistit a přitom se vyhnout používání dráždivých čistících prostředků. Znečištěná kůže by měla být umyta od čisté oblasti kůže k oblasti znečištěné, z důvodu zabránění přenosu bakterií ze špinavé plochy kůže na plochu čistou (Burton, Ludwig, 2015). K tomuto úkonu by měla používat změkčovadla na suchou pokožku a chránit kůži před vlhkostí. Pacienta polohuje podle jeho aktuálního stavu, nejméně však jednou za dvě hodiny, a udržuje ho v poloze mimo zarudnuté plochy. Dále by měla používat polohovací a zdvihací zařízení, aby při přitažení pacienta v lůžku nedocházelo k tlaku a tření (Ayello, 2012).

1.6.4 Péče orientovaná na pacienta

Koncept péče orientované na pacienta získal u nás v posledních letech zvýšenou pozornost a nyní je považován za podstatnou aspiraci vysoce kvalitního systému zdravotní péče. Tento koncept začal v osmdesátých letech dvacátého století a zahrnuje aktivní přístup zaměřený na poskytování péče s ohledem na pacientovy potřeby a preference (Patient centered care, 2015).

Ve zdravotnictví je péče orientovaná na pacienta formulována jako péče, která je poskytována v souladu s hodnotami, potřebami a přáním pacienta. Této péče je dosaženo, pokud zdravotničtí pracovníci zapojí pacienta do diskuze a do rozhodnutí o jeho zdravotním stavu. Také jí je částečně dosaženo, pokud se personál do pacientovy

situace vcítí, naslouchá mu, a přistupuje k němu holistickým způsobem. Péče orientovaná na pacienta je pracovní přístup, který má mnoho výhod. Byla navržena jako prostředek k dosažení lepších výsledků v oblasti zdraví, spokojenosti pacienta, ale i v oblasti ekonomické, ve které se usiluje o snižování nákladů na zdravotní péči (Constad et al., 2014).

Při poskytování této péče je důležité a nezbytné, aby sestra respektovala pacientovy hodnoty, postoje a vnímala individualitu každého jednotlivce, který vyjadřuje svoje vlastní subjektivní potřeby. Tento termín, by měl popisovat interakci mezi pacientem a zdravotníkem, který má vliv na konečný důsledek a výsledek jeho léčby (Lusk, Fater, 2013).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, na základě čeho všeobecné sestry vykonávají vybrané ošetrovatelské postupy.

Cíl 2: Zjistit, zda je dobrá praxe využívána u vybraných ošetrovatelských postupů.

Cíl 3: Zjistit, jaké podvědomí mají všeobecné sestry o pojmu evidence based practice – dobré praxi

2.2 Hypotézy

H1: Všeobecné sestry vykonávají vybrané ošetrovatelské postupy více podle svých znalostí získaných při studiu, nežli podle lokálních profesních standardů péče.

H2: Všeobecné sestry nejčastěji vykonávají vybrané ošetrovatelské postupy podle zvyklostí oddělení, kde pracují, než na základě EBN.

H3: Všeobecné sestry s bakalářským a magisterským vzděláním mají větší podvědomí o pojmu EBP, nežli sestry se středoškolským a vyšším odborným vzděláním.

2.3 Výzkumná otázka

VO1: Jakou roli hraje EBN ve vybraných ošetrovatelských postupech v praxi sester?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Diplomová práce byla zpracována formou kvantitativního i kvalitativního výzkumného šetření.

K naplnění cílů práce pomocí kvantitativního výzkumného šetření byla použita metoda dotazování pomocí dotazníků, které byly určeny všeobecným sestřám, pracujícím na lůžkových odděleních. Dotazníky byly dobrovolné a anonymní. Před samotným rozdáním dotazníků byl nejdříve proveden předvýzkum, kterým byla ověřena srozumitelnost a vhodnost formulace otázek. Po této sondáži byly některé z otázek přepracovány a bylo prohozeno jejich pořadí. Dotazník obsahoval 25 otázek (Příloha č. 1). První tři otázky měly identifikační charakter výzkumného souboru. Zbylé otázky obsahovaly tematiku hygienické péče a znalostí pojmu EBP. Výsledky šetření byly vyhodnoceny pomocí grafů, a tabulek programem Microsoft Excel 2010 a Microsoft Word 2010. Pro ověření hypotéz bylo využito Pearsonova chí kvadrát testu. K hypotéze č. 1 se vztahují dotazníkové otázky č. 4, 5, 6. K hypotéze č. 2 patří otázky č. 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17. S hypotézou č. 3 jsou spjaty otázky č. 3, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25.

Pro kvalitativní výzkumné šetření bylo použito metody přímého zúčastněného pozorování všeobecných sester a zvoleno šest kategorií. Záznam byl proveden do záznamového archu (Příloha č. 2), díky němuž došlo poté k vlastní analýze pozorovaných údajů. Tyto údaje byly zpracovány do tabulek, programem Microsoft Word 2010. Pozorování bylo zaměřeno na komplexní hygienickou péči, rozdělenou do šesti kategorií. Těmito kategoriemi byly hygiena dutiny ústní, péče o nemocniční oděv, celková koupel u nesoběstačného pacienta, péče o nehty, mytí vlasů a péče o kůži.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor jak pro kvalitativní tak pro kvantitativní šetření tvořily všeobecné sestry pracující na lůžkových odděleních.

Distribuce dotazníků probíhala formou osobního předání. Výzkumný soubor zde tvořily všeobecné sestry, převážně z Jihočeského kraje, ale malé množství dotazníků vyplnili respondenti z různých částí České republiky. Celkem bylo rozdáno 165 dotazníků. Vrátilo se 138 dotazníků, 4 z nich byly prázdné nebo neúplné. Tyto dotazníky nebyly zahrnuty do výzkumného šetření. Návratnost činila 81 % a celkem tedy bylo zahrnuto do výzkumného šetření 134 dotazníků.

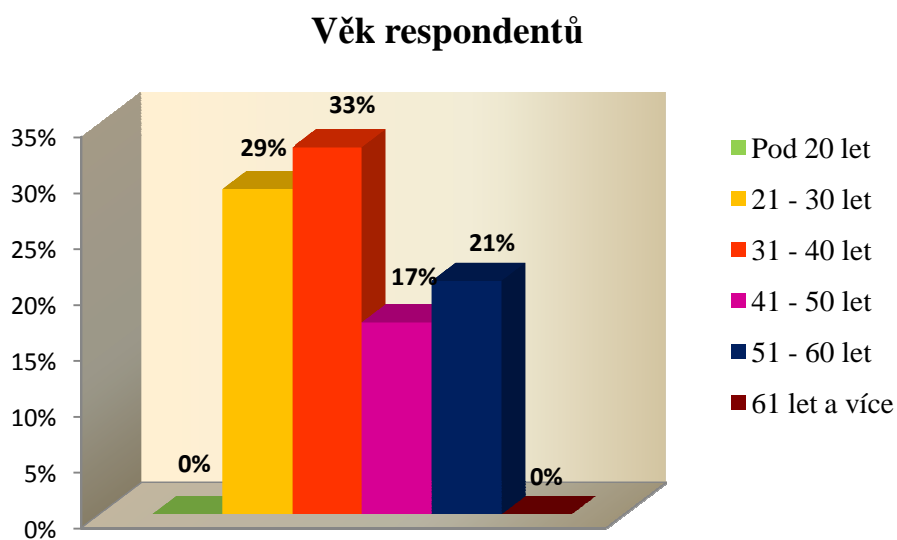
Metoda pozorování byla využita v krajské nemocnici na dvou lůžkových odděleních, obou interního typu.

Výzkumné šetření proběhlo se souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči dané nemocnice. Všichni účastníci výzkumného šetření byli informováni a ujištěni o anonymitě při zpracování a prezentování výsledků této práce. Šetření probíhalo v březnu roku 2016.

4 Výsledky

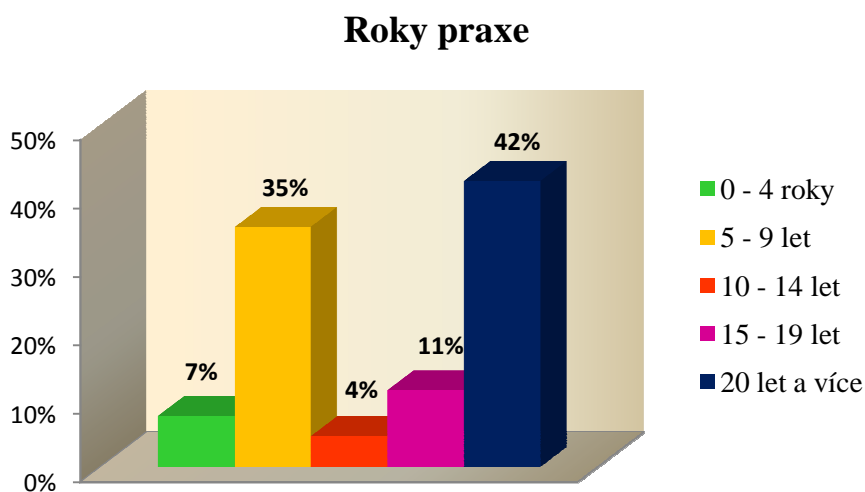
4.1 Vyhodnocení grafů vycházející z kvantitativního výzkumného šetření

Graf 1



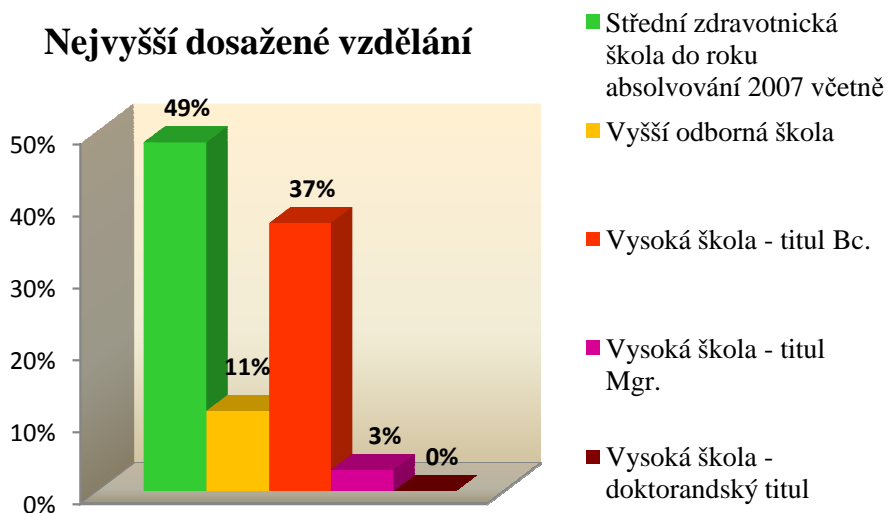
Graf znázorňuje věkové kategorie respondentů. Věková kategorie pod 20 let není zastoupena žádným respondentem. Věkovou kategorií 21 – 30 let zastupuje 39 respondentů (29 %). Ke druhé věkové kategorii od 31 – 40 let se hlásilo 44 respondentů (33 %). Kategorie 41 – 50 let byla zastoupena počtem 23 respondentů (17 %). Kategorie 51 – 60 let byla zastoupena 28 respondenty (21 %). Poslední věková kategorie, 61 let a více, nebyla zastoupena žádným respondentem.

Graf 2



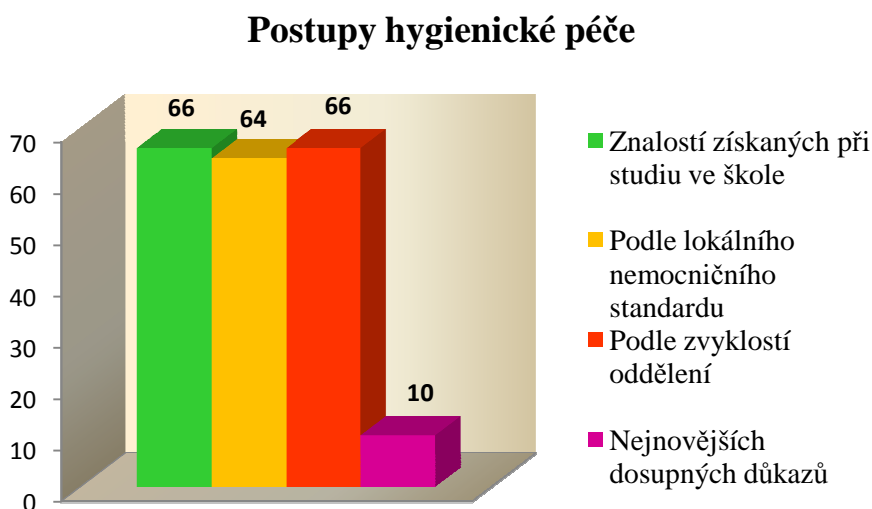
Graf prezentuje délku praxe všeobecných sester. Do maximálně čtyřleté praxe se řadilo 10 respondentů (7 %). 5 – 9 let praxe označilo 47 respondentů (35 %). 10 – 14 odpracovaných let zastupovalo 6 respondentů (4 %). 15 respondentů (11 %) označilo odpověď 15 – 19 let praxe. Délku praxe, 20 let a déle, zastoupilo 56 respondentů (42 %).

Graf 3



Tento graf znázorňuje zastoupení nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů. Středoškolské vzdělání do roku absolvování 2007 včetně uvedlo 65 respondentů (49 %). Vyšší odborné vzdělání uvedlo 15 (11 %), vysokoškolské vzdělání s titulem Bc. 50 (37 %), vysokoškolské s titulem Mgr. 4 (3 %) a doktorandský titul neuvedl žádný z respondentů.

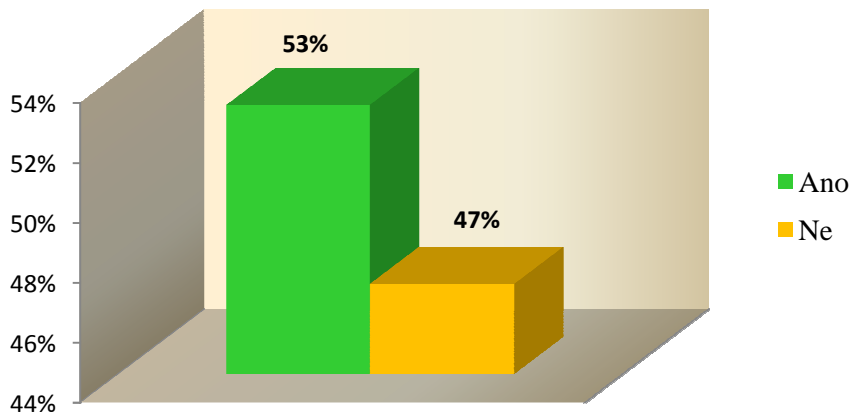
Graf 4



Graf prezentuje, podle čeho respondenti postupují při provádění hygienické péče. Respondenti mohli zvolit více možností. Podle znalostí získaných při studiu postupuje 66 respondentů, 64 respondentů podle lokálního nemocničního standardu. Podle zvyklostí oddělení postupuje též 66 respondentů a možnost poslední, dle nejnovějších dostupných důkazů, odpovědělo respondentů 10.

Graf 5

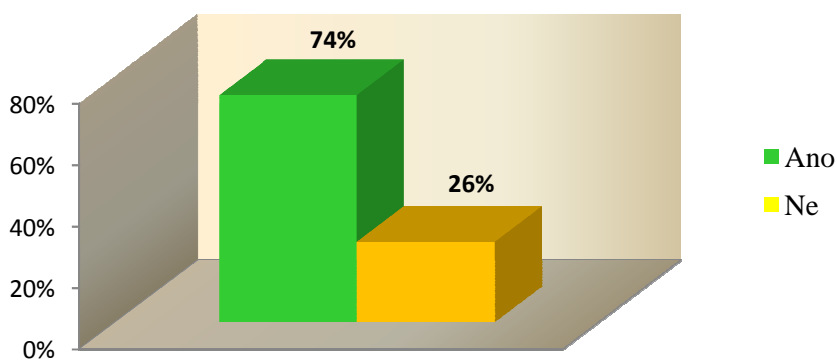
Využití lokálního nemocničního standardu



71 respondentů (53 %) někdy využilo lokální nemocniční standard k provádění hygienické péče a zbylých 63 respondentů (47 %) lokální nemocniční standard k tomuto výkonu nevyužilo.

Graf 6

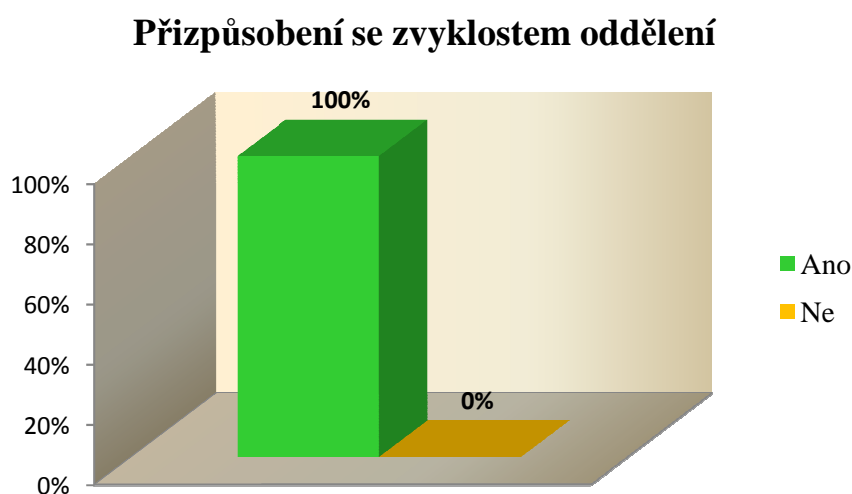
Dostatečnost znalostí získaných při studiu



Graf popisuje názor respondentů na to, zda si myslí, že znalosti, které získali při studiu ve škole, jsou dostatečné k provádění hygienické péče. 99 respondentů (74 %) uvedlo, že si myslí, že znalosti, které získali při studiu jsou dostatečné a 35 respondentů (26 %) si myslí, že tyto znalosti dostačující nejsou. Respondenti měli možnost uvést, o které oblasti se jedná. 6 respondentů uvedlo, že jim ve výuce chyběly nejnovější

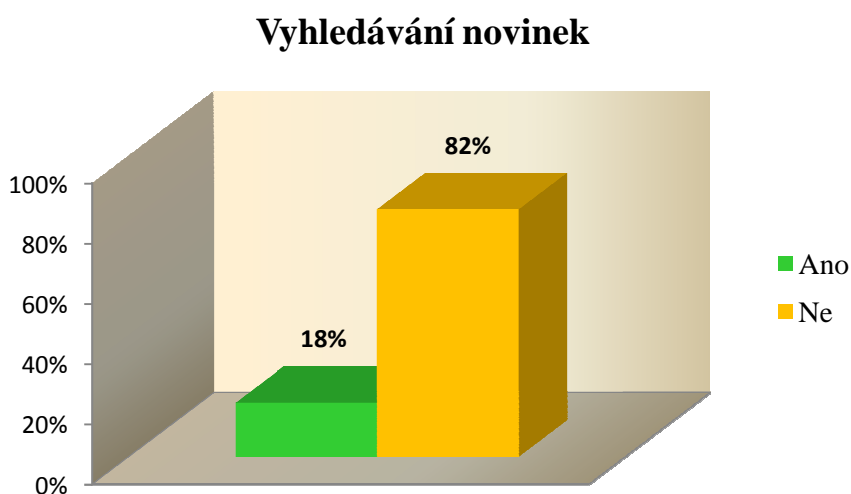
poznatky a materiály. Nedostatky, v hygienické péči o pacienty s polytraumatem uvedli 4 respondenti. Výuka hygienické péče o pacienty na umělé plicní ventilaci a s tracheostomickou kanylou byla nedostatečná pro 3 respondenty. Oblast hojení ran uvedl 1 respondent a též 1 respondent uvedl oblast úpravy nehtů pacientům. Základy bazální stimulace chyběly 1 respondentovi a 19 respondentů tuto možnost nekonkretizovalo.

Graf 7



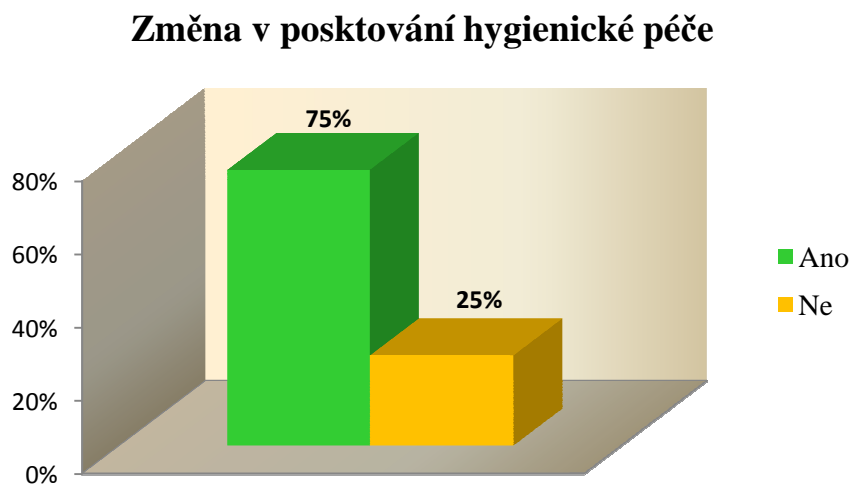
134 respondentů (100 %) se při provádění hygienické péče o pacienty přizpůsobilo zvyklostem oddělení. I tuto otázku mohli respondenti konkretizovat. Nejvíce, 41 respondentů, se přizpůsobilo časovému harmonogramu provádění hygienické péče. 17 respondentů se přizpůsobilo v oblasti materiálních možností, 12 systému organizace péče oddělení. Při mytí vlasů se zvyklostem přizpůbili 2 respondenti, při péči o dutinu ústní 1 respondent, též 1 respondent v oblasti výměny ložního prádla. 1 z respondentů se přizpůbil tím, že hygienickou péči ve většině případů neprovádí, protože ji na oddělení realizuje nižší zdravotnický personál. 59 respondentů tuto odpověď nekonkretizovala.

Graf 8



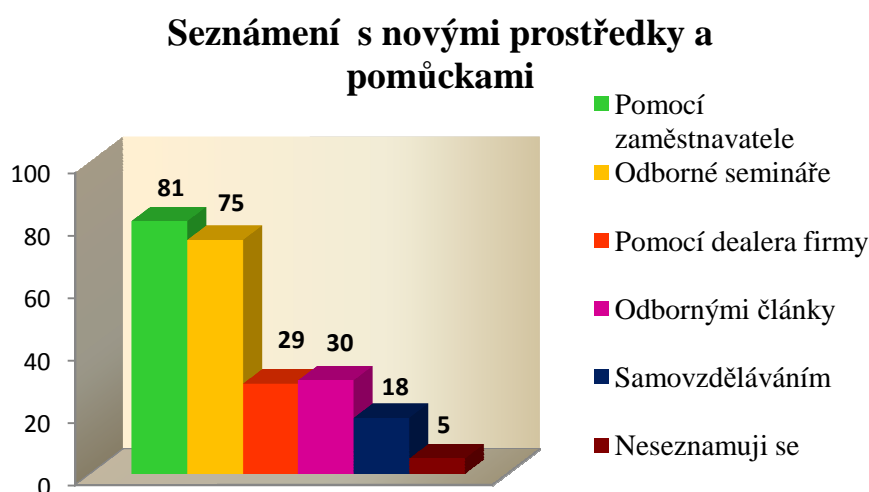
Graf znázorňuje, zda si respondenti vyhledávají novinky v odborných člancích týkající se hygienické péče. 24 respondentů (18 %) si novinky vyhledává, a 110 respondentů (82 %) si žádné novinky samo nevyhledává. Někteří z respondentů uvedli, kde si novinky týkající se hygienické péče vyhledávají. 9 respondentů v odborných časopisech. Konkrétně, časopis Sestra uvedlo 8 respondentů a časopis Florence 5 respondentů. Na internetu si novinky vyhledávají 4 respondenti, novinky na odborných seminářích 3 respondenti. Pouze 1 respondent si sám vyhledává články v odborných databázích.

Graf 9



101 respondentů (75 %) si myslí, že se způsob poskytování hygienické péče v posledním desetiletí změnil. Zbýlých 33 respondentů (25 %) si toto nemyslí. Respondenti měli možnost uvést, v čem vidí změnu v poskytování hygienické péče v posledním desetiletí. Nejvíce, a to 82 respondentů si myslí, že změny se týkají pomůcek a materiálů k hygienické péči. Další změnu, a to v postupu provádění hygienické péče, viděli 3 respondenti, že se změnil přístup k pacientovi a to k lepšímu, odpověděli 2 respondenti, též 2 respondenti uvedli důkladnější provádění hygienické péče. 2 respondenti viděli změnu v tom, že je méně času na hygienickou péči. Změnu začátku času hygienické péče uvedl 1 respondent, též 1 respondent uvedl speciální péči o dutinu ústní a 1 respondent si myslí, že je kladen větší důraz na hygienicko-epidemiologický režim.

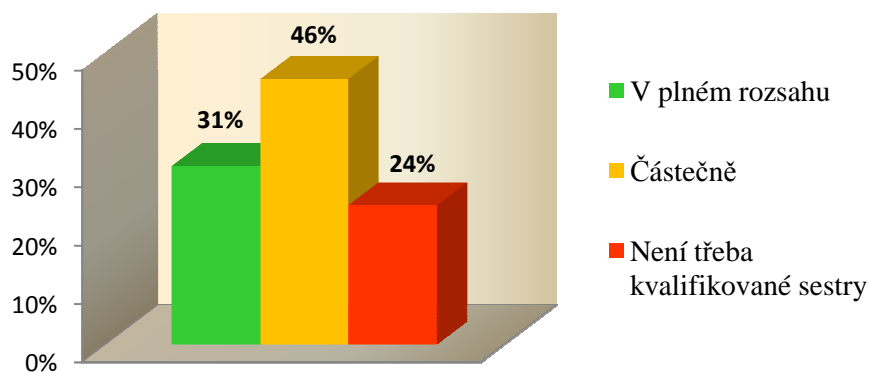
Graf 10



Graf popisuje, jak a zda, se respondenti seznamují s novými pomůckami a prostředky k hygienické péči. Pomocí zaměstnavatele se seznamuje 81 respondentů, 75 respondentů na odborných seminářích, 29 pomocí dealera firmy, 30 odbornými články a 18 samovzděláváním. Pouze 5 respondentů se s žádnými novinkami neseznamuje.

Graf 11

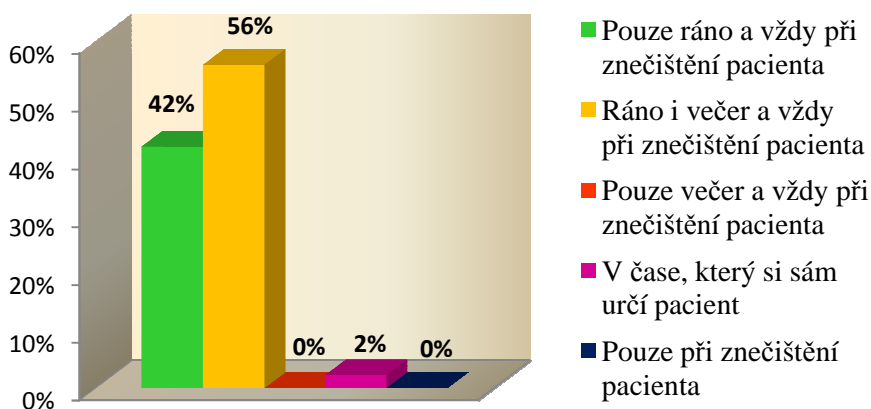
Zapojení kvalifikované sestry do hygienické péče



Graf ukazuje názor respondentů na to, jak by měla být kvalifikovaná sestra zapojena do hygienické péče. Možnost „v plném rozsahu“ uvedlo 41 respondentů (31 %), „částečně“ 61 respondentů (46 %) a možnost „není třeba kvalifikované sestry k hygienické péči“ uvedlo 32 respondentů (24 %).

Graf 12

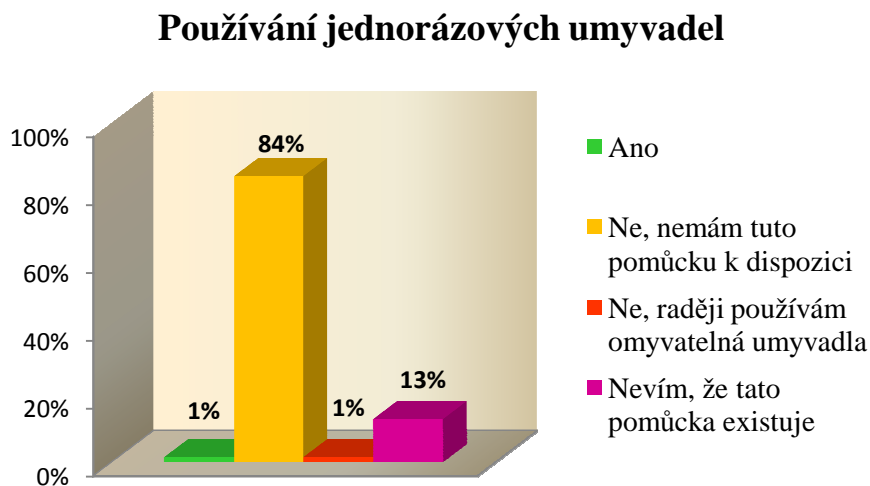
Čas provádění hygienické péče



V grafu je uvedeno, kdy respondenti provádějí hygienickou péči. „Pouze ráno a vždy při znečištění pacienta“ odpovědělo 56 respondentů (42 %). „Ráno i večer a vždy při znečištění pacienta“ uvedlo 75 respondentů (56 %). Možnost „pouze večer

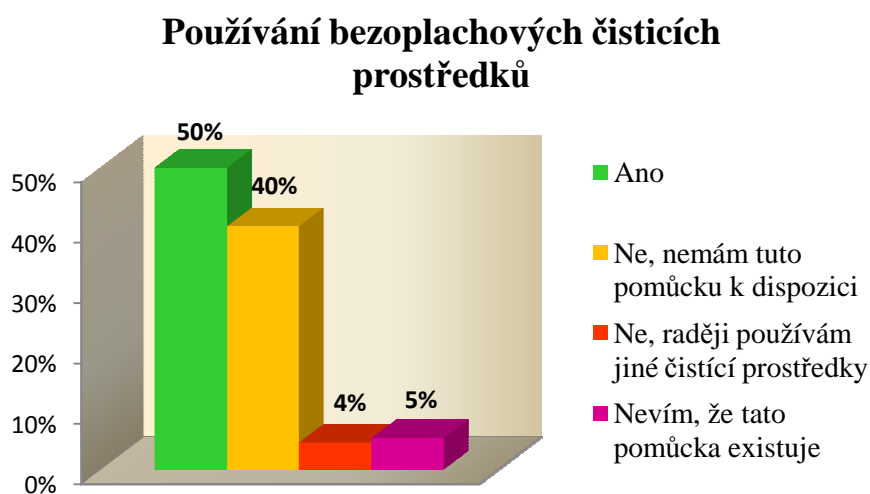
a vždy při znečištění pacienta“ neuvedl žádný z respondentů. „V čase, který si sám pacient určí“ odpověděli 3 respondenti (2 %). Možnost „pouze při znečištění pacienta“ neuvedl též žádný z respondentů.

Graf 13



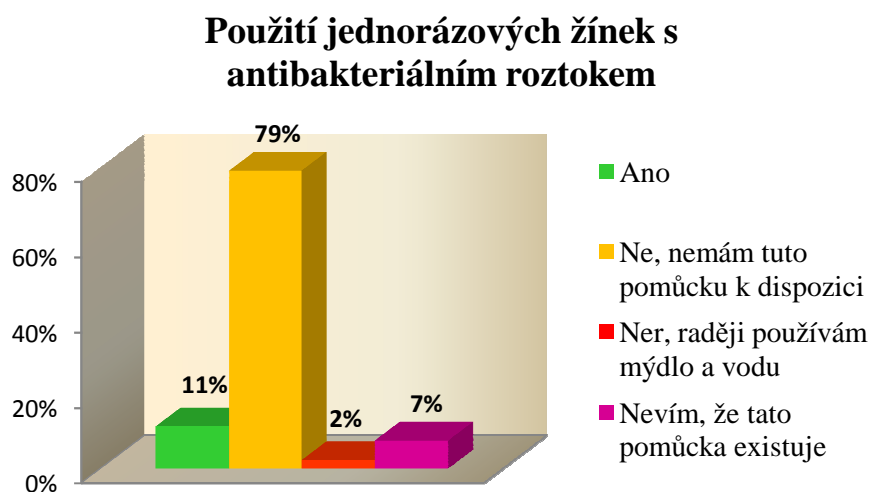
Graf prezentuje, zda respondenti používají při hygienické péči o pacienta jednorázová umyvadla. 2 respondenti (1 %) uvedli, že tyto umyvadla používají. 113 respondentů (84 %) tuto pomůcku nepoužívá, protože ji nemá k dispozici a 2 (1 %) ji nepoužívají proto, že raději používají omyvatelná umyvadla. 17 respondentů (13 %) uvedlo, že neví o existenci této pomůcky.

Graf 14



Tento graf popisuje to, zda respondenti používají bezoplachové čisticí prostředky při hygienické péči o pacienta. 67 respondentů (50 %) tyto prostředky k hygienické péči používá. 54 respondentů (40 %) je nepoužívá, protože tuto pomůcku nemají k dispozici a 6 respondentů (4 %) ji nepoužívá proto, že raději používají jiné, čisticí prostředky. O existenci této pomůcky neví 7 respondentů (5 %).

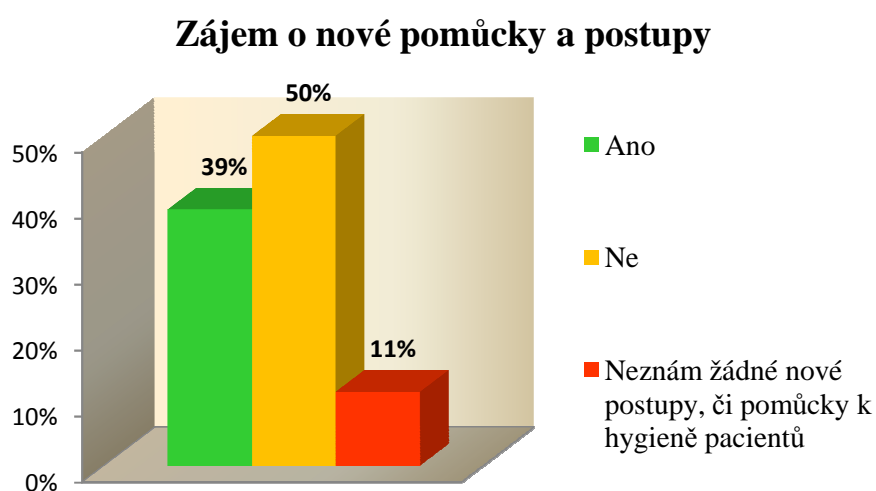
Graf 15



Graf 15 poukazuje na používání jednorázových žínek obsahujících antibakteriální roztok, bez použití mýdla a vody. 15 respondentů (11 %) tuto pomůcku používá.

Možnost „ne, nemám tuto pomůcku k dispozici“ uvedlo 106 respondentů (79 %). Možnost „ne, raději používám mýdlo a vodu“ uvedli 3 respondenti (2 %) a poslední možnost, „nevím, že tato pomůcka existuje“ zodpovědělo 10 respondentů (7 %).

Graf 16



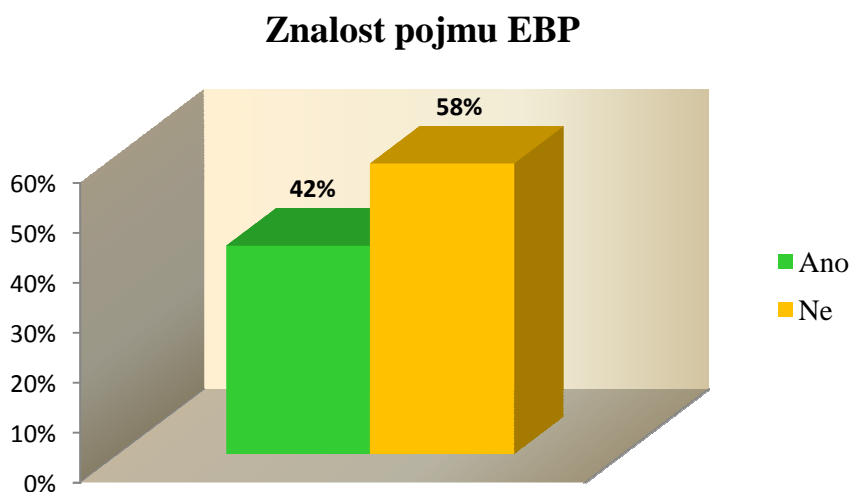
Zda respondenty překvapily některé z nových postupů a pomůcek k hygienické péči znázorňuje tento graf. 52 respondentů (39 %) bylo překvapeno novými pomůckami a postupy. 67 respondentů (50 %) překvapeno nebylo a 15 respondentů (11 %) nezná žádné nové postupy či pomůcky k hygienické péči. Někteří respondenti uvedli, které nové pomůcky, je zaujaly. 6 respondentů bylo zaujato bezoplachovými čisticími prostředky, 5 respondentů čepicí na mytí vlasů bez použití vody, 3 respondenty zaujala jednorázová umyvadla a též 3 respondenty, jednorázové antibakteriální ubrousky. Tuto odpověď nekonkretizovalo 34 respondentů.

Tabulka 1 Oblasti změny při provádění hygienické péče

Dostatek personálu	21	16 %
Lepší materiální vybavení	14	10 %
Více času	13	10 %
Dostatečné množství pomůcek	8	6 %
Častěji prováděná hygienická péče	4	3 %
Větší důraz na intimitu	2	1 %
Větší důraz na hygienu DÚ	1	1 %
Zapojení rodiny	1	1%
Větší důraz na hygienicko-epidemiologický režim	1	1 %
Žádná změna	69	51 %
Celkem	134	100 %

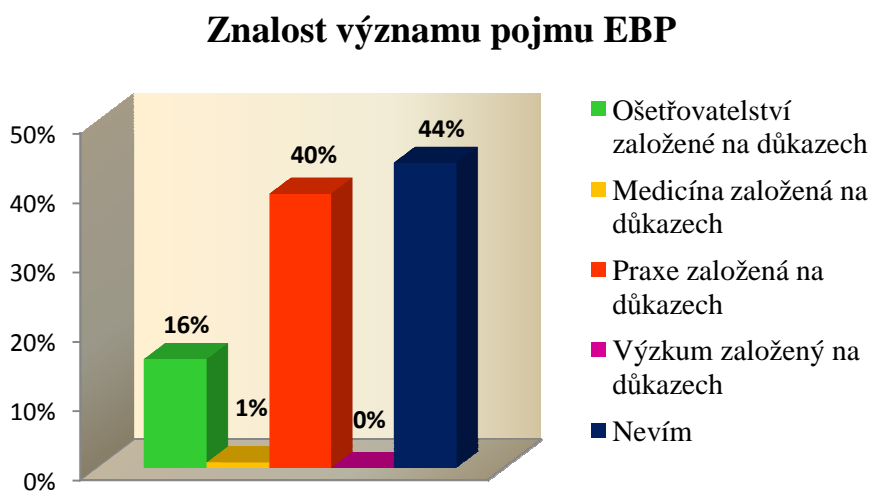
Tabulka popisuje odpovědi na otázku, která byla otevřená, a respondenti měli možnost odpovědět na to, zda by něco změnili na hygienické péči o nesoběstačné pacienty, pokud by měli tu možnost. 21 respondentů (16 %), uvedlo „dostatek personálu“. 14 respondentů (10 %) by si přálo lepší materiální vybavení a 13 respondentů (10 %) více času na provádění hygienické péče. 8 respondentů (6 %) by chtělo dostatečné množství pomůcek a 4 respondenti (3 %) častěji provádět hygienickou péči. 2 respondenti (1 %) uvedli „větší důraz na intimitu“ a 1 respondent (1 %) „větší důraz na hygienu dutiny ústní“. 1 respondent (1 %) by do hygienické péče zapojil rodinu pacienta. Též 1 respondent (1 %) by změnil to, aby se kladl větší důraz na hygienicko-epidemiologický režim. V oblasti provádění hygienické péče u nesoběstačných pacientů by 69 respondentů (51 %) nic nezměnilo.

Graf 17



56 respondentů (42 %) odpovědělo, že vědí, co znamená pojem EBP. Zbylých 78 (58 %) uvedlo, že nevědí, co znamená pojem evidence based practice.

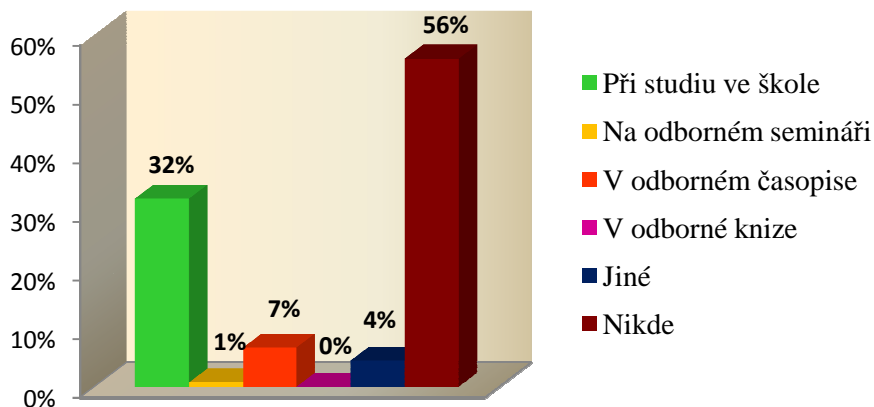
Graf 18



Graf prezentuje odpovědi respondentů na konkrétní možnosti významu pojmu EBP. „Ošetřovatelství založené na důkazech“ uvedlo 21 respondentů (16 %), „medicína založená na důkazech“ 1 respondent (1 %). Možnost „praxe založená na důkazech“ zvolilo 53 respondentů (40 %). „Výzkum založený na důkazech“ neuvedl ani jeden z respondentů. Možnost „nevím“ uvedlo 59 respondentů (44 %).

Graf 19

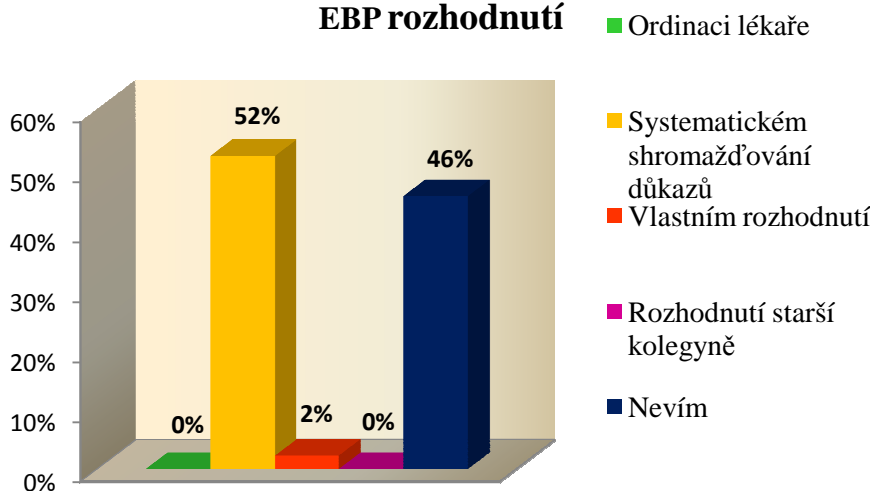
Setknání se s pojmem EBP



Z celkového počtu 134 respondentů (100 %) se s pojmem EBP setkalo 43 respondentů (32 %) při studiu ve škole, 1 (1 %) na odborném semináři, 9 (7 %) v odborném časopise. S tímto pojmem se nesetkal ani jeden respondent v odborné knize. Možnost „jiné“ uvedlo 6 respondentů (4 %), kdy 3 z nich se s tímto pojmem setkali na internetu, a zbylí 3 uvedli, že je s pojmem EBP seznámila kolegyně. 75 respondentů (56 %) se s tímto pojmem nikde nesetkalo.

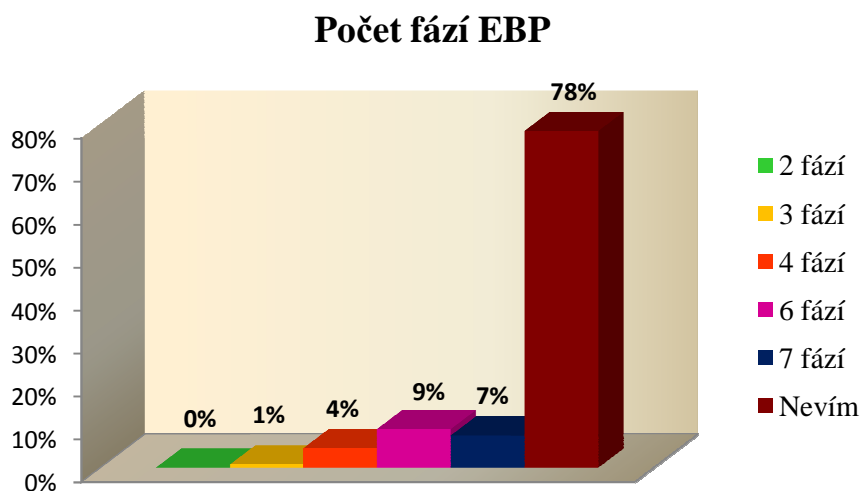
Graf 20

EBP rozhodnutí



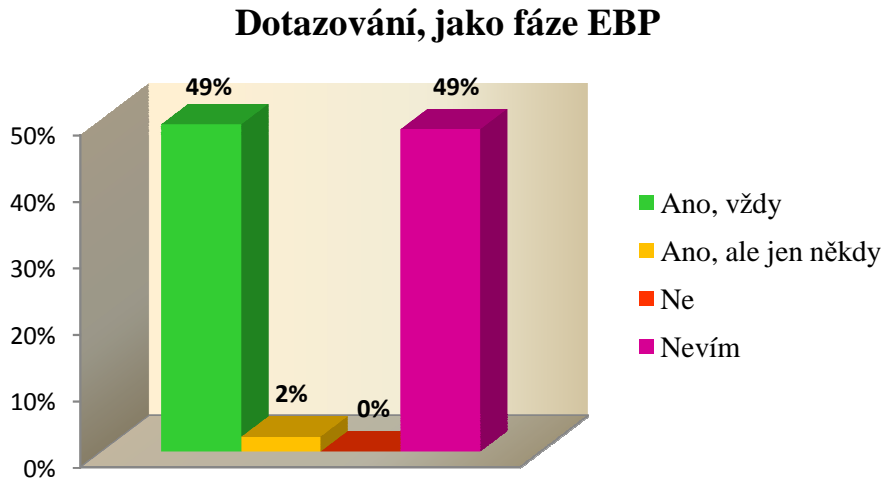
Žádný z respondentů si nemyslí, že EBP vyžaduje dělat rozhodnutí založené na ordinaci lékaře. Nejvíce, 70 respondentů (52 %) si myslí, že toto rozhodnutí je založené „na systematickém shromažďování důkazů. 3 respondenti (2 %) uvedli „na vlastním rozhodnutí“. Možnost „na rozhodnutí starší kolegyně“ též neuvedl žádný z respondentů. 61 respondentů (46 %) zvolilo možnost „nevím“.

Graf 21



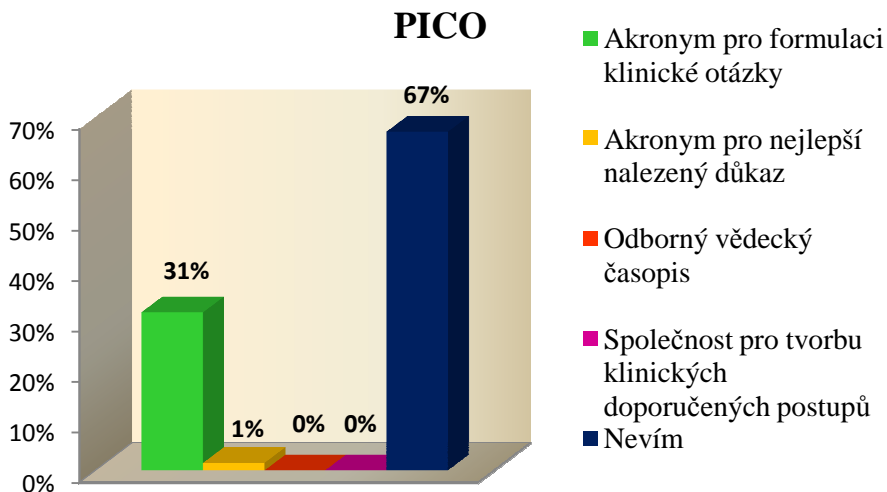
Graf popisuje odpovědi respondentů, na počet fází, z kterých se skládá proces EBP. 2 fáze neuvedl žádný z respondentů, 3 fáze uvedl 1 respondent (1 %), 4 fáze 6 respondentů (4 %), 6 fází zvolilo 12 respondentů (9 %) a 7 fází odpovědělo 10 respondentů (7 %). Možnost „nevím“ odpovědělo nejvíce respondentů, a to 105 (78 %).

Graf 22



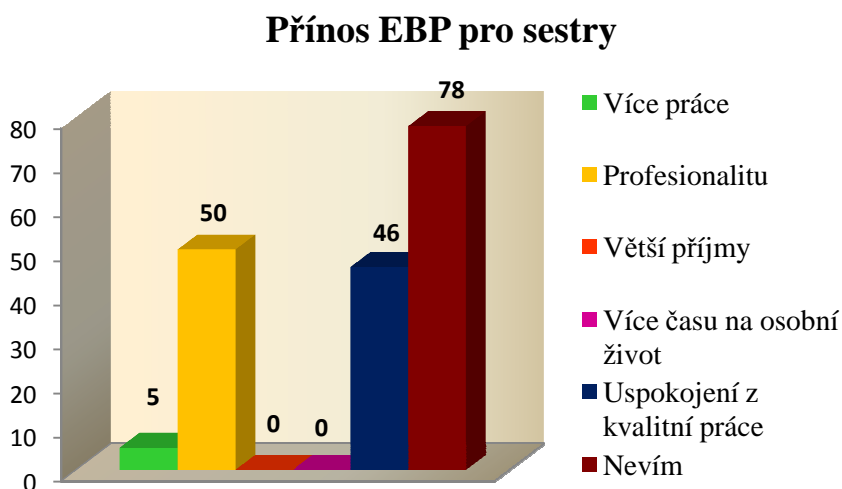
66 respondentů (49 %) si myslí, že dotazování patří vždy do fází EBP. „Ano, ale jen někdy“ uvedli 3 respondenti (2 %). Možnost „ne“ ne zvolil žádný respondent. „Nevím“ uvedlo 65 respondentů (49 %).

Graf 23



Že PICO, označuje akronym pro formulaci klinické otázky, uvedlo 42 respondentů (31 %). 2 respondenti (1 %) odpověděli, že se jedná o akronym pro nejlepší nalezený důkaz. Odborný vědecký časopis či společnost pro tvorbu klinických doporučených postupů nevedl ani jeden z respondentů. Možnost „nevím“ uvedlo 90 respondentů (67 %).

Graf 24



Co, všeobecným sestrám přináší provádění EBP, popisuje graf 24. Že přináší více práce, uvedlo 5 respondentů. 50 respondentů odpovědělo „profesionalitu“. Možnost „větší příjmy“ a „více času na osobní život“ nevedl žádný z respondentů. Možnost „uspokojení z kvalitní práce“ zodpovědělo 46 respondentů. Co, provádění EBP sestrám přináší, nevědělo 78 respondentů.

4.2 Vyhodnocení tabulek vycházející z kvalitativního výzkumného šetření

Tabulka 2 Hygiena dutiny ústní

Hygiena dutiny ústní	ANO	NE
Provádí se	4x	16x
Použití měkkého zubního kartáčku	0	20x
Použití 3% peroxidu vodíku či vatových štětiček	0	20x
Použití ústní vody	0	20x
Použití molitanových štětiček	2x	18x
Použití zubní nitě	0	20x
Péče o zubní protézu	2x	18x
Omytí	1x	19x
Vyčištění zubním kartáčkem	1x	19x
Naložením do roztoku pro zubní protézy	0	20x

Tabulka znázorňuje činnosti všeobecných sester při provádění péče o dutinu ústní. Pouze 4 sestry z celkového počtu 20, hygienu dutiny ústní provedly. Použití měkkého zubního kartáčku nebo 3% peroxidu vodíku či vatových štětiček, neprovedla žádná z pozorovaných. Též použití zubní nitě a ústní vody neprovedla ani jedna pozorovaná. Pouze použití molitanových štětiček využily dvě pozorované sestry. Péči o zubní protézu provedly též dvě pozorované, a to omytím zubní protézy a vyčištěním zubním kartáčkem. Naložení protézy do roztoku určeného pro zubní protézy neprovedla žádná z pozorovaných.

Tabulka 3 Péče o nemocniční oděv

Péče o nemocniční oděv	ANO	NE
Provádí se	17x	3x

Tabulka poukazuje na výměnu a péči o nemocniční oděv pacienta. Z celkového počtu 20 pozorovaných jich 17 provedlo výměnu nemocničního oděvu při ranní hygieně a zbylé 3 pozorované ponechaly stávající nemocniční oděv.

Tabulka 4 Péče o nehty

Péče o nehty	ANO	NE
Provádí se	0	20x

Tabulka poukazuje na to, zda pozorované všeobecné sestry pečovaly při hygienické péči o nehty pacienta. Všechny 20 pozorovaných tuto péči neprovedlo.

Tabulka 5 Mytí vlasů

Mytí vlasů	ANO	NE
Provádí se	7x	13x
Na lůžko vaně	7x	13x
Ve vaničce	0	20x
Suchým šamponem	0	20x

Tato tabulka znázorňuje to, zda pozorované prováděly během hygienické péče mytí vlasů nemocných. Z celkového počtu 20 pozorovaných, provedlo hygienu vlasů 7 pozorovaných a zbylých 13, vlasy pacientům neumylo. 7 pozorovaných, které tuto hygienu provádělo, využilo to, že pacient byl celkově myt na lůžko vaně. Vaničku k mytí vlasů ani suchý šampón nevyužila žádná z nich.

Tabulka 6 Péče o kůži

Péče o kůži	ANO	NE
Celkové zhodnocení kůže	20x	0
Použití hydratačního přípravku	6x	14x
Masáž zad	2x	18x
Polohování	16x	4x
Polohovací podložka	13x	7x
Roler	3x	17x
Zvedák	0	20x
Použití antidekubitárních pomůcek	12x	8x

Tabulka popisuje péči o kůži nemocného. Při provádění hygienické péče provedlo všech 20 pozorovaných celkové zhodnocení kůže. Pouze 6 pozorovaných použilo při hygienické péči hydratační přípravek na kůži nemocného a pouze 2 pozorované provedly nemocnému masáž zad. Většina pozorovaných a to 16, nemocného polohovalo a to za použití polohovací podložky, kterou využilo 13 pozorovaných a 3 pozorované k této činnosti využily roler. Zvedák nebyl využit ani jednou z pozorovaných a to z důvodu, že tuto pomůcku neměly na pracovišti k dispozici. K celkovému polohování nemocného využilo 12 pozorovaných antidekubitární pomůcky.

Tabulka 7 Celková koupel o nesoběstačného pacienta

Celková koupel o nesoběstačného pacienta	ANO	NE
<i>Uložení pomůcek k hygienické péči</i>		
Pojízdné vozíky	20x	0
Místnost k tomu určená	0	20x
Jiné	0	
<i>Pomůcky</i>		
Pouze voda	0	20x
Mýdlo, voda, žínka na jedno použití	20x	0
Jednorázové ubrousky bez použití mýdla a vody	0	20x
<i>Ručníky</i>		
Pacientovo vlastní	7x	13x
Jednorázové	13x	7x

Tabulka popisuje pozorování celkové koupele u nesoběstačného pacienta včetně pomůcek. Všechny pozorované měly na odděleních uložené pomůcky k hygienické péči na pojízdných vozících. K této činnosti používalo všech 20 pozorovaných mýdlo, vodu a žínku na jedno použití. Pouze vodou neměla ani jedna z pozorovaných.

Jednorázové ubrousky bez použití mýdla a vody nevyužila též žádná z pozorovaných a to také proto, že tato pomůcka nebyla na odděleních k dispozici. 7 pozorovaných použilo k osušení pacienta jeho vlastní ručník a zbylých 13 pozorovaných jednorázový ručník, kterým byl nejčastěji provizorní ručník se stávající z čistého povlaku či podložky k úpravě lůžka.

Tabulka 8 Pokračování celkové koupele u nesoběstačného pacienta

Celková koupel o nesoběstačného pacienta	ANO	NE
Dodržení intimity	11x	9x
Komunikace s pacientem	18x	2x
Vysvětlení prováděných činností	10x	10x
Zájem o jeho pocity	8x	12x
Použití lůžko vany	7x	13x
Hygiena genitálu	13x	7x
Výměna vody	0	20x
Postup od hlavy k dolním končetinám	20x	0
<i>Použití kosmetických přípravků</i>		
Pacientovo vlastní	2x	18x
Nemocniční	18x	2x
Vhodnost jejich použití	20x	0

Tato tabulka prezentuje pokračování celkové koupele u nesoběstačného pacienta. 11 pozorovaných z celkového počtu 20, dodrželo pacientovu intimitu, zbylých 13 pozorovaných na toto důraz nekladlo. S pacientem při provádění hygienické péče komunikovalo 18 pozorovaných, z nichž 10 vysvětlovalo pacientovi prováděné činnosti a 8 pozorovaných mělo zájem o pacientovy pocity, jak se cítí, jak se vyspal a zda neměl nějaké problémy či bolesti. Použití lůžko vany využilo 7 pozorovaných a zbylých 13 nemělo tuto pomůcku k hygienické péči o nemocné na oddělení k dispozici. Hygienu genitálu provedlo v době pozorování 13 sester a 7 jich tuto část zanedbalo. Výměnu vody k hygieně horní a dolní poloviny těla neprovedla žádná z pozorovaných. Postup

hygienické péče od hlavy k dolním končetinám provedlo všech 20 pozorovaných. Kosmetické přípravky, které pozorované používaly k hygienické péči, vždy byly vhodně použité. 2 pozorované použily na přání pacienta jeho vlastní kosmetické přípravky a zbylých 18 pozorovaných použilo přípravky nemocniční.

4.3 Vyhodnocení hypotéz za pomoci Pearsonova chí kvadrát testu

Hypotézy byly testovány pomocí Pearsonovachí kvadrát testu v programu Microsoft Excel 2010. Zvolená hladina významnosti α byla 5 %.

H1: Všeobecné sestry vykonávají vybrané ošetrovatelské postupy více podle svých znalostí získaných při studiu, nežli podle lokálních profesních standardů péče.

Tato hypotéza byla testovaná náhodným rozdělením na otázce číslo 4: „Při provádění hygienické péče postupujete podle?“

H_0 : Není statisticky významný rozdíl od náhodného rozdělení.

H_A : Je statisticky významný rozdíl od náhodného rozdělení.

Tabulka 9 Postupy hygienické péče

Odpovědi	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Chí kvadrát	p - hodnota
Znalostí získaných při studiu ve škole	66	49 %	44,38536585	0,00
Podle lokálního nemocničního standardu	63	47 %		
Podle zvyklostí oddělení	66	49 %		
Nejnovějších dostupných důkazů	10	7 %		
Celkem	134	100 %		

p – hodnota je menší než 0,05, přijímáme H_A : Je statisticky významný rozdíl od náhodného rozdělení. Z výsledků tabulky vidíme, že všeobecné sestry vykonávají hygienickou péči více podle svých znalostí získaných při studiu (49 %), nežli podle lokálních profesních standardů péče (47 %). Podle zvyklostí oddělení též provádí hygienickou péči 49 % a podle nejnovějších dostupných důkazů 7 %. H_1 potvrzujeme.

H2: Všeobecné sestry nejčastěji vykonávají vybrané ošetrovatelské postupy podle zvyklostí oddělení, kde pracují, než na základě EBN.

Tato hypotéza byla testovaná náhodným rozdělením na otázce číslo 4 (viz tabulka 9) a otázce číslo 8: „Vyhledáváte si sám(a) novinky v odborných člancích týkající se hygienické péče?“

H_0 : Není statisticky významný rozdíl od náhodného rozdělení.

H_A : Je statisticky významný rozdíl od náhodného rozdělení.

Tabulka 10 Vyhledávání novinek

Odpovědi	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Chí kvadrát	p - hodnota
Ano	24	18 %	55,194	<0.001
Ne	110	82 %		
Celkem	134	100 %		

p – hodnota je menší než 0,05, přijímáme H_A : Je statisticky významný rozdíl od náhodného rozdělení. 18 % respondentů si vyhledává novinky týkající se hygienické péče v odborných člancích a 82 % si žádné novinky na toto téma nevyhledává. H_2 potvrzujeme.

H3: Všeobecné sestry s bakalářským a magisterským vzděláním mají větší podvědomí o pojmu EBP, nežli sestry se středoškolským a vyšším odborným vzděláním.

Tato hypotéza byla testovaná na otázkách č. 18 až 25.

Otázka č. 18: „Víte, co znamená pojem evidence based practice (EBP)?“

H₀: Mezi sestrami se středoškolským a vyšším odborným vzděláním a sestrami s vysokoškolským vzděláním není statisticky významná závislost na znalosti pojmu EBP.

H_A: Mezi sestrami se středoškolským a vyšším odborným vzděláním a sestrami s vysokoškolským vzděláním je statisticky významná závislost na znalosti pojmu EBP.

Tabulka 11 Znalost pojmu EBP v závislosti na vzdělání

Odpovědi	Středoškolské a vyšší odborné vzdělání		Vysokoškolské vzdělání		Chi kvadrát	P - hodnota
Ano	13	16 %	43	80 %	50,662	<0.001
Ne	67	84 %	11	20 %		
Celkem	80	100 %	54	100 %		

Tabulka poukazuje na znalost pojmu EBP v porovnání se vzděláním respondentů. 13 respondentů (16 %) se středoškolským a vyšším odborným vzděláním vědělo, co znamená pojem EBP a zbylých 67 (84 %) nevědělo, co tento pojem znamená. Vysokoškolsky vzdělané sestry odpověděly v počtu 43 (80 %), že vědí, co pojem EBP znamená a 11 sester (20 %) ta tuto otázku odpovědělo záporně. p-hodnota je menší než 0.05, zamítáme nulovou hypotézu H₀ a přijímáme H_A.

Otázka č 19: „Pojem EBP znamená?“

H₀: Mezi sestrami se středoškolským a vyšší odborným vzděláním a sestrami s vysokoškolským vzděláním není statisticky významná závislost ve znalosti významu pojmu EBP.

H_A: Mezi sestrami se středoškolským a vyšší odborným vzděláním a sestrami s vysokoškolským vzděláním je statisticky významná závislost ve znalosti významu pojmu EBP.

Tabulka 12 Znalost významu pojmu EBP v závislosti na vzdělání

Odpovědi	Středoškolské a vyšší odborné vzdělání		Vysokoškolské vzdělání		Chí kvadrát	p - hodnota
Ošetrovatelství založené na důkazech	19	24 %	2	4 %	61,054	<0.001
Medicína založená na důkazech	1	1 %	0	0 %		
Praxe založená na důkazech	10	13 %	43	80 %		
Výzkum založený na důkazech	0	0 %	0	0 %		
Nevím	50	63 %	9	17 %		
Celkem	80	100 %	54	100 %		

Tato tabulka popisuje znalost významu pojmu EBP vzhledem k dosaženému nejvyššímu vzdělání respondentů. Respondenti se středoškolským a vyšším odborným vzděláním uvedli v počtu 19 (24 %), že pojem EBP znamená ošetrovatelství založené na důkazech, 1 respondent (1%) zvolil možnost „medicína založená na důkazech“, 10 (13 %) „praxe založená na důkazech“. Žádný z těchto respondentů neuvedl možnost „výzkum založený na důkazech“. Nejvíce z této skupiny respondentů a to 50 (63 %) uvedlo, že neví význam pojmu EBP. Oproti tomu vysokoškolsky vzdělaní respondenti uvedli v počtu 2 (4 %) možnost „ošetrovatelství založené na důkazech“.

Možnost „medicína založená na důkazech“ a výzkum založený na důkazech“ nevedl žádný z těchto respondentů. Nejvíce, a to 43 vysokoškolsky vzdělaných respondentů (80 %) vyjádřilo, že se jedná o praxi založenou na důkazech. Pouze 9 (17 %) zvolilo možnost „nevím“. p-hodnota je menší než 0.05, zamítáme nulovou hypotézu H_0 a přijímáme H_A .

Otázka č. 20 „Kde jste se s pojmem EBP setkal(a)?“

H_0 : Mezi sestrami se středoškolským a vyšším odborným vzděláním a sestrami s vysokoškolským vzděláním není statisticky významná závislost v setkání se s pojmem EBP.

H_A : Mezi sestrami se středoškolským a vyšším odborným vzděláním a sestrami s vysokoškolským vzděláním je statisticky významná závislost v setkání se s pojmem EBP.

Tabulka 13 Setkání se s pojmem EBP v závislosti na vzdělání

Odpovědi	Středoškolské a vyšší odborné vzdělání		Vysokoškolské vzdělání		Chí kvadrát	p - hodnota
Při studiu ve škole	2	3 %	41	76 %	81,378	<0.001
Na odborném semináři	1	1 %	0	0 %		
V odborném časopise	6	8 %	3	6 %		
V odborné knize	0	0 %	0	0 %		
Jiné	5	6 %	1	2 %		
Nikde	66	83 %	9	17 %		
Celkem	80	100 %	54	100 %		

Tabulka znázorňuje to, kde se respondenti s pojmem EBP setkali v porovnání s jejich vzděláním. 2 respondenti (3 %) se středoškolským a vyšším odborným vzděláním se pojmem EBP setkali při studiu ve škole, 1 respondent (1 %), s tímto vzděláním, na odborném semináři, 6 (8%) v odborném časopise. V odborné knize

se žádný respondent z této skupiny s pojmem EBP nesetkal a 5 (6%) zvolilo možnost „jiné“. 66 respondentů (83%) se středoškolským a vyšším odborným vzděláním se s tímto pojmem nikde nesetkalo. Nejvíce respondentů s vysokoškolským vzděláním a to 41 (76 %) se s pojmem EBP setkalo při studiu ve škole, 3 (6 %) v odborném časopise. Na odborném semináři a v odborné knize se žádný vysokoškolsky vzdělaný respondent s pojmem EBP nesetkal. Možnost „jiné“ zvolil 1 respondent (2 %) a 9 respondentů (17%) s tímto vzděláním se s pojmem EBP nikde nesetkalo. p-hodnota je menší než 0.05, zamítáme nulovou hypotézu H_0 a přijímáme H_A .

Otázka č 21: „Myslíte si, že EBP vyžaduje dělat rozhodnutí založené na?“

H_0 : Mezi sestrami se středoškolským a vyšším odborným vzděláním a sestrami s vysokoškolským vzděláním není statisticky významná závislost v odpovědi na otázku č. 21.

H_A : Mezi sestrami se středoškolským a vyšším odborným vzděláním a sestrami s vysokoškolským vzděláním je statisticky významná závislost v odpovědi na otázku č. 21.

Tabulka 14 EBP rozhodnutí v závislosti na vzdělání

Odpovědi	Středoškolské a vyšší odborné vzdělání		Vysokoškolské vzdělání		Chí kvadrát	p - hodnota
Ordinaci lékaře	0	0 %	0	0 %	27,54	<0.001
Systematickém shromažďování důkazů	27	34 %	43	80 %		
Vlastním rozhodnutí	2	3 %	1	2 %		
Rozhodnutí starší kolegyně	0	0 %	0	0 %		
Nevím	51	64 %	10	19 %		
Celkem	80	100 %	54	100 %		

Tabulka poukazuje na odpovědi respondentů v porovnání se vzděláním. Respondenti se středoškolským a vyšším odborným vzděláním uvedli v počtu 27 (34 %), že EBP vyžaduje dělat rozhodnutí založené „na systematickém

shromažďování důkazů“, 2 (3%) „na vlastním rozhodnutí“. Žádný z těchto respondentů ne zvolil možnost „na ordinaci lékaře“ a „na rozhodnutí starší kolegyně“. Nejvíce a to 51 (64 %) odpovědělo možnost „nevím“. Oproti tomu vysokoškolsky vzdělaní respondenti v počtu 43 (80 %) odpověděli „na systematickém shromažďování důkazů“, 1 (2 %) „na vlastním rozhodnutí“. Též žádný z těchto respondentů ne zvolil možnosti „na ordinaci lékaře“ a „na rozhodnutí starší kolegyně“. 10 (19 %) vysokoškolsky vzdělaných respondentů nevědělo odpověď na tuto otázku. p-hodnota je menší než 0.05, zamítáme nulovou hypotézu H_0 a přijímáme H_A .

Otázka č 22: „Proces EBP se skládá z?“

H_0 : Mezi sestrami se středoškolským a vyšším odborným vzděláním a sestrami s vysokoškolským vzděláním není statisticky významná závislost v udávání počtu fází EBP.

H_A : Mezi sestrami se středoškolským a vyšším odborným vzděláním a sestrami s vysokoškolským vzděláním je statisticky významná závislost v udávání počtu fází EBP.

Tabulka 15 Počet fází EBP v závislosti na vzdělání

Odpovědi	Středoškolské a vyšší odborné vzdělání		Vysokoškolské vzdělání		Chí kvadrát	p - hodnota
2 fáze	0	0 %	0	0 %	21,933	<0.001
3 fáze	0	0 %	1	2 %		
4 fáze	2	3 %	4	7 %		
6 fáze	6	8 %	6	11 %		
7 fáze	0	0 %	10	19 %		
Nevím	72	90 %	33	61 %		
Celkem	80	100 %	54	100 %		

Tato tabulka znázorňuje, z jakého počtu fází, si respondenti myslí, že se skládá proces EBP v porovnání s jejich nejvyšším dosaženým vzděláním. Respondenti se středoškolským a vyšším odborným vzděláním uvedli v počtu 2 (23%) ze 4 fází,

6 (8 %) z 6 fází. Že se proces EBP skládá ze 2 fází, 3 fází a 7 fází neuvedl ani jeden z respondentů této skupiny. Možnost „nevím“ uvedlo nejvíce, a to 72 respondentů (90 %). Ze skupiny vysokoškolsky vzdělaných respondentů 2 fáze neuvedl žádný, 3 fáze uvedl 1 respondent (2 %), 4 fáze 4 respondenti (7 %), 6 fází 6 respondentů (11 %) a 7 fází 10 respondentů (19 %). Možnost „nevím“ uvedlo též nejvíce respondentů a to 33 (61 %). p-hodnota je menší než 0.05, zamítáme nulovou hypotézu H_0 a přijímáme H_A .

Otázka č 23: „Myslíte si, že dotazování, patří do fází EBP?“

H_0 : Mezi sestrami se středoškolským a vyšším odborným vzděláním a sestrami s vysokoškolským vzděláním není statisticky významná závislost v odpovědi na otázku č. 23.

H_A : Mezi sestrami se středoškolským a vyšším odborným vzděláním a sestrami s vysokoškolským vzděláním je statisticky významná závislost v odpovědi na otázku č. 23.

Tabulka 16 Dotazování, jako fáze EBP v závislosti na vzdělání

Odpovědi	Středoškolské a vyšší odborné vzdělání		Vysokoškolské vzdělání		Chí kvadrát	p - hodnota
Ano, vždy	26	33 %	40	74 %	22,506	<0.001
Ano, ale jen někdy	2	3 %	1	2 %		
Ne	0	0 %	0	0 %		
Nevím	52	65 %	13	24 %		
Celkem	80	100 %	54	100 %		

Tabulka uvádí, zda si respondenti myslí, že dotazování patří do jedné z fází EBP v porovnání se vzděláním. Respondenti se středoškolským a vyšším odborným vzděláním uvedli v počtu 26 respondentů (33 %) možnost „ano, vždy“, 2 (3 %) „ano, ale jen někdy“, „ne“ neuvedl žádný z této skupiny respondentů a možnost „nevím“ uvedlo 52 respondentů (65 %). 40 respondentů (74 %) s vysokoškolským vzděláním

odpovědělo, „ano, vždy“, 1 (2 %) „ano, ale jen někdy“, možnost „ne“ neuvedl žádný respondent z této skupiny a 13 (24 %) na tuto otázku odpověď nevědělo. p-hodnota je menší než 0.05, zamítáme nulovou hypotézu H_0 a přijímáme H_A .

Otázka č 24: „PICO označuje?“

H_0 : Mezi sestrami se středoškolským a vyšším odborným vzděláním a sestrami s vysokoškolským vzděláním není statisticky významná závislost v odpovědi na otázku č. 24.

H_A : Mezi sestrami se středoškolským a vyšším odborným vzděláním a sestrami s vysokoškolským vzděláním je statisticky významná závislost v odpovědi na otázku č. 24.

Tabulka 17 PICO v závislosti na vzdělání

Odpovědi	Středoškolské a vyšší odborné vzdělání		Vysokoškolské vzdělání		Chí kvadrát	p - hodnota
Akronym pro formulaci klinické otázky	6	8 %	36	67 %	53,232	<0.001
Akronym pro nejlepší nalezený důkaz	1	1 %	1	2 %		
Odborný vědecký časopis	0	0 %	0	0 %		
Společnost pro tvorbu klinických doporučených postupů	0	0 %	0	0 %		
Nevím	73	91 %	17	31 %		
Celkem	80	100 %	54	100 %		

Tabulka znázorňuje, co si respondenti myslí, že označuje, PICO, v porovnání s jejich nejvyšším dosaženým vzděláním. Skupina respondentů se středoškolským a vyšším odborným vzděláním uvedla v počtu 6 (8 %), že je to akronym pro formulaci klinické otázky, 1 (1 %) uvedl, že se jedná o akronym pro nejlepší nalezený důkaz. Žádný z této skupiny respondentů neuvedl odborný vědecký časopis či společnost pro tvorbu klinických doporučených postupů. 73 respondentů (91 %) odpověď

na tuto otázku nevědělo. Vysokoškolsky vzdělaná skupina respondentů odpověděla v počtu 36 (67 %), že se jedná o akronym pro formulaci klinické otázky, 1 (2 %) uvedl možnost „akronym pro nejlepší nalezený důkaz“. Shodně, žádný z této skupiny nevedl odborný vědecký časopis či společnost pro tvorbu klinických doporučených postupů. 17 respondentů (31 %) zvolilo možnost „nevím“. p-hodnota je menší než 0.05, zamítáme nulovou hypotézu H_0 a přijímáme H_A .

Otázka č 25: „Provádění EBP všeobecným sestram přináší?“

H_0 : Mezi sestrami se středoškolským a vyšším odborným vzděláním a sestrami s vysokoškolským vzděláním není statisticky významná závislost v odpovědi na otázku č. 25.

H_A : Mezi sestrami se středoškolským a vyšším odborným vzděláním a sestrami s vysokoškolským vzděláním není statisticky významná závislost v odpovědi na otázku č. 25.

Tabulka 18 Přínos EBP pro sestry v závislosti na vzdělání

Odpovědi	Středoškolské a vyšší odborné		Vysokoškolské		Chí kvadrát	p - hodnota
Více práce	3	4 %	2	4 %	98,4548787728643	<0.001
Profesionalitu	9	11 %	41	76 %		
Větší příjmy	0	0 %	0	0 %		
Více času na osobní život	0	0 %	0	0 %		
Uspokojení z kvalitní práce	7	9 %	39	72 %		
Nevím	68	85 %	10	19 %		

Co si respondenti myslí, že přináší provádění EBP sestram v porovnání se vzděláním ukazuje tato tabulka. Respondenti se středoškolským a vyšším odborným vzděláním odpověděli v počtu 3 (4 %) více práce, 9 (11 %) profesionalitu, 7 (9 %) uspokojení z kvalitní práce. Možnosti „větší příjmy“ a „více času na osobní život“ nevedl žádný z této skupiny respondentů. „Nevím“ zvolilo 68 respondentů (85 %).

Skupina vysokoškolsky vzdělaných respondentů odpověděla na otázku v počtu 2 (4%) možnost „více práce“ a v počtu 41 (76 %) „profesionalitu“, 39 (72 %) „uspokojení z kvalitní práce“. Že EBP sestrám přináší větší příjmy a více času na osobní život neuvedl žádný z respondentů. Možnost „nevím“ uvedlo 10 respondentů (19 %). p-hodnota je menší než 0.05, zamítáme nulovou hypotézu H_0 a přijímáme H_A . Na základě těchto údajů H_3 potvrzujeme.

5 Diskuze

Praxe založená na důkazech umožňuje nejlepší využití výzkumu, ať již pro konkrétního pacienta, kontrolu ošetrovatelských postupů a zásad jejich provádění, tak i pro výuku studentů o osvědčených postupech a přístupech dobré praxe (Doshier, 2007).

Cílem moderního ošetrovatelství je celková fyzická, psychická a sociální pohoda ošetrovaného člověka. Ani při provádění postupu hygienické péče tomu není jinak a i zde, se uplatňují všechny rysy moderního ošetrovatelství (Šamánková a kol., 2006). Tento ošetrovatelský postup není žádnou novinkou, hygienická péče je nemocným poskytována od pradávna, ale stále se jedná o postup, který je neopomenutelný a nezbytně nutný v poskytování dobré péče o naše pacienty. Kvalifikovaná sestra plní širokou škálu ošetrovatelských výkonů, ale ani v rámci tohoto vysokého pracovního nasazení by nemělo dojít k situaci, kdy dojde k pochybení. Potřeba osobní hygieny se na první pohled může jevit jako velice jednoduchá činnost, avšak někdy může patřit k velmi obtížným výkonům vyžadujícím dostatek času a trpělivosti. Bez dobře provedené a zajištěné péče o osobní hygienu pacienta, by i precizní dodržení všech ostatních ošetrovatelských postupů, mohlo mít pro pacienta následky v podobě zdravotních a psychických komplikací, včetně prodloužené doby hospitalizace a tím i samozřejmě zvýšení ekonomických nákladů na léčbu (Procházková, 2013).

Proto, že dobrá praxe a hygienická péče spolu úzce souvisí, snažili jsme se v této práci zjistit, jak je tomu v prostředí reálné praxe a pacientů, kterým je tato péče poskytována.

H1: Všeobecné sestry vykonávají vybrané ošetrovatelské postupy více podle svých znalostí získaných při studiu, nežli podle lokální profesních standardů péče.

Koncepce ošetrovatelství (2004, s. 6) uvádí, že „*Ošetrovatelským standardem se rozumí dohodnutá profesní norma kvality. Standardy mohou být vydány jako právní předpisy (zákony, vyhlášky), metodická opatření Ministerstva zdravotnictví zveřejněná ve věstníku MZ, nebo jsou vypracovány zdravotnickým zařízením, profesní organizací apod. Ošetrovatelské standardy se týkají kategorií a kvalifikace ošetrovatelského personálu, realizace ošetrovatelského procesu, ošetrovatelské dokumentace, pracovních*

postupů, vybavení a personálního obsazení pracoviště z hlediska ošetrovatelské péče. Zdravotnické zařízení je povinno dodržovat standardy dané právními předpisy a přijmout vlastní ošetrovatelské standardy, vycházející z rámcových standardů doporučených Ministerstvem zdravotnictví.“ Plevová a kol. (2012) popisuje ve své publikaci, že standardy zaměřené na proces, řídicí standardy, stanovují závazné postupy pro řízení lidí, pro výkony a záznamy v praxi. Mají závazně strukturovaný obsah a zaměřují se na popis ošetrovatelských činností a výkonů. Právě tyto standardy obsahují postup hygienické péče. Na otázku, která se ptala, podle čeho všeobecné sestry vykonávají postup hygienické péče (graf 4), pouze 64 respondentů odpovědělo, že tento postup vykonávají podle lokálního nemocničního standardu. Dalšími možnostmi byly, podle znalostí získaných při studiu, což opovědělo 66 respondentů, podle zvyklostí oddělení též 66 respondentů a podle nejnovějších dostupných důkazů 10 respondentů. S tímto částečně koreluje i další otázka (graf 5), na kterou respondenti měli možnost odpovědět pouze „ano“, „ne“. Tázala se na to, zda využili někdy při provádění hygienické péče lokální nemocniční standard. 53 % respondentů odpovědělo, že lokální nemocniční standard na tento postup někdy využilo. Zbýlých 47 % nikdy tento standard nevyužilo. Je zajímavé, že čísla nejsou vyšší. Jak uvádí Mášová, Havrdlíková (2009) standardy zajišťují pacientům bezpečí, ale také chrání sestry před neoprávněným postihem. Je tedy otázkou, proč všeobecné sestry tak málo používají lokální nemocniční standard. V prezentovaných číslech vidíme rozpory v tom, že méně než polovina respondentů odpověděla, že hygienickou péči o pacienta provádí podle lokálního nemocničního standardu, ale vzápětí více než polovina, 53 % respondentů, odpověděla, že lokální nemocniční standard při této činnosti někdy využila. Jak tedy hygienická péče o pacienty vypadá? Dále si myslíme, že některé znalosti, které získali respondenti při studiu, mohou být u sester, které své vzdělání dokončily před řadou let, zastaralé. Na rozdíl od lokálních nemocničních standardů, které by se měly pravidelně aktualizovat. H1 na základě zjištění potvrzujeme.

H2: Všeobecné sestry nejčastěji vykonávají vybrané ošetrovatelské postupy podle zvyklostí oddělení, kde pracují, než na základě EBN.

Z výsledků (graf 4 a graf 7) je patrné, že všeobecné sestry ve velké míře vykonávají postup hygienické péče podle zvyklostí oddělení. Podle Zacharové, Šimíčkové-Čížkové (2011) se ve zdravotnictví vzájemně prolínají profesní a přátelské vztahy, běžné každodenní, ale i vztahy solidarity a vzájemné podpory. Myslíme si, že i proto 100 % dotázaných uvedlo, že se při své práci přizpůsobili zvyklostem oddělení. Týmová práce je přece nedílnou součástí zdravotnického povolání ať již při provádění hygienické péče, tak i při jakémkoliv jiném postupu, či vzájemné komunikaci mezi spolupracovníky a pacienty. Bártlová (2013) ve své publikaci uvádí, že podmínky, které nám umožňují poznat to, co jiná osoba vnímá, a jak to vnímá, jsou důležitým předpokladem interpersonálních vztahů. Ve zdravotnických zařízeních jsou organizační útvary různých podob, ve kterých pracují zaměstnanci mnoha různých specializací a různého vzdělání. Zajištění kvalitní zdravotní péče není možné bez týmové spolupráce. Dále se zvyšuje potřeba integrace, propojování a návaznosti dílčích pohledů a činností.

Naopak špatným výsledkem je to, co uvedlo pouze 10 dotázaných (graf 4), že hygienickou péči provádějí podle nejnovějších dostupných důkazů. Již zde se dotýkáme tématu evidence based nursing. Zeleníková, Jarošová (2013) publikují, že v posledních letech se klade čím dál tím větší důraz na poskytování péče zaměřené na pacienta, která je založena na nejlepších dostupných důkazech pro zlepšení klinické praxe. S tím souvisela i další otázka (graf 8), kdy pouze 18 % dotázaných, si samo vyhledává novinky týkající se hygienické péče. Jen 1 respondent z těchto 18 % si tyto novinky vyhledává v odborných databázích. To je shodné s tím, co uvádí Jarošová, Zeleníková (2014), že problematika vyhledávání kvalitních informací naráží na mnoho překážek, jako jsou nedostatečné znalosti cizího jazyka, sestry nemají dovednosti pro vyhledávání důkazů a také to, že praxe neumožňuje sestram implementovat změny založené na EBN. Kladným zjištěním bylo alespoň to, že se respondenti seznamují s novými pomůckami a prostředky k hygienické péči (graf 10). Pouze 5 respondentů se s těmi prostředky a pomůckami neseznamuje.

Podle americké asociace sester intenzivní péče zahrnuje koupel nemocných, na základě důkazů, používání jednorázových umyvadel a bezoplachových čisticích prostředků. Jednorázová umyvadla používá jen 1 % dotázaných (graf 13), ale možná je problém v tom, že 84 % dotázaných uvedlo, že tuto pomůcku nemá k dispozici. U používání čisticích, bezoplachových prostředků jsou získaná data lepší (graf 14), kdy tuto pomůcku používá 50 % dotázaných, ale také v tomto případě 40 % tuto pomůcku nemá k dispozici. U této pomůcky, si ale můžeme klást otázku, zda čisticí bezoplachové prostředky vnímáme stejně, a respondenti opravdu vědí, že čisticí prostředky, které používají k hygieně pacientů, jsou bezoplachové. Autoři Veje, Larsen (2014) i Schoonhoven et al. (2015) se shodují na další pomůcce založené na důkazech a to, používání jednorázových žínek obsahujících antibakteriální roztok, bez použití mýdla a vody. Tuto pomůcku používá také malé množství dotázaných (graf 15), jen 11 %, a jako v předchozích případech, 79 % nemá tuto pomůcku k dispozici. Jak uvádí Schoonhoven et al. (2015) tato pomůcka je ekonomičtější a vykazuje o něco lepší výsledky při ochraně proti kožním lézím. Také je více zachována bariérová péče, kdy pomůcka je pouze na jednorázové použití a ihned je zlikvidována do infekčního odpadu. Poutavým zjištěním byly názory respondentů na to, jak má být kvalifikovaná sestra zapojena do hygienické péče (graf 11). Pouze 31 % dotázaných odpovědělo, že v plném rozsahu, 46 % částečně, a podle zbylých 24 % není třeba kvalifikované sestry k hygienické péči. Podle Vytejškové a kol. (2011) patří hygienická péče k ošetrovatelským výkonům, kdy si sestra během očisty všímá nejen celkového stavu pacienta, ale může odhalit další podstatné skutečnosti k plánování další péče, jako jsou kožní defekty, míra soběstačnosti, schopnost komunikace a spolupráce. Z výsledků je patrné, že tři čtvrtiny respondentů, by chtěli být buď úplně, či částečně zapojeni do hygienické péče o pacienty. Vývoj sesterského povolání a vzdělávání prochází od svého vzniku nespočetnými změnami. V dnešní době, zdravotnických asistentů, může být otázkou jak odlišit práci sester právě od zdravotnických asistentů (Vrbatová, 2014). V oblasti hygienické péče je podle našeho názoru povolání zdravotnické asistenta velmi přínosné, kdy ve spolupráci se sestrou může být hygienická péče pacientovi poskytnuta kvalitně a odborně. Z výsledků vidíme, že sestry opravdu

vykonávají hygienickou péči podle zvyklostí oddělení, než na základě EBN. To může souviset i s tím, že zavedení změny v klinické praxi je někdy obtížné. Jarošová, Zeleníková (2014) uvádí, že implementace praxe založené na důkazech je výrazně ovlivněna institucionálními a klinickými faktory, které mohou působit buď jako facilitátory, které napomáhají procesu implementace nebo naopak, jako bariéry, které tento proces brzdí. Na druhou stranu, ale tabulka 1 poukazuje na to, že většina sester (51 %) by na hygienické péči o pacienta, pokud by měla možnost, nic neměnila. Na základě těchto zjištění H2 potvrzujeme.

H3: Všeobecné sestry s bakalářským a magisterským vzděláním mají větší podvědomí o pojmu EBP, nežli sestry se středoškolským a vyšším odborným vzděláním.

Podle Jarošové, Zeleníkové (2014) je ošetrovatelská praxe založená na důkazech v České republice zatím na samém počátku a její rozvoj je u nás podporován především akademickými pracovníky. Jedním z nejnáročnějších úkolů, při zavádění praxe založené na důkazech do vzdělávání sester, je proto změna způsobu myšlení vedoucích pracovníků, vzdělávacích zařízení a poskytovatelů ošetrovatelské péče. S tímto korelují i údaje z tabulek 11 až 18, které uvádí srovnání respondentů do dvou skupin. Nejvyššího dosaženého vzdělání středoškolského a vyššího odborného a oproti tomu nejvyššího dosaženého vzdělání vysokoškolského. Tyto tabulky se všechny týkaly otázek z dotazníků, které zjišťovaly, znalosti respondentů o procesu EBP. Pouze 16 % respondentů se středoškolským a vyšším odborným vzděláním vědělo, co znamená pojem EBP. Oproti tomu vysokoškolsky vzdělané sestry toto věděly v 80 % (tabulka 11). Pro ověření těchto odpovědí následovala otázka, týkající se znalosti významu pojmu EBP (tabulka 12). I na tuto otázku byl značný rozdíl ve správných odpovědích těchto dvou skupin. Respondenti se středoškolským a vyšším odborným vzděláním uvedli správnou odpověď ve 13 % a vysokoškolsky vzdělané sestry v 80 %. A právě otázka, která se respondentů ptala, kde se s pojmem EBP setkali (tabulka 13), se v odpovědích shoduje s literaturou, která uvádí, že zatím je u nás rozvoj EBP podporován nejvíce akademickými pracovníky (Jarošová, Zeleníková, 2014). 76 % vysokoškolsky vzdělaných respondentů uvedlo, že se s tímto pojmem setkalo při studiu

ve škole. U respondentů se středoškolským a vyšším odborným vzděláním to činili pouze 3 %. Že EBP vyžaduje dělat rozhodnutí založené na systematickém shromažďování důkazů, uvedlo 34 % respondentů se středoškolským a vyšším odborným vzděláním a 80 % respondentů vysokoškolsky vzdělaných (tabulka 14). Odpovědi respondentů se středoškolským a vyšším odborným vzděláním, kteří uvedli správnou odpověď ve 34 %, se ale neshodují s tím, že pouze 16 % z této skupiny respondentů odpovědělo, že ví, co znamená pojem EBP (tabulka 11). Zde máme značné neshody v uvedených číslech, a proto si klademe otázku, zda tito respondenti mají znalosti o pojmu EBP srovnané, či zda vyplnění dotazníku bylo pravdivé. Jarošová, Zeleníková (2014) uvádí, že vyhledávání informací, důkazů, vyžaduje nejen čas, ale i dovednosti různých způsobů vyhledávacích strategií a také výběr vhodných databází pro vyhledávání. U popisku grafu 8 uvádíme, že pouze 1 respondent, si novinky týkající se hygienické péče vyhledává v odborných databázích. Otázka, která se týkala počtu fází EBP byla pro všechny respondenty asi nejtěžší (tabulka 15). Zde ani jeden z respondentů se středoškolským a vyšším odborným vzděláním neuvedl správnou odpověď 7 fází a pouze 19 % vysokoškolsky vzdělaných sester na tuto otázku znalo správnou odpověď. Zde, ale můžeme najít rozpory i v literatuře, která se samozřejmě také časem vyvíjí. Sedm fází uvádí Jarošová, Zeleníková (2014), oproti tomu starší publikace, jako je Eizenberg (2011) či Plevová a kol. (2011), uvádí fází pět. Proto jsme v dotazníku neuvedli možnost „5 fází“, aby nebyly odpovědi respondentů v rozporu. Dále jsme zjišťovali, zda dotazování, patří do fází EBP (tabulka 16). Podle Jarošové, Zeleníkové (2014) je tento krok neopomenutelný a bez něj by ani proces EBP nemohl začít. Respondenti se středoškolským a vyšším odborným vzděláním uvedli ve 33 %, že dotazování, patří vždy do kroků EBP. I zde nacházíme rozpory v uvedených číslech s tím, že 33 % zná správnou odpověď, ale pouze 16 % ví, co znamená pojem EBP (tabulka 11). Vysokoškolsky vzdělané sestry uvedly v 74 %, že dotazování patří vždy do kroků EBP. Tabulka 17 znázorňuje, co si respondenti myslí, že znamená PICO. Že se jedná o akronym pro formulaci klinické otázky, vědělo pouze 8 % respondentů se středoškolským a vyšším odborným vzděláním. U vysokoškolsky vzdělaných respondentů tuto možnost zvolilo 67 %. Jarošová, Zeleníková (2014) ve své

publikaci popisují, že výběr klíčových slov pro vyhledávání vychází z klinické otázky, kterou je ale nutné, zapsat právě ve formátu PICO. Posledním, co se vztahuje ke komparaci vzdělání a podvědomí o pojmu EBP bylo to, co sestřám přináší provádění EBP (tabulka 18). Jako správnou, vnímáme odpověď „profesionalitu“, kterou uvedlo 11 % respondentů se středoškolským a vyšším odborným vzděláním a 76 % respondentů s vysokoškolským vzděláním. Ptáček a kol. (2014) uvádí, že profesionalitou můžeme rozumět schopnost oddělovat podstatné od nepodstatného v různých odlišných rovinách i souvislostech. Etika, zde velí odosobnit své jednání, odložit vše zbytečné, povznést se nad malichernosti a mít na paměti především prospěch pacienta. A i proto vnímáme „profesionalitu“ jako správnou odpověď, protože i jak uvádí Jarošová (2009) sestra ve svém klinickém rozhodování musí zvažovat nejen efektivitu ošetřování, ale také výběr intervence a přijatelnost pro pacienta. Druhou správnou odpovědí bylo „uspokojení z kvalitní práce“, kterou zvolilo 9 % respondentů se středoškolským a vyšším odborným vzděláním a 72 % s vysokoškolským vzděláním.

Ze všech těchto údajů je zřejmé, že respondenti se středoškolským a vyšším odborným vzděláním mají velice malé až žádné znalosti o pojmu EBP. Naopak podvědomí sester vysokoškolsky vzdělaných můžeme označit za celkem vysoké. H3 na základě těchto výsledků potvrzujeme.

VO1: Jakou roli hraje EBN ve vybraných ošetrovatelských postupech v praxi sester?

Vlastní kvalitativní výzkum byl proveden metodou pozorování, kdy jsme se snažili odpovědět na tuto výzkumnou otázku. Pozorování bylo rozděleno do šesti kategorií a zaznamenáváno do pozorovacího archu (Příloha 2).

První kategorií byla hygiena dutiny ústní. V této kategorii jsme dospěli velice špatných zjištění, která se neshodují s žádnou literaturou. Vytejková a kol. (2011) popisuje ústní hygienu jako údržbu čistoty a hygieny zubů a ústních struktur, včetně protetických náhrad a ortodontických přístrojů. Ústní hygiena je tedy soubor opatření, která mají zabránit vzniku onemocnění dutiny ústní. Hanne et al. (2012) také uvádí, že špatná hygiena dutiny ústní zvyšuje v této oblasti počet bakterií, které mohou být aspirovány a způsobit infekce v různých tělesných systémech. Proto se naše

pozorování neshoduje s literaturou, kdy z 20 pozorovaných, pouze 4 vykonaly u pacienta hygienu dutiny ústní (tabulka 2). 2 pozorované k této hygieně použily molitanové štětičky a 2 pozorované tuto péči provedly na zubní protéze, kdy jedna ji jen omyla a druhá očistila zubním kartáčkem. Literatura uvádí v péči o hygienu dutiny ústní, na základě důkazů, použití měkkého zubního kartáčku a fluoridové pasty, dále použití zubní nitě a antiseptické ústní vody (Malkin, 2009; Ganz et al., 2013; Türk et al., 2012). Žádné z těchto doporučení nebylo v případě našeho pozorování dodrženo.

Druhou kategorií byla péče o nemocniční oděv (tabulka 3). 17 pozorovaných převléklo nesoběstačnému, ležícímu pacientovi při ranní hygieně nemocniční oděv, což se s literaturou shoduje, kdy podle Mikšové a kol. (2006) má být nemocniční oděv vyměněn alespoň jedenkrát za den.

Třetí kategorie se týkala péče o nehty (tabulka 4). Žádná z 20 pozorovaných tuto péči neprovedla. Šamánková a kol. (2006) i Mikšová a kol. (2006) se shodují, že pokud máme možnost, přenecháme péči o nehty pedikérce. V nemocnici, kde jsme pozorování prováděli, tato možnost byla, a proto si myslíme, že nebyla v době našeho pozorování péče o nehty provedena. Také samozřejmě záleží na délce hospitalizace pacientů, kdy naše pozorování bylo prováděno vždy jen jeden den, a také proto nemusela být tato péče provedena.

Další kategorií bylo mytí vlasů (tabulka 5). Z celkového počtu 20 pozorovaných tuto péči provedlo 7. Všech sedm pozorovaných pacientovi mylo vlasy při celkové koupeli na lůžko vaně. Mikšová a kol. (2006) uvádí, že vlasy by se pacientům měli mýt alespoň jedenkrát za týden, což u těchto pacientů bylo splněno, ale i zde záleží na délce hospitalizace pacientů.

Pátou kategorií byla péče o kůži (tabulka 6). Při této činnosti všechny pozorované provedly celkové zhodnocení kůže, které by mělo být dle Vytejškové a kol. (2011) součástí celkové hygieny nemocného. Vytejšková a kol. (2011) i Mikšová a kol. (2006) doporučují provedení masáže zad při celkové hygieně pacienta, kdy tímto úkonem dochází ke zlepšení prokrvení kůže. Masáž zad provedly pouze 2 pozorované. Ayello (2012) doporučuje na základě důkazů používání hydratačních přípravků, aby byla kůže vláčná a nevysychala a též byla méně náchylná k poranění, s čímž se ztotožnilo

6 pozorovaných. 16 pozorovaných pacienty polohovalo. Ayello (2012) též doporučuje použití polohovacích a zdvihacích zařízení, kdy v případě našeho pozorování, polohovací podložku použilo 13 pozorovaných a roler 3 pozorované. Zdvihací zařízení neměly pozorované na oddělení k dispozici. 12 pozorovaných k polohování pacienta použilo antidekubitární pomůcky, což se také shoduje s literaturou (Csisko, 2014).

Poslední kategorií, celkem obsáhlou, byla celková koupel nemocného. Jako první jsme pozorovali, kde jsou uloženy pomůcky k celkové hygieně nemocných (tabulka 7). U všech 20 pozorovaných bylo tyto pomůcky uloženy na pojízdných vozících, což se shoduje s literaturou (Krišková a kol., 2006). Jako pomůcky, všechny pozorované použily mýdlo, vodu a žínku na jedno použití (tabulka 7), které jsou také ve shodě s literaturou (Mikšová a kol, 2006; Workman, Bennett, 2006; Nikodemová, 2012). AACN (2013) a Veje, Larsen (2014) doporučují na základě důkazů používání jednorázových antibakteriálních ubrousků, bez použití mýdla a vody. Tuto pomůcky nepoužila žádná pozorovaná, ale také proto, že ji neměla k dispozici. Ručník použilo 13 pozorovaných na jedno použití a 7 pozorovaných použilo pacientovo vlastní (tabulka 7). Další oblast, na kterou jsme se zaměřili, byla oblast dodržování intimity pacienta (tabulka 8). 11 pozorovaných tuto důležitou část hygienické péče dodrželo, ale zbylých 9 intimitu pacienta opomenulo. Nechávaly otevřené dveře při provádění hygienické péče a také zbytečně dlouhou dobu nechaly pacienta celého odkrytého. Stavropoulou et al. (2012) uvádí, že vztah mezi sestrou a pacientem v oblasti intimity, je stěžejní pro jeho zdraví, pohodu a zotavení. I Vytečková a kol. (2011) popisuje, že hygienická péče patří k nejosobnějším ošetrovatelským výkonům, kdy se pacienta musíme dotýkat i v těch nejintimnějších partiích, a proto by měl být kladen na intimitu velký důraz při této činnosti sestry. V oblasti komunikace s pacienty, kterým byla hygienická péče prováděna, vyšly výsledky našeho pozorování kladně (tabulka 8). 18 pozorovaných s pacienty při provádění hygienické péče komunikovalo. V práci zdravotní sestry zaujímá komunikace s pacientem výlučné místo. Pacient v nemocniční péči má omezenou možnost sociálních kontaktů a pozitivně přijímá možnost hovoru. Navíc komunikace s pacientem umožňuje navázání vztahu a usnadňuje další komunikaci v rámci ošetrovatelské péče (Venglářová, Mahrová, 2006). Dalším zajímavým, avšak ne

kladným zjištěním, byla část zaměřená na hygienu genitálu (tabulka 8). Tuto oblast omylo pouze 13 pozorovaných. Jak uvádí Kozier et al. (2008) některým zdravotníkům může být tato část hygieny nepříjemná, zvláště pak u opačného pohlaví. Sestra je ale profesionálka a musí péči o genitál zajistit efektivně a věcně. Postup hygienické péče od hlavy k dolním končetinám dodrželo všech 20 pozorovaných, ale žádná z nich nevyměnila vodu, zvláště na horní a dolní polovinu těla, jak uvádí Nikodemová (2012), (tabulka 8). Všech 20 pozorovaných též použilo kosmetické přípravky, jako byly mýdla či krémy a oleje na hygienu pacienta (tabulka 8).

Pokud se zamyslíme nad výzkumnou otázkou, která se týkala role EBN při poskytování hygienické péči o pacienta, v praxi sester, tak EBN nehraje příliš velkou roli v této oblasti. Ohledně doporučených pomůcek k hygienické péči je to možná tím, že některá zdravotnická zařízení nemají tyto pomůcky k dispozici. Dalším problémem může být to, že postupy a pomůcky jsou doporučovány z většiny výzkumů, které jsou prováděny v jiných zemích než v České republice a jde jen o čas, kdy se k nám tyto pomůcky a postupy do zdravotnických zařízení dostanou.

6 Závěr

Smyslem diplomové práce bylo zjistit, zda je dobrá praxe využívána při realizaci ošetrovatelského postupu hygienické péče. S ohledem na toto téma byly stanoveny tři cíle.

Prvním cílem bylo zjistit, na základě čeho všeobecné sestry vykonávají vybrané ošetrovatelské postupy. Druhým cílem bylo zjistit, zda je dobrá praxe využívána u vybraných ošetrovatelských postupů. A posledním, třetím cílem bylo zjistit, jaké podvědomí mají všeobecné sestry o pojmu evidence based practice – dobré praxi. Na základě těchto cílů byly stanoveny tři hypotézy a jedna výzkumná otázka, které napomohly poukázat na vztah mezi hygienickou péčí a evidence based practice – dobrou praxí.

Část diplomové práce byla zpracována kvantitativní metodou výzkumu, pomocí dotazování formou dotazníků. Výsledky byly zpracovány do grafů a tabulek a hypotézy statisticky vyhodnoceny za pomoci Pearsonova chi kvadrát testu. Na základě těchto statisticky zpracovaných dat došlo k vyhodnocení hypotéz takto:

H1: Všeobecné sestry vykonávají vybrané ošetrovatelské postupy více podle svých znalostí získaných při studiu, nežli podle lokální profesních standardů péče. H1 byla potvrzena. H2: Všeobecné sestry nejčastěji vykonávají vybrané ošetrovatelské postupy podle zvyklostí oddělení, kde pracují, než na základě EBN. H2 byla potvrzena. H3: Všeobecné sestry s bakalářským a magisterským vzděláním mají větší podvědomí o pojmu EBP, nežli sestry se středoškolským a vyšším odborným vzděláním. H3 byla potvrzena.

Druhá část diplomové práce byla zpracována kvalitativní metodou výzkumu, pomocí pozorování, rozděleného do šesti zvolených kategorií. Těmito kategoriemi byly hygiena dutiny ústní, péče o nemocniční oděv, celková koupel u nesoběstačného pacienta, péče o nehty, mytí vlasů a péče o kůži. Výzkumná otázka se ptala na to, jakou roli hraje EBN ve vybraných ošetrovatelských postupech v praxi sester. Z našeho pozorování můžeme předpokládat, že na základě zjištění má hygienická péče o pacienta průměrnou úroveň, což souvisí i s podmínkami současné ošetrovatelské péče.

Tato práce by mohla poukázat na nalezená slabá místa v problematice poskytování hygienické péče a evidence based nursing. Také by mohla být inspirací pro ty, kteří svoji profesi, stejně jako já, vykonávají s radostí a úctou a přejí si pro „své“ pacienty jen to nejlepší. Pro ty, co chtějí pacientům přinášet kvalitní a bezpečnou péči a ze zaměstnání odcházet s uspokojením z vlastní práce.

7 Seznam použitých zdrojů

AACN ISSUES NEW PROTOCOLS FOR BATHING PATIENTS, 2013. [online] 2013 [cit. 2015-25-11]. Dostupné z: <https://news.nurse.com/2013/04/21/aacn-issues-new-protocols-for-bathing-patients-2/>

AYELLO, Elizabeth, A., 2012. *Nursing standard of practice protocol: Pressure ulcer prevention & Skin tear prevention* [on-line] 2012 [citováno 2015-10-12]. Dostupné z: http://consultgerirn.org/topics/pressure_ulcers_and_skin_tears/want_to_know_more

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2013. Týmová spolupráce ve zdravotnictví. In: VÉVODA, Jiří, a kol., *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 40-56. ISBN 978-80-247-4732-3.

BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ, 2015. *Ošetrovatelská péče 1. díl: Pro obor ošetrovatel*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5333-1.

BURTON, Marti, A. and Linda J. May LUDWIG, 2015. *Fundamentals of Nursing Care: Concepts, Connections & Skills*. 2. ed. Philadelphia: F. A. Davis Company. ISBN 978-0-8036-3974-4.

CIHÁ, Martina a Martina ORSÁGOVÁ, 2006. Etika v ošetrovatelství – konfrontace teorie s praxí. In: *Nové trendy v ošetrovatelství V.: Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí V. jihočeské ošetrovatelské dny*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, s. 59-64. ISBN 80-7040-884-7.

CONSTAD, Marissa, et al., 2014. *Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare* [on-line] 2014 [citováno 2016-19-02]. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.arl.cbvk.cz:8080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=730c368e-4816-44d0-96dd-72fea37c7922%40sessionmgr114&hid=115>

COOPER, Karen, L., 2013. Evidence-Based Prevention of Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 33(6):57-66. doi: 10.4037/ccn2013985.

CSISKO, Matěj, 2014. Prevence dekubitů v ošetrovatelské praxi. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*, roč. 24, č. 4, s. 30-31. ISSN 1210-0404.

DALHEIM, Anne, et al., 2012. Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey. *BMC Health Services Research*, vol. 12, no. 1, p. 367. doi: 10.1186/1472-6963-12-367.

DOSHIER, Sally, 2007. Introducing evidence-based practice: New ways for nursing. In: BUŽGOVÁ, Radka a Darja JAROŠOVÁ, *Ošetrovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech: Nursing diagnosis and evidence based practice*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, zdravotně sociální fakulta, s. 45-50. ISBN 978-80- 7368-230-9.

EIZENBERG, M. M., 2011. Implementation of evidence-based nursing practice: nurses' personal and professional factors?. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 67, no. 1, pp. 33 – 42. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05488.x.

FONSECA, Esmeralda, Faria, et al., 2015. *Hygiene care - bath: meanings and perspectives of nurses* [on-line] 2015 [citováno 2015-30-11]. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com.arl.cbvk.cz:8080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=f278adbb-5182-4561-b2fe-d898f2e5e285%40sessionmgr4004&hid=4104>

GANZ, Freda, DeKeyser, et al., 2013. Translation of oral care practice guidelines into clinical practice by intensive care unit nurses. *Journal of nursing scholarship*, vol. 45, no. 4, pp. 355 - 362. doi: 10.1111/jnu.12039.

GARDINER, Leonie, et al., 2008. *Evidence-based best practice in maintaining skin integrity* [on-line] 2016 [citováno 2016-28-02]. Dostupné z: http://www98.griffith.edu.au/dspace/bitstream/handle/10072/38534/64633_1.pdf;jsessionid=46AF84382CE8CFD8D24FA60375C87862?sequence=1

GURKOVÁ, Elena a Katarína ŽIAKOVÁ, 2009. Ošetrovateľská diagnostika v kontexte praxe založenej na dôkazoch. *Kontakt*, roč. 11, č. 1, s. 32-37. ISSN 1212-4117.

HALMO, Renata, 2014. *Sebepéče v ošetrovateľskej praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4811-5.

HANNE, Konradse, et al., 2012. Oral status and the need for oral health care among patients hospitalised with acute medical conditions. *Journal od Clinical Nursing*, vol. 21, no. 19pt20, pp. 2851 – 2859. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04197.x.

HLAVÁČOVÁ, Marie, 2012. Mobilita a imobilita v ošetrovateľskej péči. In: JIRKOVSKÝ, Daniel, a kol., *Ošetrovateľské postupy a intervence: učebnice pro bakalárské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, s. 58-81. ISBN 978-80-87347-13-3.

JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Filozofie a modely ošetrovateľství*. [on-line] Ostravská univerzita, zdravotně sociální fakulta [citováno 2015-11-25]. Dostupný z: <http://projekty.osu.cz/mentor/II-filozofie%20a%20modely%20ošetřovatelství.pdf>

JAROŠOVÁ, Darja, a kol., 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetrovateľství*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5426-0.

JAROŠOVÁ, Darja a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2014. *Ošetrovateľství založené na dôkazoch: evidence based nursing*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5345-4.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2014. *Psychologie 2. díl: Pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3600-6.

KLEVETOVÁ, Dana, 2008. Nedostatečná hygienická péče způsobuje vznik dekubitů!. *Sociální péče: odborný časopis pracovníků sociální péče*, roč. 2008, č. 2, s. 24-26. ISSN 1213-2330.

KLUGAR, Miroslav, 2015. *Systematická review ve zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4783-4.

KOZIER, Barbara, et al., 2008. *Fundamentals of nursing: Concepts, Process and Practice*. 1. ed. Harlow: Pearson Education Limited. ISBN 978-0-13-197653-5.

KOZIEROVÁ, Barbara, a kol., 1995. *Ošetrovatelstvo I*. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-217-0528-0.

KRIŠKOVÁ, Anna, a kol., 2006. *Ošetrovatel'ské techniky – metodika sest'erských činností: Učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva*. 2. vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-202-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatel'ství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.

LEE, Geraldine, et al., 2013. *Florence Nightingale - never more relevant than today* [on-line] 2013 [citováno 2015-10-12]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12021/epdf>

LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS, 2007. *Best Practices: Evidence-based Nursing Procedures*. 2. ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 1-58255-532-X.

LÍČENÍK, Radim, 2013. *Klinické doporučené postupy I*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta. ISBN 978-80-244-3983-9.

LUSK, Janet, M. and Kerry FATER, 2013. A Concept Analysis of Patient-Centered Care. *Nursing Forum*, vol. 48, no. 2, pp. 89 – 98. doi: 10.1111/nuf.12019.

MAHDALOVÁ, Tereza, 2014. Je možné smýt hřích?. [online] *Psychologon.cz* [cit. 2015-25-11] Dostupné z: <http://www.psychologon.cz/component/content/article/261-je-mozne-smyt-hrich>

MALKIN, Bridget, 2009. *The importance of patients' oral health and nurses' role in assessing and maintaining it* [on-line] 2009 [citováno 2015-10-12]. Dostupné z: <http://www.nursingtimes.net/roles/practice-nurses/the-importance-of-patients-oral-health-and-nurses-role-in-assessing-and-maintaining-it/5000784.fullarticle>

MARKOVÁ, Eva, 2012. Pojetí českého profesionálního ošetrovatelství v kontextu světového ošetrovatelství. *Kontakt*, roč. 14, č. 2, s. 129. ISSN 1212-4117.

MÁŠOVÁ, Renata a Markéta HAVRDLÍKOVÁ, 2009. *Standardy ošetrovatelské péče podle Donabediána* [on-line] 2009 [cit. 2016-04-18]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/standardy-oseetrovatelske-pece-podle-donabediana-444784>

MEŠITA, 2015. [online] 2015 [cit. 2015-25-11]. Dostupné z: <http://mesita.cz/galerie/cojetomesita.html>

MIKŠOVÁ, Zdeňka, a kol., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I: aktualizované a doplněné vydání*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1442-6.

MLÝNKOVÁ, Jana, 2010. Preventivní opatření vzniku dekubitů: Hygienická péče o klienta. *Sociální péče: odborný časopis pracovníků sociální péče*, roč. 2010, č. 1, s. 20-21. ISSN 1213-2330.

MZČR, 2004. Věstník částky 9 ze září 2004 Koncepce ošetrovatelství. In: *Věstník MZČR*. Částka 9, s. 2-8.

NELSON, A. M., 2014. *Best practice in nursing: A concept analysis* [on-line] 2014 [citováno 2015-19-11]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24910462>

NIKODEMOVÁ, Hana, 2012. Hygienická péče o pacienta. In: JIRKOVSKÝ, Daniel, a kol., *Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, s. 91-106. ISBN 978-80-87347-13-3.

PATIENT-CENTERED CARE (PCC) AND NURSING: A CASE STUDY, 2015. [online] 2015 [cit. 2015-21-02]. Dostupné z: <https://www.linkedin.com/pulse/patient-centered-care-pcc-nursing-case-study-joshua-lewis>

PEKÁRKOVÁ, Silvia, 2008. *Využívání výrobků ve zdravotnických zařízeních* [on-line] 2008 [cit. 2016-03-01]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/vyuzivani-novych-vyrobku-ve-zdravotnickych-zarizenich-420406>

PLEVOVÁ, Ilona, a kol., 2011. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.

PLEVOVÁ, Ilona, a kol., 2012. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3871-0.

POLS, Jeannette, 2013. Washing the patient: dignity and aesthetic values in nursing care. *Nursing Philosophy*, vol. 14, no. 3, pp. 186-200. doi: 10.1111/nup.12014.

POSPÍŠILOVÁ, Eva a Valérie TÓTHOVÁ, 2014. *Vývoj vybraných ošetrovatelských postupů od nejstarších dob po současnost*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-824-5.

PROCHÁZKOVÁ, Zdeňka, 2013. Péče o hygienu nemocného. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*, roč. 23, č. 9, s. 46-47. ISSN 1210-0404.

PTÁČEK, Radek, a kol., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5471-0.

ROZSYPALOVÁ, Marie, a kol., 1966. *Ošetřování nemocných: učební text pro I. a II. ročník středních zdravotnických škol, obor zdravotních sester*. 3. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství. ISBN neuvedeno.

ROZSYPALOVÁ, Marie, a kol., 1967. *Ošetrovanie chorých : Učebný text pre 1. a 2. roč. stredných zdravot. škôl, odbor zdravotníckych sestier*. 3.vyd. Martin: Obzor. ISBN neuvedeno.

ROZSYPALOVÁ, Marie, a kol., 1971. *Ošetrovanie chorých I: učebnice pre stredné zdravotnicke školy*. 3. vyd. Bratislava: Obzor. ISBN neuvedeno.

ROZSYPALOVÁ, Marie, a kol., 1980. *Péče o nemocné: učebnice pro zdravotnické školy*. 2. vyd. Praha: Avicenum. ISBN neuvedeno.

SCHLENK, E. A., 2013. Praxe založená na důkazech zůstane. *Ošetrovatelství a porodní asistence*, roč. 4, č. 2, s. 553. ISSN 1804-2740.

SCHOONHOVEN, Lisette, et al., 2015. Cost-consequence analysis of “washing without water” for nursing home residents: A cluster randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 52, no. 1, pp. 112 – 120. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.08.001.

SCHWANHAEUSER, Kräuff, 2007. 30 denní sledování pacientovy osobní hygieny před operací na dvou klinikách. *Nové vademecum sterilizace*, roč. 2007, č. 3, s. 9-12. ISSN 1802-0542.

SMITHOVÁ, Virginia, 2011. *Dějiny čistoty a osobní hygieny*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-200-1885-4.

STAŇKOVÁ, Marta, 1988. *Ošetrovatelstvo teória*. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN neuvedeno.

STAVROPOULOU, Areti, et al., 2012. Defining nursing intimacy: Nurses' perceptions of intimacy. *Health science journal*, vol. 6, no. 3, pp. 479-495. ISSN 1791-809X.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, a kol., 2006. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1091-4.

TÜRK, Güleüngün, et al., 2012. Oral care practices of intensive care nurses: A descriptive study. *International Journal of Nursing Practice*, vol. 18, no. 4, pp. 347 – 353. doi: 10.1111/j.1440-172X.2012.02045.x.

VEJE, Pija and Palle LARSEN, 2014. *The effectiveness of bed bathing practices on skin integrity and hospital-acquired infections among adult patients: a systematic review protocol* [on-line] 2014 [citováno 2015-10-12]. Dostupné z: <http://www.joannabriggslibrary.org/index.php/jbisrir/article/view/1422/1848>

VENGLÁŘOVÁ Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1262-8.

VRBATOVÁ, Naděžda, 2014. *Stačí sestře i nyní středoškolské vzdělání?* [on-line] 2014 [cit. 2016-04-26]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/komentare/staci-sestre-i-nyni-stredoskolske-vzdelani-476593>

VURM, Vladimír, a kol., 2007. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-997-9.

VYTEJČKOVÁ, Renata, a kol., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: Obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

WICHSOVÁ, Jana, 2012. O důstojnosti pacienta. *Kontakt*, roč. 14, č. 1, s. 7-13. ISSN 1212-4117.

WILKINSON, Judith and Leslie TREAS, 2011. *Fundamentals of Nursing – Volume 2: Thinking, Doing and Caring*. 2. ed. Philadelphia: F. A. Davis Company. ISBN 978-0-8036-2265-4.

WORKMAN, Barbara a Clare L. BENNETT, 2006. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1714-X.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZELENÍKOVÁ, Renáta a Darja JAROŠOVÁ, 2013. Úvod do problematiky ošetrovatelství založeného na důkazech (Evidence based nursing). *Kontakt*, roč. 15, č. 1, s. 7-13. ISSN 1212-4117.

ZELENÝ ČTVRTEK, 2015. [online] 2015 [cit. 2015-25-11]. Dostupné z: <http://campanarii.cz/zeleny-ctvrtek-pamatka-vecere-pane/>

ŽŮČKOVÁ, Kateřina a Markéta ČELIKOVSKÁ, 2008. Prevence dekubitů, polohování a posun v péči o pacienty s inkontinencí stolice. *Diagnóza v ošetrovatelství: odborný a informační časopis pro zdravotnické pracovníky*, roč. 4, č. 5, s. 4-6. ISSN 1801-1349.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Pozorovací arch

Příloha 1

Vážená kolegyně, vážený kolego, jmenuji se Petra Mlezivová a jsem studentkou oboru Ošetřovatelství na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění celého dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma: „Dobrá praxe vybraných ošetřovatelských postupů.“ Dotazník je anonymní a zjištěné údaje budou využity pouze v rámci výzkumu v mé diplomové práci. Děkuji Vám za Vaši ochotu, cenné informace a drahocenný čas.

1. Jaký je Váš věk?

- a) pod 20 let
- b) 21 – 30 let
- c) 31 – 40 let
- d) 41 – 50 let
- e) 51 – 60 let
- f) 61 let a více

2. Jak dlouho vykonáváte povolání všeobecné sestry?

- a) 0- 4 roky
- b) 5- 9 let
- c) 10- 14 let
- d) 15-19 let
- e) 20 let a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Střední zdravotnická škola do roku absolvování 2007 včetně
- b) Vyšší odborná škola
- c) Vysoká škola – titul Bc.
- d) Vysoká škola – titul Mgr.
- e) Vysoká škola – doktorandský titul

4. Při provádění hygienické péče postupujete podle? (možno více odpovědí)

- a) Znalostí získaných při studiu ve škole
- b) Podle lokálního nemocničního standardu
- c) Podle zvyklostí oddělení
- d) Nejnovějších dostupných důkazů

5. Využila jste někdy při provádění hygienické péče lokální nemocniční standard?

- a) Ano
- b) Ne

6. Myslíte si, že znalosti, které jste získal(a) při studiu ve škole jsou dostatečné k provádění hygienické péče o pacienta?

a) Ano

b) Ne, popř. v jaké oblasti (prosím dopište)

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

7. Přizpůsobil(a) jste se při provádění hygienické péče zvyklostem svého oddělení?

a) Ano (prosím uveďte v jaké oblasti).....

.....

b) Ne (prosím uveďte v jaké oblasti).....

.....

8. Vyhledáváte si sám/sama novinky v odborných člancích, týkající se hygienické péče?

a) Ano (pokud ano prosím uveďte kde).....

.....

b) Ne

9. Myslíte si, že se způsob poskytování hygienické péče změnil v posledním desetiletí?

a) Ano (prosím uveďte v čem).....

.....

b) Ne

10. Jak se seznamuje s novými pomůckami a prostředky k hygienické péči? (možno více odpovědí)

a) Pomocí zaměstnavatele

b) Odborné semináře

c) Pomocí dealera firmy

d) Odbornými články

e) Samovzděláváním

f) Neseznamuji se

11. Jak by podle Vašeho názoru měla být kvalifikovaná sestra zapojena do hygienické péče?

a) V plném rozsahu

b) Částečně

c) Nemá být zapojena do hygienické péče

12. Hygienickou péči u nesoběstačných pacientů provádíte?

- a) Pouze ráno a vždy při znečištění pacienta
- b) Ráno i večer a vždy při znečištění pacienta
- c) Pouze večer a vždy při znečištění pacienta
- d) V čase, který si sám pacient určí
- e) Pouze při znečištění pacienta

13. Používáte při hygienické péči o pacienta jednorázová umyvadla?

- a) Ano
- b) Ne, nemám tuto pomůcku k dispozici
- c) Ne, raději používám omyvatelná umyvadla
- d) Nevím, že tato pomůcka existuje

14. Používáte při hygienické péči o pacienta bezoplachové čistící prostředky?

- a) Ano
- b) Ne, nemám tuto pomůcku k dispozici
- c) Ne, raději používám jiné čistící prostředky
- d) Nevím, že tato pomůcka existuje

15. Používáte při hygienické péči o pacienta jednorázové žínky obsahující antibakteriální roztok, bez použití mýdla a vody?

- a) Ano
- b) Ne, nemám tuto pomůcku k dispozici
- c) Ne, raději používám mýdlo a vodu
- d) Nevím, že tato pomůcka existuje

16. Překvapili Vás některé z nových postupů a pomůcek k hygienické péči?

- a) Ano, prosím uveďte jaké a proč.....
.....
.....
- b) Ne
- c) Neznám žádné nové postupy, či pomůcky k hygieně pacientů

17. Pokud byste měl(a) možnost, co byste na hygienické péči o nesoběstačné pacienty změnila a proč?

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

18. Víte, co znamená pojem evidence based practice (EBP)?

- a) Ano
- b) Ne

19. Pojem evidence based practice (EBP) znamená?

- a) Ošetřovatelství založené na důkazech
- b) Medicína založená na důkazech
- c) Praxe založená na důkazech
- d) Výzkum založený na důkazech
- e) Nevím

20. Kde jste se s pojmem EBP setkal (a)?

- a) Při studiu ve škole
- b) Na odborném semináři
- c) V odborném časopise
- d) V odborné knize
- e) Jiné (prosím uveďte).....
- f) Nikde

21. Myslíte si, že EBP vyžaduje dělat rozhodnutí založené na?

- a) Ordinaci lékaře
- b) Systematickém shromáždění důkazů
- c) Vlastním rozhodnutí
- d) Rozhodnutí starší kolegyně
- e) Nevím

22. Proces EBP se skládá z?

- a) 2 fází
- b) 3 fází
- c) 4 fází
- d) 6 fází
- e) 7 fází
- f) Nevím

23. Myslíte si, že „dotazování“ patří do fází EBP?

- a) Ano, vždy
- b) Ano, ale jen někdy
- c) Ne
- d) Nevím

24. PICO označuje?

- a) Akronym pro formulaci klinické otázky
- b) Akronym pro nejlepší nalezený důkaz
- c) Odborný vědecký časopis
- d) Společnost pro tvorbu klinických doporučených postupů
- e) Nevím

25. Provádění EBP všeobecným sestřám přináší: (možno více odpovědí)

- a) Více práce
- b) Profesionalitu
- c) Větší příjmy
- d) Více času na osobní život
- e) Uspokojení z kvalitní práce f) Nevím

**Děkuji za vyplnění a Váš čas
Petra Mlezivová**

Příloha 2

ZÁZNAMOVÝ ARCH (pozorování)

Hygiena dutiny ústní:

Provádí se – použití měkkého zubního kartáčku

- použití 3% peroxidu vodíku či vatových štětiček

- použití ústní vody

- použití zubní nitě

- použití molitanových štětiček

- péče o zubní protézy - omytí

- vyčištění zubním kartáčkem

- naložením do roztoku pro zubní protézy

Neprovádí se

Péče o nemocniční oděv:

Provádí se

Neprovádí se

Péče o nehty:

Provádí se

Neprovádí se

Mytí vlasů:

Provádí se

- na lůžko vaně

- vanička

- suchý šampon

Neprovádí se

Péče o kůži:

Celkové zhodnocení kůže

Použití hydratačního přípravku

Masáž zad

Polohování

- polohovací podložka

- roler

- zvedák

Použití antidekubitárních pomůcek

Celková koupel u nesoběstačného pacienta:

Uložení pomůcek k hygienické péči

- pojízdné vozíky
- místnost k tomu určená
- jiné

Pomůcky

- pouze voda
- mýdlo, voda, žínka na jedno použití
- jednorázové ubrousky bez použití mýdla vody
- Ručníky
 - vlastní pacientovo
 - jednorázové

Dodržení intimity

Komunikace s pacientem při hygienické péči

- vysvětlení prováděných činností pacientovi
- zájem o jeho pocity

Použití lůžko vany

Hygiena genitálu

Výměna vody

Postup od hlavy k dolním končetinám

Požítí kosmetických přípravků

- pacientovo vlastní
- nemocniční
- jejich vhodné použití