

# Closing the gap: From evidence to action



International Nurses Day

**12 May 2012**



# **PŘEKLENUTÍ ROZDÍLŮ: OD DŮKAZŮ K ČINŮM**



**MEZINÁRODNÍ DEN SESTER 2012**

Všechna práva včetně překladů do cizích jazyků jsou vyhrazena. Žádná část této publikace nesmí být šířena tiskem, fotostatickými prostředky nebo jinak, ukládána v rešeršním systému nebo nějakým způsobem šířena, nebo prodávána bez vyjádření písemného souhlasu ICN nebo Mezinárodního centra pro lidské zdroje v ošetřovatelství (the International Centre for Human Resources in Nursing). Krátké výňatky (do 300 slov) mohou být reprodukovány bez autorizace za předpokladu, že bude uveden zdroj.

---

Copyright © 2012 by International Council of Nurses  
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland

ISBN: 978-92-95094-75-8

# Obsah

Dopis od prezidenta ICN a CEO	1
Úvod	3
Kapitola 1: Porozumění důkazním postupům	5
Kapitola 2: Zdroje důkazů	11
Kapitola 3: Od důkazů k činům	15
Kapitola 4: Zdůvodnění změny	23
Kapitola 5: Role NNAs	27
<b>Přílohy</b>	
Příloha 1: Umění kritického hodnocení	33
Příloha 2: Model reflexní praxe	35
Příloha 3: Šablona vývoje plánu obchodu/služby	37
Příloha 4: Vyjádření stanoviska ICN: Ošetřovatelský výzkum	39
Příloha 5: Přehled faktů ICN: Indikátory ošetřovatelské vnímavosti	41
Příloha 6: Přehled faktů ICN: Ošetřovatelský výzkum: nástroj k činům	45
Odkazy	49
Další zdroje	51





12. května 2012

Milé kolegyně,

Při našem hledání kvalitní a dostupné zdravotní péče, musíme neustále usilovat o používání takových postupů v ošetrovatelské péči, které jsou založeny na důkazech. Zdravotnické systémy po celém světě čelí problémům nerovnosti v kvalitě a kvantitě služeb a omezeným finančním prostředkům. Rozhodování na základě nedostatečných informací je jedním z důvodů proč optimální předávání služeb může selhat, nebo může také vést k méně účinné, neefektivní a nespravedlivé dostupnosti zdravotnických služeb. Používání poznatků tak, abychom informovali o našich krocích, je rozhodující a dostupnou cestou ke zlepšení výkonnosti zdravotnického systému.

Ovšem, spíše než zvýšená dostupnost informací se může zdát překvapivě jednodušší nalezení důkazů. V současné době, víc než kdy jindy, se sestry potřebují naučit jak poznatky shromažďovat a jak tyto informace denně používat. Ne všechny důkazy jsou dostatečně obsáhlé a spolehlivé. Sestry se musí naučit identifikovat nejlepší z dostupných důkazů a brát v úvahu potřeby a preference uživatelů zdravotních služeb. Současně musí použít vlastní odbornost, dovednost a objektivně zhodnotit realizovatelnost využití v dosahu místního kontextu.

Tento IND Kit 2012 umožňuje sestram identifikovat jaké informace použít, jak je interpretovat, zda jsou předpokládané výstupy dostatečně důležité pro změnu v praxi a zda využívání cenných zdrojů není potřebné jinde.

ICN věří, že všeobecné sestry mají dobré předpoklady k tomu, aby přinášely důležité informace o souvislostech; o rozdílných systémech, potřebách skupin obyvatelstva a roli místních politických a sociálních faktorů. Užití postupů, které jsou založeny na důkazních materiálech, nám umožňuje napadnout a zpochybnit přístup při využití v praxi a tím zajistit naši zodpovědnost. To nám umožňuje průběžně kontrolovat naši praxi a hledat nové, účinnější a efektivnější způsoby pracovních činností a tím zlepšit péči a pocit pohody.

S pozdravem,

Rosemary Bryant

David C. Benton

Předsedkyně

Výkonný ředitel

---

ICN • CIE • CII

3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva - Switzerland - Tel.: +41 22 908 01 00  
Fax: +41 22 908 01 01 - e-mail: [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch) - web: [www.icn.ch](http://www.icn.ch)





Dostupnost informací a pokrok ve vědě vedl k významným zdokonalením v medicínských poznatcích po celém světě. Přesto rozdíly v poznatcích, nerovnost ve zdravotnictví a nedostatečně fungující zdravotnická služba nadále představuje reálnou výzvu pro všechny všeobecné sestry. Polovině světových úmrtí by bylo možné předejít jednoduchými zásahy s využitím zanedbatelných nákladů, ale jak Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, WHO, 2004) uznává, neexistuje dostatek znalostí o tom, jak by se tyto zásahy staly dostupnějšími pro lidi, kteří je potřebují. Větší důraz je třeba klást nejen na objevování nových výsledků, léků a diagnostiky, ale také na to jak využívat znalosti v praxi; *jak překleneme rozdíl mezi důkazy a praxí.*

Jako společenství všeobecných sester musíme pochopit roli, kterou hrajeme ve spojitosti mezi poznatky a praxí a i když se tyto role budou lišit, je důležité, abychom se cítily dostatečně způsobilé k tomu, abychom kladly správné otázky, rozvíjely své schopnosti a zajistily úzkou spolupráci se spolupracovníky a spolupracovnicemi, z důvodu jistoty, že investice do výzkumu jsou vynakládány efektivně. Jako uživatelé výzkumu všeobecné sestry také generují poznatky. Sestry jsou často na takových pozicích, že mohou poskytovat důležité informace o souvislostech, odlišných systémech, skupinách obyvatelstva a o roli místních politických a sociálních faktorů. Pochopení této situace je nezbytné pro inovace v místních službách a rozvoji nových způsobů práce.

My všichni bychom měli být nakloněni myšlence rozvoje prostředí propojeného s poznatkově-informovaným rozhodováním a praxí, ale abychom toho dosáhli, týmy, které provádějí výzkum, musí úzce spolupracovat s týmy, které tyto nové poznatky budou používat, současně se začleněním do širšího společenství. Z nejrůznějších důvodů není vždy jednoduché takového cíle dosáhnout, ale bez partnerství budeme nadále plýtvat zdroji a uvedení nových poznatků do praxe bude trvat příliš mnoho let.

Příručka "kit" byla speciálně plánována tak, aby prezentovala obecný přehled klíčových aspektů této komplexní oblasti a jejích rozvojových potřeb. Zahrnuje mnoho odkazů na podrobné materiály, které jsou volně dostupné pro jednotlivé čtenáře tak, aby se mohli věnovat takové oblasti svého zájmu, který je pro ně potřebný.



# KAPITOLA 1

## Porozumění

### Důkazy a praxe

Dosažení Rozvojových cílů Milénia vytýčených Spojenými národy je celosvětovým trendem, který povolává pracovní sílu sester do akce. Tyto cíle, a mnoho dalších souvisejících se zdravotnictvím, jsou dosažitelné pouze v případě, pokud budeme mít dobře obeznámenou zdravotní politiku a dobře zvládnuté a vedené plány činností. Realita je taková, že návyky z praxe stále více převládají nad praxí, která využívá informace z kvalitních důkazních materiálů, a to stojí v cestě dosažení našich cílů. Rozhodování na základě nepřesných informací je jedním z hlavních důvodů, proč služby mohou být poskytovány chybně, neoptimálním způsobem a mohou také přispět k různorodosti v praxi. Ta pak může být méně účinná, méně výkonná a nespravedlivá. Z různých důvodů jsou na nás kladeny požadavky, abychom hospodařili s našimi rozpočty rozumně, a nové poznatky hrají v této oblasti nepostradatelnou roli.

Od začátku devadesátých let dvacátého století směřovalo úsilí ve zdravotnictví k praxi, která je založená na využívání důkazů při rozhodování. Vzniklo na základě práce skupiny výzkumníků z McMaster University v Ontariu, která začala nově vymezovat praxi ve zdravotnictví tak, aby informace mohly být shromažďovány a používány snadněji. Chtěli posunout zdravotnictví ze zavedené praxe, spíše než k medicínským záznamům charakterizovaným jednotlivými oblastmi zaměření a nedostatečnými záznamy výsledků k těm, kde se vedou záznamy informací, na klinickou zkušenost, směrem k prospěchu pacientů.

Tento přístup začal rychle přinášet skutečné výhody pacientům a také snížené náklady. Další lékaři se brzy přidali a principy tohoto přístupu byly nyní přizpůsobeny všem aspektům mnoha zdravotnických systémů včetně uživatelů služeb, tvůrců strategie, manažerů zdravotnických služeb a samozřejmě sester. Počáteční kritika přístupu k praxi založené na důkazech (evidence-based practice – EBP) vedla k přesvědčení, že většina přístupů byla převážně determinována poznatky z výzkumu. To byla výzva pro ošetřovatelství, kde výzkum měl před sebou ještě dlouhou cestu rozvoje. Vlastně tomu tak nikdy nebylo a přístup založený na využití poznatků uznává, že rozhodnutí jsou jen zřídka založená na samostatných poznatcích; úsudek, hodnoty a individuální faktory vždy hrají roli (Hamer & Collinson 2005).

Je také zřejmé, že když sestry užívají ke své praxi přístup na základě důkazů, jsou schopny klást si správné otázky o tom, jak a kdy by měly změnit svoji praxi. Mohou ukázat, že používají správné informace, které stojí na pozadí jejich rozhodnutí, mohou zhodnotit svoji praxi a svoje výsledky, zda jsou správné a zda se shodují s tím, co bylo předem odsouhlaseno. Proto ICN prosazuje a podporuje praxi založenou na důkazech zprostředkovaných publikováním a výzkumnou sítí ICN (Research Network, ICN 2010; [www.icn.ch/networks/research-network/](http://www.icn.ch/networks/research-network/)).

## Co je důkaz?

Je snadné nechat se zmást jazykem souvisejícím s přístupem EBP, protože často používá akademický, který možná v minulosti na sestry působil jako bariéra v porozumění. Pravděpodobně pomáhá rozvíjet společné chápání toho, co jsou důkazy. Jak uvádí Lomas a kol. (2005): „důkaz se týká skutečných a prosazovaných faktů se záměrem užít jich jako podpory úsudku“. Navíc, fakt je něco, co je známé skrze pozorování či zkušenost. To tedy znamená, že existuje mnoho možných zdrojů důkazů pocházejících z mnoha odlišných médií, od tradičních příběhů k vizuálnímu zobrazení na internetu.

### Schéma 1: Klíčové definice

#### Praxe založená na důkazech

Přístup ke klinickému rozhodování, který řeší problémy tak, že zahrnuje hledání nejlepších a nejnovějších důkazů a v kontextu péče upřednostňuje hodnotu pacienta.

#### Ošetrovatelský výzkum

Ošetrovatelský výzkum zahrnuje systematické šetření koncipované speciálně k rozvoji, zlepšení a rozšíření ošetrovatelských znalostí. Záměrem ošetrovatelského výzkumu je odpovědět na otázky a rozvinout znalosti užívané vědecké metody jako jsou kvantitativní, kvalitativní a kombinované metody.

#### Zlepšení kvality (Quality Improvement - QI)

Kvalita, klinická nebo zlepšení výkonu je zaměřeno na systémy, procesy a funkční, klinickou spokojenost a výsledné náklady. Projekty QI mohou přispět k pochopení lepších metod a procesů ošetřování, kterých se všeobecné sestry účastní. QI není koncipováno k rozvoji praktických ošetrovatelských standardů a vědy.

*Mazurek Melnyk a kol. (2005)*

Ne každý důkaz je důležitý. Jak důležitý důkaz je, může být předmětem mnohé diskuze (WHO 2004), ale obecně důkazy z výzkumu – protože používají systematické metody shromažďování a analýzy pozorování – mají větší váhu v procesech rozhodování. A také čím lepší je výzkum ve věci návrhu a výkonu, tím je považován těmi co rozhodují za důležitější.

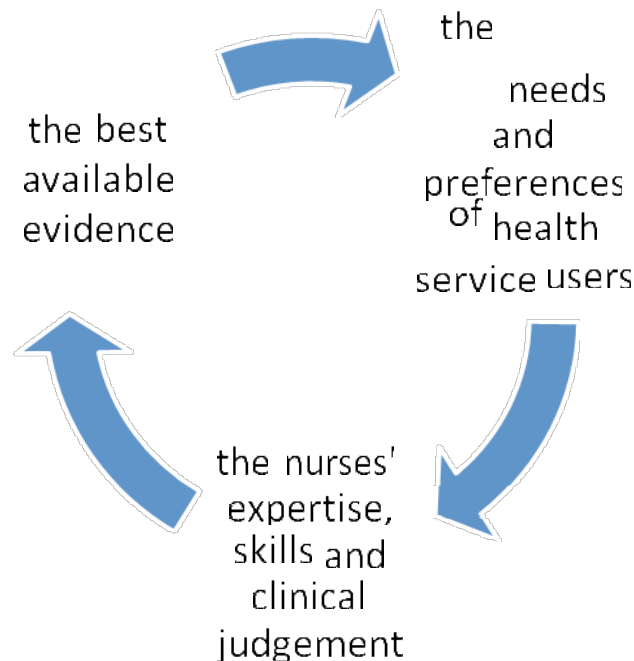
Když posuzujete, zda použijete důkazy (a můžete použít mnoho různých typů), je důležité, abyste byli schopni vysvětlit ostatním, jak jste k takovému rozhodnutí došli. Pomáhá to tedy uskutečnit proces rozhodování způsobem systematickým a viditelným, což může být srozumitelně sdělitelné pro ostatní. Může to zvýšit kvalitu rozhodování, snížit možnost chyb a neshod a zvýšit pravděpodobnost toho, že nové postupy budou zavedeny, protože všechny důkazy jsou kontextově přesně stanovené (Ruland 2010). Tento proces také může pomoci odůvodnit potřeby důkazů a umožnit ostatním praktikům důkazy najít a ohodnotit.

Různé typy důkazů jsou různě důležité podle odlišných problémů, všeobecné sestry si potřebují být jisté, že jsou aktivně zapojené, že výzkum, kde je dostupný, je důležitý, ví se o něm, je hodnocený a správně používán. Budování z hlediska pacienta a sestry je v tomto procesu rozhodující vzhledem k zvýšení možnosti úspěšné změny procesu.

Tři klíčové prvky úspěšné praxe založené na důkaze jsou nastíněny ve schématu 2

**Schéma 2: Prvky praxe založené na důkaze**

(→nejlepší dostupné důkazy→potřeby a preference uživatelů zdravotních služeb→specializace sester, dovednosti a klinický úsudek)



**Identifikace důkazu**

Existuje mnoho důvodů, proč sestry mohou vyhledat důkazy k odůvodnění rozhodnutí, které si přejí udělat: mohlo by to být z důvodu změny postupu, aby zvažily nejlepší alternativu z řady možností, nebo aby provedly srovnání nákladů různých forem léčby. Ať je důvod jakýkoli, na prvním místě by mělo být správné položení otázky.

Někdy je snadné tuto otázku vymezit, protože je založena na zřejmém stavu pacienta, se kterým nemá zkušenosti a sestra tento stav rozpozná. Méně snadná je jak identifikace, tak definice těch aspektů praxe, které jsou „rutinní“, a po mnoho let nebyly zpochybňované, ale zpětná vazba od praktiků nebo pacientů naznačuje, že se věci mají změnit, například když jsou pacienti povzbuzováni k zvládnání chronických stavů vlastními silami.

Jakmile je problém identifikován, je mnohem snadnější dostat se dál a s pomocí správné otázky identifikovat důkaz, který je potřebný pro vyřešení problému.

**Schéma 3: Položení správné otázky**

**PICO:**

- Problem / Problém
- Intervention / Zásah
- Comparison / Srovnání
- Outcome / Výsledek

Je mnoho možností jak formulovat otázky, ale tvorba většiny z nich zahrnuje čtyři prvky (Schéma: 3);

Problém: pacient nebo klient, obyvatelstvo nebo stav, kterým se zabýváte.

1. Zásah, který zvažujete.
2. Srovnání (nemusí být vždy potřeba) s kterým porovnáváte stávající intervenci.
3. Výsledky zájmu.

S definovanou otázkou je nyní možné najít důkazy. Určitě není nedostatek informací a jistě jsou tu možnosti (Schéma 4). Police knihoven můžou být plné vědeckých časopisů a internet může poskytnout tisíce informací kliknutím tlačítka. Existuje tak bohatý zdroj důkazů, takže sestry a samozřejmě pacienti musí usilovně pracovat, aby zůstali aktivními, informovanými a kritickými návštěvníky, aby se necítili problémem zavaleni tak, že se do jeho řešení vůbec nepokusí zapojit. Všechny sestry by měly být schopny posoudit silné a slabé stránky a limity možností, z kterých se důkazy vyvinuly, k tomu aby je ohodnotily a užily kriticky, když je to potřeba. Jeden příklad nástroje kritického úsudku můžete najít v **příloze 1**.

#### Schéma 4: Potenciální zdroje důkazů

- ❖ Výzkum prováděný zdravotnickými profesionály a akademickými pracovníky
- ❖ Výzkum prováděný společnostmi, např. farmaceutickými společnostmi
- ❖ Kritiky výzkumu a klinických směrnic
- ❖ Názory expertů
- ❖ Názory kolegů
- ❖ Klinické zkušenosti
- ❖ Zkušenosti pacientů, zdravotníků a klientů
- ❖ Fakta klinického auditu

Všechny důkazy mají svou hodnotu a příspěvky spolupracujících praktiků a pacientů zůstanou stejně důležité.

Výzkum je odlišný od jiných druhů dokazování, vzhledem k procesům, které používá a i když je mnoho typů studií, očekává se, že jsou všechny systematické (dodržují určitý pevně daný postup), rigorózní (přísně vědecké) a relevantní. V mnoha oblastech praxe vyžaduje typ otázek užití zvláštních výzkumných metod. Například náhodně řízený experiment může zkoumat efektivitu nové léčby, ale k porozumění pacientových pocitů o efektech léčby bude potřebná kvalitativní metodologie. Tato kombinace metod je stále více nahlížena jako kritická vzhledem k úspěšnému zavádění nových postupů. Proto ICN (2007) ve své pozici v ošetrovatelském výzkumu dává stejnou váhu kvalitativním i kvantitativním metodám. Jak jsme si všimli dříve, čím více musíme důkazům porozumět kvůli změnám, které si přejeme ovlivnit, tím vyšší je pravděpodobnost našeho úspěchu.

Toto můžete vidět jako **důkazní kontinuum** ve Schématu 5:

## Schéma 5: Důkazní kontinuum

Kvalitativní					Kvantitativní
Názor na základě zkušenosti	Systematické kvantitativní návrhy	Popisné studie	Průzkumy	Studie skupin	Náhodně řízené experimenty

Ať je využita jakákoli metodologie, každý důkaz má svoje silné a slabé stránky; ústřední otázka zůstává: je tohle ta správná metoda a byl výzkum proveden **rigorózně** (přísně vědecky) a **systematicky**? Pro více informací o různých metodách výzkumu odkazujeme k několika dalším kontaktům a zdrojům na konci této příručky.

### Meta analýza

Tato technika kombinuje původní data z podobných studií a použitím statistických technik vytváří jednoduchý odhad výsledků.

## Shrnutí – důkazy

Když sestry začnou vyhledávat důkazy, může být časově náročné a drahé dívat se do každé jednotlivé studie. „Primární“<sup>1</sup> důkazy mohou také představovat kontroverzní názory. Existuje specializovaný soubor dovedností spojovaný s hodnocením objemného množství důkazů z důvodu stanovení doporučení. Tuto práci obvykle dělají univerzity pro zdravotnické služby a náklady s tím spojené vedly mnoho vlád k ustanovení speciálních útvarů k rozvoji klinických příruček, systematických posudků a kritických recenzí.

### Schéma 6: Příklady specializovaných center

Cochrane Collaboration je mezinárodní, nezávislá, nezisková organizace s více než 28,000 přispěvateli z více než 100 zemí, zaměřená na vytváření aktuálních, přesných celosvětově pohotově dostupných informací o dopadech zdravotnické péče. Přispěvatelé pracují společně k vytvoření systematických posudků zásahů ve zdravotnické péči, známé jako Posudky Cochrane, které jsou publikovány online v knihovně Cochrane: [www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com).

Joanna Briggs Institut (JBI) je mezinárodní, nezisková, výzkumná a vývojová členská organizace sídlící pod Fakultou zdravotnických věd na univerzitě v Adelaidu v Jižní Austrálii. Tento institut spolupracuje mezinárodně s více než 70 subjekty po celém světě. Institut a jeho subjekty spolupracují na prosazení a podpoře slučování, převádění a užívání důkazů přes postupy zdravotnické péče, které jsou identifikovatelné, proveditelné a správné, mají význam a jsou efektivní tak, aby pomohly zlepšit globálně výsledky zdravotnické péče. [www.joannabriggs.edu.au](http://www.joannabriggs.edu.au).

<sup>1</sup> Primární zdroje jsou původní materiály, které nebyly upraveny interpretací nebo evaluací a na kterých je založen další výzkum. Jsou to obvykle první formální zjevné výsledky ve fyzickém, tiskovém nebo elektronickém formátu. Představují původní myšlenky, zprávy a zjištění, nebo sdílejí nové informace. (Zdroj: knihovny Univerzity Maryland: [www.lib.umd.edu/guides/primary-sources.html](http://www.lib.umd.edu/guides/primary-sources.html))

**Systematické posudky** mají identifikovat dostupnou literaturu o tomto konkrétním tématu. Cullum (1997) udává, že systematický posudek musí obsahovat určitý počet důležitých prvků:

- Formulaci jasného problému nebo otázky.
- Užití vyčerpávajícího průzkumu k nalezení a výběru studií, které mohou nebo nemohou být publikovány.
- Jasné kritérium toho, co bude zahrnuto a co bude vyloučeno.
- Systematické hodnocení kvality zveřejněného výzkumu.
- Abstrakce údajů z původních studií a syntéza, pokud je možná.
- Analýza a prezentace výsledků.

**Kritické recenze** seskupují množství studií dohromady a často mohou pomoci ve zlepšení a sumarizaci důkazů pro studijní oblast.

**Klinické příručky** shromažďují nejlepší z dostupných důkazů, ideálně používají transparentní a rigorózní (přísně vědecký) přístup, a tím pomáhají rozvíjet odborné vedení profesionálů. Pro sestry se staly podstatně důležitějším zdrojem důkazů a mohou se používat jako jeden ze způsobů hodnocení efektivity. Mohou být vydávány vládními organizacemi, národní asociací sester (NNAs), odbornými časopisy a odbornými zájmovými skupinami jako jsou například skupiny, které hájí pacienty.

Příručky také mohou vznikat lokálně. Je zřejmé, že pouze správně vytvořené příručky jsou užitečné, protože mnohem víc ovlivňují praxi. Sestry by měly vědět, jak příručka vznikla a tudíž jak hodnotné jsou v této souvislosti důkazy v příručce obsažené.

**Ošetrovatelské postupy** se snaží popsat zákroky a očekávané výsledky během léčby a pacient očekává, že se jim podrobí a dosáhne určitého stavu. Důkazy jsou užívány proto, aby popsaly očekávané uzdravení nebo postup léčby. Sled událostí a očekávané zákroky jsou přesně zdokumentovány, proto lékaři pečlivě váží, zda se odchýlit od tohoto postupu. Pacienti mají příležitost zapojit se do léčby v jakékoli fázi. Tento přístup také zvyšuje možnost přístupu založeného na výsledku vývoje služeb. Užívání ošetrovatelských postupů také může upozornit na nedostatky v důkazní základně a tím identifikovat priority pro další výzkum. Příklad ošetrovatelského postupu v péči o pacienta se zlomeným krčkem stehenní kosti můžete najít na: [www.institute.nhs.uk/images/documents/Quality\\_and\\_value/Focus\\_On/DVQ\\_path\\_fracturefemurPROOF\\_Nov.pdf](http://www.institute.nhs.uk/images/documents/Quality_and_value/Focus_On/DVQ_path_fracturefemurPROOF_Nov.pdf)



## KAPITOLA 2

### Zdroje důkazů

#### Vyhledávání důkazů

Snadnější dostupnost informací nemusí znamenat, že i hledání důkazů musí být snazší, ale spíše naopak. Sestry také potřebují poznat, jaký způsob učení preferují. Vzdělávací proces neovlivňuje jenom způsob učení, ale také návyky v procesu vyhledávání informací.

Klinická praxe je poháněna procesem identifikace problému, vytvořením hypotézy, testováním a řešením problému. Stejný proces můžou sestry použít ke zpracování informací a jejich přenosu. Browne (1997) popisuje tyto fáze jako vytvoření představy, formulaci otázky, analýzu, interpretaci, vyhodnocení, třídění, znovu-prezentování, šíření a navrácení. Tyto fáze se ale v klinické praxi nevyskytují jako oddělené případy, protože se sestra při vyhledávání stále učí, proces se vyvíjí a mění.

Jedním z prvních kroků k nalezení důkazu je identifikace zdrojů informací, které jsou sestřím dostupné. V minulosti sestry velice spoléhaly na ústní tradici a mnoho praktik bylo (a stále bude) sdíleno tímto způsobem. Avšak, jak se ošetřovatelství vyvíjelo jako disciplína a stalo se sebevědomým členem multidisciplinárního týmu, mělo stále více možností využívat knihy, vědecké časopisy a odborné knihovny. Růst kultury založené na důkazech a touha sdílet účinněji informace vztahující se ke klinické efektivitě vedla k výraznému zlepšení přístupu.

**Zaujatost tvrzení** je tendence lidí upřednostňovat informaci, která potvrzuje jejich názor nebo hypotézu bez ohledu na to zda je tato informace pravdivá. Důsledkem je, že lidé shromáždí důkazy, vybaví si selektivně informaci v paměti a interpretují ji zaujatým způsobem. Tato zaujatá tvrzení se objevují zvláště u témat emocionálně významných a vžitých názorů.

Rozvoj důmyslných vyhledávacích nástrojů na internetu způsobil, že je možné vyhledávat z mnoha zdrojů najednou. Tyto nástroje také pomáhají zúžit množství důkazů, které sestry potřebují prohledat.

Pro většinu běžných dotazů budou sestry využívat:

- Odborné organizace zaměřené na souhrny výsledků výzkumu, které uveřejňují v různých médiích.
- Odborné časopisy naměřené na tuto oblast zájmu.
- Specializované databáze.
- Internet.

I když se zdroje stávají užitečnější, od všeobecných sester se přesto stále očekává, že je budou využívat efektivně. Učební osnovy a výzkumné kurzy pro všeobecné sestry se nyní často zaměřují i na rozvoj vyhledávacích dovedností, protože tyto dovednosti mohou významně ovlivnit míru úspěchu. Dobrá vyhledávací strategie začíná tím, že vyhledáváme co nejvíce možných referencí a pak pokračujeme tak, že stanovíme požadavky přesněji. Další úkol je sledování užšího a specifitějšího souhrnu referencí k dosažení vysoké kvality důkazů. Pokud chcete dosáhnout lepšího pochopení, podívejte se na doplňkové zdroje v seznamu této příručky, mohou být užitečné pro vás i vaše kolegyně.

## Je důkaz dostatečně kvalitní, aby se dal použít?

Když všeobecná sestra nalezne důkaz, musí posoudit, zda je v daném případě možné uvažovat o změně v praxi. Může se stát, že pro daný problém se nenajde správné řešení, nebo že důkaz není dostatečně pádný, aby sestra byla přesvědčena jednat. Tento proces je běžně označován jako kritické hodnocení a ve vztahu k praxi založené na důkazech se odvolává ke zhodnocení vědeckého přínosu důkazu a kontextu, ve kterém se důkaz má použít. Kritické hodnocení má tři aspekty, každý z nich musí být zvažován a může se stát, že řešení problému v oblasti jedné má následky v oblasti jiné.

### Schéma 7: Tři aspekty kritického hodnocení

(Existuje dostatečně kvalitní důkaz, který se dá použít?; Jsou poznatky aplikovatelné v daném prostředí?; Co důkaz znamená pro pacienta/klienta?)



**Zhodnocení kvality** studie se objevuje v této příručce mnohokrát a příklad detailu tohoto procesu je uveden v **příloze 1**. V seznamu příručky je také uvedena řada online nástrojů vhodných pro výuku.

Výzkumníky nic nestojí, když sami převezmou víc zodpovědnosti za pomoc těm, kteří si přejí používat jejich poznatky a zvýší tak zájem o výzkum, což berou jako součást

svých povinností. Ve své výzkumné práci podrobně popíší omezení (neexistuje něco jako dokonalá výzkumná práce) a uvedou návrhy na možné potenciální využití. Stále častěji, jak se doporučuje pro přenos znalostí, mohou také směřovat svou práci do kontextu speciální oblasti výzkumu a tak by mohli pomoci v pochopení jeho důležitosti.

**Hodnocení toho, zda poznatky mohou být použity** v praxi v místním prostředí, vyžaduje od sestry, aby zvážila řadu věcí. Je velmi nepravděpodobné, že by prostředí popsané v jednom výzkumu bylo identické prostředí jinému; kontext ve svém nejužším významu je vždycky jedinečný.

#### **Schéma 8: Otázky pro ohodnocení aplikovatelnosti výzkumné práce**

O čem je výzkumná práce?

Kdo jsou účastníci studie (např.: věk, pohlaví, kondice, povolání)?

Jakým způsobem jsou naši pacienti/kontexty odlišné?

Kde se studie koná (instituce, země)?

Jaký je užitek uvedené změny?

Jaké jsou náklady (finanční a jiné) této změny?

Znamenají tyto změny zpochybnění hodnot a preferencí zaměstnanců nebo pacientů?

(Upraveno z Pettigrew & Roberts 2005)

Sestry musí zvažovat následující faktory:

- Mají účastníci studie podobné charakteristiky?
- Je možné zavést zákroky, které jsou popsané?
- Jaké jsou možné finanční důsledky?
- Zvažuje se přijetí pacientem?

**Stanovení důsledků pro zaměstnance a pacienty** může být klíčovým aspektem při rozhodovacím procesu. Lze jen těžko odhadnout, co znamená porozumění důkazům pro individuálního pacienta, protože poznatky mohou být uvedeny jako pravděpodobnosti, nebo je to vyjádření toho, že záměr byl patrně náhodný. Existují způsoby zjištění, zda jsou výsledky klinicky významné.

„Klinická významnost“ řeší otázku *jak efektivní* je daný záměr nebo léčba, nebo jak mnoho změn tato léčba způsobí? Z hlediska testování klinické léčby se praktický význam dozvíte v ideálním případě detailně kvantifikovanou informací o důležitosti nálezu s použitím metriky jako je velikost efektu a množství pacientů, které je třeba léčit. Praktický význam mohou také vyjádřit semikvantitativní, srovnávací nebo realizovatelné posudky a jejich užitečnost.

Do jisté míry byl výše popsaný postup přípravný a zaměřoval se na zdroje důkazů. V tomto bodě učiníte vy a vaše kolegyně rozhodnutí, jestli přikročíte k činům, jste nyní připraveny vložit důkazy do praxe?



## KAPITOLA 3

### Od důkazů k činům

#### Od důkazů k činům

Zcela přirozeně se praxe založená na důkazech často opírá o pozorování skutečného světa, a jak již bylo řečeno, metodologie se může aplikovat rychleji do klinického prostředí. Často je spojována spíše s tématem získávání informací a změnou chování nebo pravidel, než se zavedením nového léčiva nebo nástroje. Přesto změna jakékoli části systému zdravotnické péče vyžaduje pečlivé přemýšlení a plánování; individuální rozhodnutí všeobecné sestry o změně elementu praxe může mít okamžité následky pro kolegyně a pacienty (viz Schéma 9).

Dokonce něco tak zjevně jednoduchého jako je změna metody umývání rukou může mít vliv na ostatní odborníky, pacienty, pomocný personál a dostupnost čisticích prostředků, nezapomínaje na umístění umyvadel.

#### Schéma 9: Očekávaná péče o pacienta má svoje kořeny v praxi založené na důkazech

Přenést infekci na pacienta je ta poslední věc, kterou by praktici chtěli. A tak když se Joyce Maygersová MSN, RN začala ohlížet po tématu výzkumu, zaměřila se na infekce močových cest (UTI) u pacientů s mozkovou příhodou, kde záznamy ukazují, že pacienti trpí častým výskytem této infekce (UTI), ale neexistovalo mnoho informací o tom, jak jim předcházet. Ukázalo se, že močové katétrů (rutinně používané pro pacienty s mozkovou příhodou) byly hlavním původcem infekcí (UTI). Díky svým klinickým zkušenostem a schopnostem analýzy výsledků pacienta, měla Maygersová podezření, že tento problém má jednoduché řešení: Možná by nebylo nutné cévkovat každého pacienta s mozkovou příhodou, nebo nechávat katétr zavedený tak dlouhou dobu? Když začala hledat zdravotní důvody pro automatické ordinování cévkování pro tyto pacienty, zjistila, že nejsou žádné klinické indikátory pro rutinní cévkování.

Maygersová strávila rok ve Zdravotnickém centru John Hopkins Bayview, kde pracovala s lékaři, sestrami a dalšími zdravotnickými pracovníky, aby zjistila, zda je katetrizace opravdu nezbytná. Zavedla změny do léčby pacientů s mozkovou příhodou a do předcházení infekcím močových cest (UTI). Věřila, že dosáhne snížení katetrizací o 10%, ale její úsilí vedlo k téměř dvojnásobnému úspěchu. Pacienti centra mozkových příhod v Bayview byli cévkováni o 20% méně během dne, a pozitivní výsledek – snížení infekcí močových cest (UTI) a opětovné hospitalizace těchto pacientů kvůli infekci močových cest, a jejich kratší hospitalizace – byly tak nápadné, že se uvažuje o přijetí tohoto postupu pro celé centrum Bayview.

Zdroj: *John Hopkins Ošetřovatelství, Jaro 2010, svazek VIII, vydání 1. (Nursing Magazine, Spring 2010, Vol. VIII, Issue 1)*

[http://web.jhu.edu/jhnmagazine/spring2010/features/making\\_research\\_relevant](http://web.jhu.edu/jhnmagazine/spring2010/features/making_research_relevant)

Možné následky zavedení nového způsobu poskytování služeb se pak musí pečlivě zvážit na organizační a taktické úrovni. Nejenže máme mnoho případů plýtvání zdroji na neúspěšné pokusy o změny, ale také se nám nedaří podporovat ty, které probíhají. To může vést k nekonzistentnosti a odchylkám v našich službách.

Zavádět změny je nesnadné, protože to znamená změnu chování systému a lidí. Změna je často komplikovaná, stojí mnoho času a má nepředvídatelné následky. Přesto může být změna vzrušující a motivující. Pochopení a plánování jak přivést důkazy do praxe, k akčním znalostem, je důležité. Tato oblast, protože je tak kritická, byla sama předmětem zvýšeného výzkumu. Pochopení toho, jak jsou ideje (inovace) chápány a nejasné se někdy označuje jako znalostní mobilizace nebo znalostní přenos. V současnosti převládá názor, že „inovace služeb“ může být snadné řešení obtížných problémů, ale jak bylo řečeno dříve, musíme být opatrní a používat stejné dovednosti EBP (praxe založené na důkazech) také pro tuto oblast.

Dobrym příkladem přístupu založeného na důkazech s inovací služeb je přístup ICN k prevenci TB. Školící metodologie ICN podporuje vzdělávání skupin vrstevníků a používá praktický přístup k řešení problémů, který bere v úvahu pracovní prostředí všeobecných sester. Více než 1100 všeobecných sester ze zemí s vysokým výskytem TB a MDR-TB se účastnilo školení ICN v instruktorských (TOT) kurzech. Tyto všeobecné sestry následně proškolily 28,000 všeobecných sester a dalších zdravotnických pracovníků. Zpětná vazba od účastníků ukázala, že školící metodologie, kterou ICN vyvinula v projektu TB, vyústila ve zlepšení přístupu k pacientům, menším mírám zanedbávání, lepším odhadům případů a bezpečnějšímu pracovnímu prostředí. (Přihlásit do kurzu se můžete na [www.icn.ch/projects/tb-online-learning-resources/](http://www.icn.ch/projects/tb-online-learning-resources/).)

Další příklad pochází z Botswany. Spolupracující centrum Světové zdravotnické organizace na Univerzitě v Botswaně, oddělení ošetrovatelského vzdělávání, použilo různé EBP aktivity včetně přístupu rozvoje komunity a akčního výzkumu k formování komisí založených na zdravotní péči v komunitě (CHBC), zodpovědných za poskytování péče chronicky nemocným pacientům v komunitě. Byla to odpověď na vysoký výskyt HIV/AIDS v zemi, který vedl k přesunu z institucionalizované péče k CHBC (Tlou 2006). Výsledkem byla lepší péče o pacienty a vyšší účast komunity.

Přístup EBP založený na praxi byl používán sestrami v Midwesternské dětské nemocnici v USA, které zavedly kontrolu umístování nazogastrické sondy u dětských a novorozeneckých pacientů. Vyšetřování vzduchové insulface poslechem přes dutinu břišní se stále v mnoha případech používá ke zjištění umístění sondy, i když výzkum už v osmdesátých letech minulého století zpochybňoval tento přístup. Rentgen je jediným jistým způsobem kontroly umístění, ale rentgenování před každým krmením by bylo drahé a nepraktické. Byly potřebné dodatečné vedlejší metody. Sestry využily přístup praxe založené na důkazech, aby minimalizovaly risk z nesprávně zavedených NG sond. Výsledky projektu ukázaly snížení vyšetření poslechem (z 93,3% na 46,2%) a častější používání jiných, spolehlivějších metod k determinaci umístění nazogastrické sondy (Farrington a kol. 2009).

**Schéma 10: Přístup založený na důkazech ke zlepšení ošetrovatelské péče akutní mozkové příhody v záchranné službě, Austrálie**

Australské všeobecné sestry ve středisku záchranné služby v severní nemocnici v Melbourne zavedly změny do své praxe, aby zlepšily ošetrovatelskou péči v naléhavých případech akutních mozkových příhod tím, že zkvalitnily používání důkazů vztahující se k prevenci počátečních komplikací. Použily návrh před-testu/poté-testu pro akutní mozkovou příhodu podle směrnic pro ošetrovatelský management záchranné služby. Data byla shromažďována s použitím záznamů zdravotnického auditu. Vlivem této studie vznikla směrnice pro zvládání náhlých případů mozkové příhody z ošetrovatelského hlediska, zavádění směrnice bylo podporováno konzultacemi.

Hlavní výsledky byly měřené před a po zavedení směrnice: třídění nemocných podle naléhavosti, doba čekání, doba setrvání záchranné služby na místě, doba posudku specialisty a monitorování životních funkcí, teplota a glukóza v krvi, žilní trombembolie, ohodnocení rizika tkáňového poškození.

Výsledky ukázaly významné zlepšení v rozhodnutích o třídění pacientů podle naléhavosti. Zvýšila se frekvence hodnocení úrovně dýchání, srdeční činnosti, krevního tlaku a zásobování kyslíkem. Pokud jde o řízení rizik, dokumentování oblasti tkáňového poškození není zvýrazněné, zlepšilo se ohodnocení polykání před příjmem ústy, hodnocení řečové patologie v záchranné službě se zvýšilo nevýznamně, čas pro hodnocení řečové patologie u přijatých pacientů se snížil o 93.5 minut.

*Zdroj: Considine & McGillivray (2010)*

Výzkumný projekt (Schéma 11) ukazuje přenos znalostí do praxe a tvoří užitečnou soustavu (v detailu se na tuto soustavu můžete podívat v **příloze 2**), která zdůrazňuje komplexnost přenosu znalostí, ale také demonstruje, že aktivní vedení a řízení tohoto procesu zvyšuje pravděpodobnost úspěchu změny projektu

**Schéma 11: Soustava navrhnutá pro přenos znalostí**

Přenos znalostí (Knowledge Transport -KT) je zřídka lineární proces. Naopak je to komplexní sociální proces zahrnující sérii interakcí a propojení mezi producenty a uživateli výzkumu (McWilliam a kol. 2009; Kitson a kol. 2008). Plánování, doručení a ohodnocení KT přesto vyžaduje základní logickou strukturu. Výzkum v LIHS vyvinul soustavu procesu KT, založenou na tematické analýze 28 KT modelů (Ward a kol. 2009) a na následujících důkazech z pracovní oblasti. Soustava zahrnuje pět klíčových prvků, které se zdají být nezbytné k plánování KT a popisuje aktivity spojené s těmito prvky. Model také ukazuje, že každý z těchto klíčových elementů interaguje, může fungovat samostatně nebo paralelně a že intenzita každého prvku se mění se změnou KT procesu. Viz **příloha 2**

*Zdroj: Ward a kol. (2010)*

Tato soustava může pomáhat všeobecným sestrám, manažerům a výzkumníkům pracovat společně pro rozvoj lepšího porozumění změny, kterou zvažují.

## Kontext a kultura jsou rozhodující

Všechny modely, které pojednávají o zavedení změn, uznávají důležitost kontextu a kultury. I když jsou důkazy dobře popsány a přesvědčivé, okolnosti k postupu vpřed jsou příliš často velmi obtížné (viz Schéma 12). Možnou cestou k ohodnocení faktorů, které budou řídit změnu i pravděpodobnost jeho úspěchu je PESTLE, viz dole:

**Political factors (Politické faktory):** role politiky, vlády, voleb

**Economic (Ekonomické):** finanční zvažování, problémy nabídky a poptávky

**Social (Sociální):** vztahy s veřejností, přijatelnost

**Technological (Technologické):** vývoj nových zařízení, informační systémy, testy

**Legal (Právní):** legislativa, smluvní právo

**Ethical (Etické):** profesionální standardy, problematika přístupu

Pokud posoudíme kulturu a kontext, často je možné podpořit kulturu, která je loajální k očekávané změně. Faktory, které pomohou, je pečlivá příprava a aby ti, kteří změnu vedou, opravdu rozuměli místním poměrům a vedli efektivní komunikaci se všemi, kteří pravděpodobně budou během procesu změnou ovlivněni (Dunning a kol. 1998).

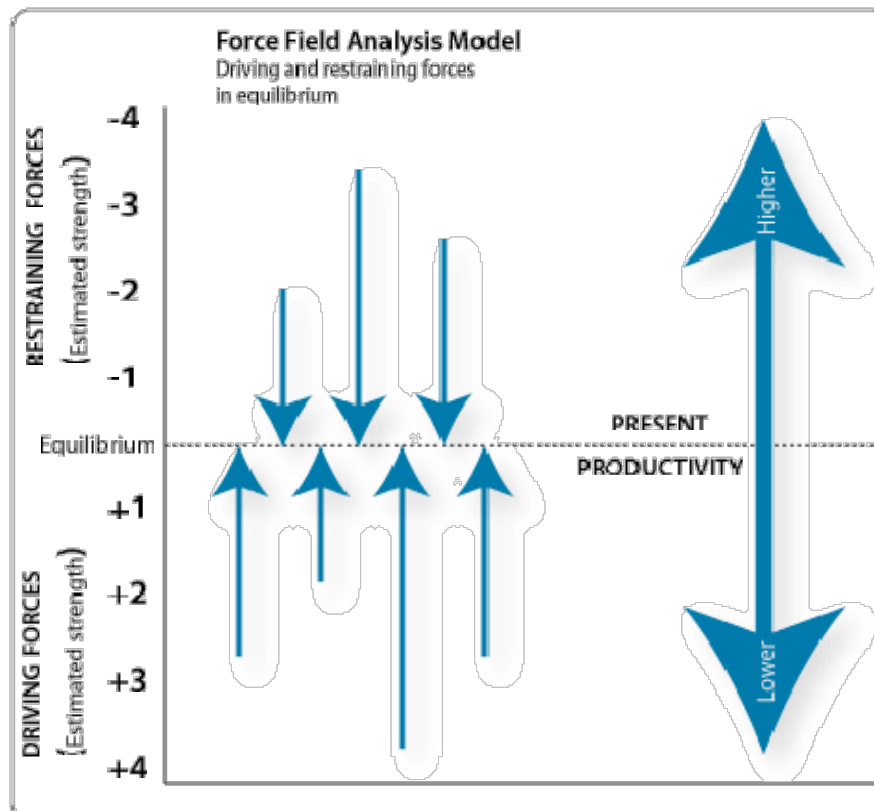
Možnou technikou, kterou použijete, by mohla být Analýza silového pole. Je to manažerská technika pro diagnostikování situací, kterou vyvinul Kurt Lewin (1997), průkopník v oblasti sociálních věd. Tento přístup může rychle pomoci identifikovat lidi, problémy nebo události, které se mohou dostat do cesty jakémukoli plánovanému zlepšení. Také vám může pomoci najít spojence, kteří vás mohou podpořit. Aby tato technika fungovala, musíte působit na některé síly, které jste identifikovali. Může se také hodit v projektech, kde se buduje tým, ve kterém se snažíte překonat odpor ke změně. Lewin se domnívá, že v jakékoli situaci jsou jak síly ženoucí kupředu, tak síly omezující, které ovlivňují jakoukoli změnu, která se může uplatnit.

Síly ženoucí kupředu jsou síly, které ovlivňují situaci, která je tlačena určitým směrem; mají tendenci iniciovat změnu a udržovat ji v chodu.

Omezující síly jsou síly, které se snaží omezovat nebo zmenšovat síly ženoucí kupředu. Rovnováha je dosaženo, když součet sil ženoucích kupředu je stejný jako součet sil omezujících.



Schéma 12: Model analýzy silového pole (Lewin 1997)



Některé druhy sil, o kterých uvažujeme, jsou:

- Dostupné zdroje
- Tradice
- Nezadatelné zájmy
- Organizační struktury
- Vztahy
- Sociální nebo organizační trendy
- Postoje lidí
- Předpisy
- Osobní nebo skupinové potřeby
- Současné nebo minulé praktiky
- Institucionální politika nebo normy
- Vládní organizace
- Hodnoty
- Touhy
- Výdaje
- Lidé
- Události

Nyní, když jste identifikovali záležitosti, které mohou pomáhat vašemu projektu nebo váš projekt nebo plánované změny brzdit, je dalším krokem ujištění, že používáte těchto znalostí k posunu projektu kupředu. Zeptejte se sami sebe: 'Co můžeme a budeme dělat se záležitostmi, které pomáhají nebo brzdí náš projekt /plánované změny?

Abychom podpořili rozvoj praxe, klinické prostředí by mělo být takové, ve kterém ideje, inovace a důkazy mají hodnotu. Realita, jak již bylo uvedeno, je to, že samo o sobě klinické prostředí může být jednou z hlavních bariér změny. Změny praxe vyžadují sebevědomé, solidně podporované praktiky, kteří mají konečnou zodpovědnost za své vlastní postupy. Musí být oprávněni dělat změny a budou potřebovat dovednosti, jako je vyjednávání, prodej, budování konsensu a zdravý risk. Protože všechny změny trvají dlouho, navíc pravděpodobně budou muset být podporováni a aktivně vedeni dlouhou dobu. Pro tým zdravotní péče, který je oddaný přístupu EBP, je snadné sdílet znalosti a učit ostatní což může být motivace navíc.

Je mnoho praktických způsobů jak se EBP může podporovat a implementovat a obecně se mohou uvádět pod těmito názvy;

**Budování přátelství** – seskupuje jednotlivce, skupiny a týmy k rozvoji a sdílení vizí a smyslu záměru.

**Používání bojovníků/agentů změny** – identifikování a nabírání klíčových lidí k podpoře změny; musí to být důvěryhodní, respektovaní jednotlivci, které chcete ovlivnit

**Sdílení a šíření informací** – se může dít různými médii a může být zamýšleno pro specifické publikum; může zahrnovat psaní letáků, využívání her a použití platformy sociálních médií

**Vzdělanostní a výcvikové intervence** – jako je pokračování ve vzdělanostních modulech, systém podpory rozhodování, koučování na míru, online učení, užití simulací.

**Standardizovaná praxe** – užití programu ošetřovatelství zaměřeného na klinický audit, hodnocení efektivity, kontrolní seznamy a směrnice.

Je nepravděpodobné, že byste potřebovali použít všechny tyto postoje, i když je pravděpodobné, že budete potřebovat mix z více přístupů, aby bylo dosaženo úspěchu. Náklady všech přístupů spolu souvisí, což musí být bráno v úvahu při navrhování. Příklad viz Schéma 13.

Jakmile si ujasníte, co chcete změnit a jakým způsobem se hodláte pustit do této změny, je užitečné nastínit určité úkoly a hodnoty výsledků. Zkratka **SMART** je velmi užitečná a všeobecně používaná.

**Specific (Specifické)** – úkoly by měly odkazovat ke specifickému, detailnímu výsledku spíše než k neurčitému a obecnému vyjádření.

**Measurable (Měřitelné)** – mělo by být možné monitorovat, zda se něco změnilo nebo ne.

**Appropriate (Vhodné)** – nastíněné úkoly by měly být dosažitelné a realistické.

**Relevant (Důležité)** – úkoly by měly být v celém projektu smysluplné.

**Time bound (Časová návaznost)** – úkoly by měly mít časový rámec.

## Využívání času na učení: Důsledky v praxi

Ačkoli jsme zmiňovali mnoho různých organizačních přístupů ke změně praxe, všechny závisí na schopnosti jednotlivců (sester i pacientů) přemýšlet o tom, co chtějí a jestli se chtějí změnit. Změna může být vnímána jako nikdy nekončící vzdělávací proces. Systematický přístup k důsledkům v praxi dává praktikům možnost vidět její smysl v užitečnosti a tvořivosti. Důsledky v praxi se nyní považují za klíčové prvky profesní práce, techniky pro rozvoj těchto dovedností jsou zakomponovány do mnoha výcvikových programů. Přesto musí být k dispozici volný čas, aby se tyto techniky mohly používat v rušném pracovním prostředí. (viz **Příloha 2**)

*“Hierarchie důkazů, která je jedním z nejlogičtějších způsobů dokazování, zlepšila náhodně řízené experimenty, ale ve skutečnosti může být překážkou v použití nejefektivnější léčby kvůli praktickým, politickým/ideologickým a gnozeologickým rozporům a omezením. Navíc, praxe založená na důkazech, zdá se, sdílí velmi podobné definice, cíle a postupy jako důsledky v praxi. A proto hnutí praxe založené na důkazech může mít mnohem větší užitek z použití prvků důsledků v praxi, než z používání hierarchické struktury důkazů.” (Mantzoukas 2007)*

Peer reflexe (také známá jako podpora stejné cílové skupiny) může být zvláště užitečná v době změny praxe. Tyto skupiny opravdu potřebují podporu a vedení. Musí být akceptován čas mimo klinickou oblast, kde tato skupina nebude narušena v době pravidelných setkání; je nutný vysoký stupeň důvěry a mlčenlivosti mezi členy skupin a zajištění kreativního a podnětného prostředí, které umožní skupinám pokračovat v procesu. Může také pomoci tvorba plánů činnosti.

Ke sdílení a rozšiřování EBP je také důležité získávání kontaktů. Lomas (2007) ve své kritice přijímání důkazů ve zdravotnickém systému na Novém Zélandě upozornil na klíčovou podstatu získávání kontaktů.

Získávání kontaktů je důležitý postup, v kterém všeobecné sestry, jako velká a komplexní skupina profesionálů, sdílí znalosti. V čase zátěže je snadné vidět tyto sítě neformálních i formálních kontaktů, ale jsou podhodnocované a posuzované jako nedůležité. Sítě kontaktů nebo soustavy sdílení a šíření informací byly popsány Mc Sherrym a Warrem (2008) jako klíč k znamenitosti. Zdají se jim důležité z těchto důvodů:

- Pro ujištění, že existuje pomoc a podpora jednotlivcům, týmům a organizacím, aby se inovovaly a měnily.
- Pro zjišťování názorů a jejich sdílení.
- Pro výstavbu podpůrné sítě k rozvoji jednotlivce a rozvoji profesionálů.
- Pro jistotu existence silného systému ke spolupráci a sdělování změn.
- Pro povzbuzení a zapojení zaměstnanců tak, aby se sžili s inovací a změnou.
- Pro založení sítě ke sdílení a šíření pokročilých znalostí a evaluace, týkající se inovace a změny.
- Pro zmenšení pracovního stresu a k podpoře sebedůvěry.

Dobrym príkladem toho jak tým využil mnohé z těchto přístupů hledejte v článku Gallaghery Forda (2011) v doplňkových zdrojích materiálů.

Někdy může změna ušetřit peníze, ale v případě kdy je potřeba financovat změny a nové systémy pak fungují nějakou dobu společně se systémy starými a překrývají se, pak financování změn bude možná muset pracovat s některými omezujícími faktory, které byly identifikovány v této příručce dříve.

Když přemýšlíte, jak rozvinout úspěšné prostředí pro praxi založenou na důkazech tak, aby prosperovala, je také důležité zvážit širší důsledky EBP na zdroje zdravotního systému. V pokročilé praxi budeme opravdu často soutěžit o omezené zdroje, a tak budeme muset pro tuto změnu vyvinout silné argumenty, kterým rozumíme, a to je předmětem příští kapitoly.

### **Schéma 13: Příklad místní intervence EBP**

**Kontext/pozadí:** Zlepšení stravovacích návyků pacientů s diabetem je jedna z neefektivnějších strategií k minimalizaci tvoření diabetické nohy a dalších negativních dopadů, ať už jde o hospitalizované nebo nehospitalizované diabetiky.

**Cíle:** Zjistit znalost nutriční péče a stravovacích návyků mezi hospitalizovanými pacienty-diabetiky; použít lepší záznamy evidence vybraných znalostí nutriční péče a stravovacích návyků; ohodnotit jejich efektivitu.

**Návrh/metodologie:** Studie případů, testovací pohovory před intervencí a po ní.

**Prostředí:** Chirurgické oddělení v univerzitní nemocnici, Thajsko.

**Účastníci:** Čtyři pacienti s diabetem, kteří byli v péči nejméně tři dny.

**Intervence/metoda:** Vzdělávací program založený na potřebách znalostí pacientů s diabetem; byl poskytnut leták diabetické nutriční péče a asistence pacientům k nastavení jejich cílů a plánovaných kroků. Znalost pacientů v nutriční péči, jejich cíle a stanovené plánované kroky ke zlepšení stravovacích návyků byly ohodnoceny.

**Hlavní výsledek/opatření:** Znalost nutriční péče diabetiků, cíle pacientů a jejich stanovené plánované kroky ke zlepšení stravovacích návyků.

**Hlavní výsledky/zjištění:** Všichni pacienti potřebují zlepšení stravovacích návyků; vzdělávací program, který by kombinoval cíle a plány činností ke zlepšení nutriční péče hospitalizovaných pacientů a vnímání stravovacích návyků.

**Závěry:** Tato kombinace metod byla snadná, bezpečná a zdála se být proveditelná a aplikovatelná pro hospitalizované pacienty s diabetem. Výsledky studie poskytují cenné informace pro zlepšení znalosti nutriční péče a stravovacích návyků hospitalizovaných pacientů s diabetem. Autoři doporučují sestřám použít praxi založenou na důkazech, aby přispěla ke zlepšení kvality diabetické péče.

*Zdroj: Kurniawan & Petpichetchian (2011)*

#### Hodnocení změny v praxi

Zdravotní systémy jsou pod tlakem kvůli zdrojům a musí zajistit, že ty co používají, jsou využity co nejefektivněji. Až donedávna oblast EBP nejvíce zdůrazňovala vybudování efektivních zásahů; je nový zásah účinný? Není jednoduché najít přesvědčivé klinické důkazy vedoucí ke změně, přestože je důkaz přesvědčivý, nemusí být vždy dostupný nebo bude vyžadovat další zdroje, aby zajistily úspěch.

*“Rozvojové země mají omezené zdroje, a tak je zvláště důležité, aby investovaly do zdravotní péče, která bude fungovat. Argumenty pro praxi založené na důkazech byly na západě vytvářeny dlouhou dobu. Díky omezenému přístupu k informacím je tento postoj pro zdravotnické profesionály, kteří pracují ve zranitelných/citlivých komunitách s nízkým příjmem téměř nemožný. Další základní ekonomické, sociální a politické problémy mnoha rozvíjejících se národů brzdí přístup ke zdravotnickým službám a lékům a zdravotnictví se často drží zpátky při obraně výdajů. V některých zemích zůstávají dostupné zdravotnické fondy nevyčerpané díky byrokratickým přehmatům a špatnému vedení. Vzhledem k těmto problémům, je zcela nezbytné, aby investice vynakládané na tyto zdravotnické intervence a aktivity, v tomto unikátním a nenapodobitelném kontextu byly účelně smysluplně a efektivně využity.”* (Pearson & Jordan 2010)

Existuje už více prověřených intervencí, než na které máme fondy. Jak jsme viděli, vždy se vyžaduje posouzení toho, jaké důkazy použít, jak je interpretovat a jak přesvědčení jsme ve svých zjištěních. Nejdůležitějším rozhodnutím je pro nás to, jestli očekávané výsledky jsou dost důležité a značné, aby se praxe změnila a jestli máme použít zdroje, které by mohly být využity jinde. Je velmi pravděpodobné, že budete soutěžit o zdroje a často bude nutné odůvodnit do značných detailů, proč byste si přáli praxi změnit a jak moc by to mohlo stát; možná budete požádáni, abyste připravili obchodní případ nebo nějakou formu ekonomického hodnocení. (viz **příloha 3** šablona pro vývoj obchodu/služby).

Je potřeba, aby se sestry cítily sebejistě při očekávání výsledků nové intervence a jejich vyčíslování z různých hledisek. V mnoha situacích implementace novátorské služby bude mít za následek zastavení funkce něčeho jiného. S náklady na „zastavení“ se musí počítat v návrhu projektu. Tam, kde náklady a rizika ve srovnání se zisky jsou příliš vysoké pro jakéhokoli z klíčových partnerů (ať už jsou to pacienti nebo jejich zdravotníci) nebude určitě návrh změny úspěšný.

Následující otázky mohou být užitečné při přípravě případů, protože podrobně popisují možnosti:

1. Jaké různé alternativy jsou porovnávány?
2. Který z možných výsledků srovnávaných alternativ je nejdůležitější?
3. Jaký je pravděpodobný dopad těchto alternativ?
4. Je možné, že formální ekonomická analýza pomůže při rozhodování?
5. Jaká jsou rizika zavedení změny?
6. Existuje možnost implementovat změnu a tím vytvořit silnější systém?
7. Do jaké míry podporuje změnu vedení?

Tyto otázky mohou být užitečné, protože je můžeme považovat za posudek všech alternativ. Alternativy pak budou muset dosáhnout nějakého typu rovnováhy, aby byly úspěšné. Pokud byste zvažovali zavedení nové služby veřejného zdraví, chtěli byste zvážit minimálně otázky související s dostupností, užitím zdrojů; rovností a využitím služby, jak lze vidět ve Schématu 14



Odovědi na tyto otázky vám umožní zorganizovat vaše uvažování, uspořádat důkazy a vytvořit rozvahu, která může objasnit výhody a nevýhody. Cílem přístupu je pomoci v zaměření týmu na klíčová rozhodnutí a na nejdůležitější výsledky a také v podpoře hodnotících aktivit. (Oxman a kol. 2010).

Abychom určili úspěch změny v praxi, je užitečné identifikovat míru výsledků. Také je důležité, aby výsledky byly snadno měřitelné a aby se o nich daly podávat informace. Například, když budete chtít zavést politiku kontroly infekcí, krátkodobě budou potřeba záznamy od všech zaměstnanců procházejících stanoveným mytím rukou, dlouhodobě se může jednat o snížení míry infekcí. Podporování změn je důležité také kvůli vnímané hodnotě iniciativ EBP. (Studie případu Schéma 15)

**Schéma 15: Zavedení klinických směrnic pro dospělé s astmatem a diabetem: následné tříleté hodnocení ošetrovatelské péče**

Asociace registrovaných všeobecných sester z Ontaria v Kanadě vyvinula a publikovala více než 42 směrnic souvisejících s ošetrovatelskými postupy a zdravým pracovním prostředím. Dosud zahrnovalo hodnocení jednorocní studie dopadu zavedení směrnice, ale nevíme moc o tom, jestli se změny v praxi, které byly provedeny během počátku zaváděcí doby, nepřerušovaly.

**Záměry:** V průběhu následujících tří let informovat o hodnocení indikátorů implementace ošetrovatelské péče podle směrnice O nejlepší péči o dospělé astmatiky v praxi a Nejlepší praxe v omezení komplikací se stravou pro pacienty s diabetem, a popsat systémové změny klinického prostředí.

**Intervence/metody:** Pozorování a pohovory na místě byly prováděny s klíčovými informátory ve dvou nemocnicích. Indikátory změny ošetrovatelské péče identifikované šest měsíců po zavedení byly srovnávány s indikátory objevenými ve schématu zpětného auditu na stejném místě před třemi roky.

**Hlavní výsledky/zjištění:** Tři ze 12 indikátorů souvisejících s astmatickou péčí zůstaly trvale vysoké ( $\geq 84\%$  prověřovaného schématu) a čtyři indikátory se významně snížily ( $p < 0.01$ ). V devíti ze 12 indikátorů ( $p \leq 0.05$ ) došlo k významnému zlepšení v souvislosti s péčí o stravu.

**Závěry:** Dlouhodobé sledování jak klinických indikátorů, tak i systémových faktorů je důležité pro monitorování prosazování trvalých implementací směrnic.

*Zdroj: Higuchi a kol. (2011)*

V případech, kdy jsou rozhodnutí systémová a pravděpodobně vyústí do velkých rozdílů ve využití zdrojů jako je stavba nových zařízení nebo nábor nových zaměstnanců, potom můžete použít druh ekonomického modelování. Například budete potřebovat určit, jestli nastanou velké výhody pro malé množství pacientů nebo malé výhody pro mnoho pacientů. Je stále důležitější tuto oblast promýšlet, protože všechny zdravotnické systémy se ocitají pod tlakem a soupeření o zdroje je značné. Proto manažeři ve zdravotních systémech používají stále více typy ekonomických modelů adaptovaných z jiných oblastí.

Typ ekonomického hodnocení se bude lišit a může být prováděn sestrami s podporou specialistů z dané oblasti (Gray 1999 Schéma 16). Přijetím systému hodnocení pravděpodobných výnosů a zisku, vztahujících se k vašim návrhům, se můžete ujistit, že to co může být někdy těžké vybrat, je provedeno jasným a transparentním způsobem. Existuje mnoho systémů, které se mohou použít, a příklad jednoho z nich můžete vidět v **příloze 3**.

**Schéma 16: Příklady ekonomických evaluací**

Analýza výdajů: žádné informace o výsledcích, možná nebyly porovnány možnosti, uvádějí se pouze výdaje

Studie minimalizace výdajů: hlavní zájem je v identifikování a nalezení alternativy s nejmenšími výdaji

Efektivita výdajů: může být použita, pokud jsou známé výsledky k porovnání specifických možností jako poměr rozdílů ve výsledcích

*Zdroj: Gray (1999)*

Abyste se na závěr ujistili, že změny ve výsledcích jsou výsledkem vaší intervence, může být vhodné vestavět nějakou formu monitorování nebo hodnocení dopadu. Monitorování je užitečné když chcete vědět co se aktuálně děje, například se můžete rozhodnout monitorovat provádění ošetrovatelského procesu. To vám umožní dostat brzy informace a možná i přizpůsobit program podle potřeby. Nastavení monitorování může být drahé a nebude mít smysl, když se data nebudou využívat. Monitorovací činnosti ne vždy indikují, jestli postup nebo program měl nějaký dopad na indikátory, které vás zajímají.

Hodnocení dopadu by mělo být zavedeno v době plánované změny a navrženo se stejnou péčí jako průzkumná studie. Jejím cílem je zjistit, zda ve výsledcích mohou být sledované změny připisovány naším intervencím. Dobrá hodnotící práce pomáhá ostatním rozhodnout se lépe o tom, jak přenositelná je vaše intervence do jejich kontextu.

Sestry rozvíjejí svoje role a jednají jako aktivní členky multidisciplinárního týmu. Je stále důležitější, že jsme schopni mít pochybnosti a být zpochybňováni v našem přístupu k praxi a držet se zásad. Používání přístupu na základě důkazů nám umožňuje právě toto dělat. Umožňuje nám to neustále přezkoumávat naše postupy a hledat nové a efektivnější způsoby práce. Stejně tak, v čase finančních výzev, nám umožňuje využít ty zdroje, které máme, co nejefektivněji. My všichni máme mnoho toho, co by se mohlo přizpůsobit nebo co bychom mohli sdílet, což by pomohlo kolegům, kteří řeší podobné problémy. To znamená, že profesionální sítě mohou být velmi užitečné, protože by mohly ušetřit čas strávený procesem převodu myšlenek v činy.

Poslední kapitola ukáže důležité způsoby, jak národní asociace sester může pracovat tak, aby pomáhala vývoji všech aspektů EBP cyklu, od pomoci se specifickými instrukcemi rozvoje k podpoře sester – výzkumnic v jejich globálním budování kontaktů.



## KAPITOLA 5

### Role Národní asociace sester

Stěžejní role Národní asociace sester (NNAs) je její vůdčí postavení ve zjišťování, zda pacienti dostávají efektivní péči směřující k jednotlivci, založenou na nejlepších důkazech, které jsou dostupné. Sestry jsou schopné věnovat se kombinaci technického posuzování, klinického zdůvodňování a důkazům, které jsou vhodné v rozsahu zdravotnického prostředí, vyvíjí se v čase, a jsou výsledkem formální výuky, experimentálního získávání znalostí, efektivního instruktorství a reflektivní praxe. NNAs má dobrou pozici k podpoře tohoto programu. Některé studie ukazují, že většina sester poskytuje péči založenou na tom, co se naučili na zdravotnické škole a zřídka používají články z odborných časopisů, zpráv z výzkumu nebo knihovny v nemocnicích (Pravikoff a kol. 2005).

Začít se zabývat výzvou praxe založené na důkazech vyžaduje podle NNAs předvídatost a odhodlání. Priority dané konkurencí, naléhavostí, a současným ekonomickým klimatem lákají odsunout EBP do pozadí. Přesto potřeba praxe založené na důkazech, která je zacílená ke zlepšení pacientovy bezpečnosti, kvality a efektivity výdajů je nutná víc než kdy jindy. Je nezbytné, aby NNAs poskytovala vedení ošetřovatelské profesi právě nyní.

NNAs má silnou pozici v informování, angažování a posílení všeobecných sester na všech úrovních, tak aby pracovaly s širokou škálou zainteresovaných osob zahrnujících komunity, zaměstnavatele, partnery, tvůrce politiky, školy, pacienty a rodiny k prosazování EBP, ke zlepšení kvality života pro co nejlepší možné zdravotní výsledky.

Každá NNA musí zvažovat řadu faktorů při rozhodování o plánu činnosti, který by byl vhodný daným okolnostem, a to schopnost implementace EBP, dostupnost zdrojů a existenci podpory. Výběrem malého množství činností k demonstrování výhod zavádění důkazů do praxe a při jejich dobré funkci je pravděpodobné, že povedou k transformaci k praxe založené na důkazech.

### **Šíření a obhajování informací**

NNAs má dobrou pozici k šíření informací a klíčových zpráv o praxi založené na důkazech svým členům, všeobecným sestřám – manažerkám, pedagogům a tvůrcům politiky. Co největší šíření komplexních informací a informací založených na důkazech pro prosazování EBP je potřeba ke zlepšení povědomí a ovlivnění změn chování. Sdílení informací o důležitosti zavádění důkazů do praxe je také potřebné k vytvoření prostředí, které pěstuje změnu, implementaci, inovaci a hodnocení kvůli lepším výsledkům ve zdravotnictví. NNAs může:

- Založit online komunitu k výměně myšlenek a nejlepších postupů se skupinami kolegů.

- Publikovat klíčové informace, výhody praxe založené na důkazech ve svých odborných časopisech a na webových stránkách, v prezentacích, na konferencích a zveřejněním v tisku.
- Šířit informace o praxi založené na důkazech svým členům, všeobecným sestram - manažerkám a tvůrcům politiky.
- Organizovat národní kampaně a akce ke zlepšení povědomí o praxi založené na důkazech.
- Poskytnout platformu k diskusi o praxi založené na důkazech související s ošetřovatelstvím a další fóra a mítinky.
- Zavést ocenění za excelenci a inovaci v zavádění praxe založené na důkazech a upozorňovat na práci všeobecných sester v publikacích, na webových stránkách, konferencích atd.
- Usnadnit spolupráci s dalšími asociacemi zdravotnických profesionálů, ministerstvy zdravotnictví, výzkumnými organizacemi a dalšími souvisejícími sektory a zainteresovanými osobami.
- K podpoře praxe založené na důkazech pracovat s ministerstvy zdravotnictví a dalšími tak, aby byla ovlivněna jak politika národního zdraví, tak související veřejná politika.
- Šířit důkazy o nejlepších postupech a výsledcích včetně výdajů.

## **Budování partnerství**

Úspěšné zavedení ošetřovatelské praxe založené na důkazech vyžaduje koordinované akce s ministerstvy zdravotnictví, školstvím, pracovníky ošetřovatelské péče a soukromým zdravotnickým sektorem. Efektivní partnerství povzbuzuje spolupráci, minimalizuje duplicitu a redukuje soutěžení o zdroje, zároveň dovoluje organizacím posílit implementaci EBP a učit se od sebe navzájem.

- Zakládat partnerství mezi zdravotnickými profesionály a tvůrci politiky ke sdílení informací, rozvoji strategií a mobilizaci zdrojů pro zavedení ošetřovatelství založeného na důkazech.
- Pracovat s tvůrci politiky ke zvýšení investic do ošetřovatelské pracovní síly a k implementaci programů a politik, které podpoří praxi založenou na důkazech.
- Poskytovat vstupní data zdravotnickým organizacím, výzkumníkům a tvůrcům politiky o důsledcích převedení znalostí do důkazů a výhody - lepší výsledky, snížení výdajů atd.
- Pracovat se vzdělávacími zařízeními k posílení integrace praxe založené na důkazech do učebních plánů ošetřovatelství.
- Spolupracovat s centry vzdělávání sester a výzkumnými centry k usnadnění šíření a používání výsledků výzkumu.

## Budování výkonnosti

NNAs hraje důležitou roli v budování výkonnosti napříč ošetrovatelskou profesí a v budování výkonnosti všeobecných sester při převádění důkazů do praxe tak, aby ošetrovatelství splnilo svoje pověření - poskytovat nejlepší možnou péči s využitím dostupných důkazů.

- Poskytovat pracovní semináře, kluby odborných časopisů, debaty a stahovatelné nástroje a další zdroje k posílení praxe založené na důkazech.
- Poskytnout prostor/fórum pro výměnu a diskusi o praktikách, osvojených lekcích a inovacích v zavádění znalostí do praxe.
- Šířit inovace v ošetrovatelství založené na současných důkazech všeobecným sestrám a ostatním.
- Stimulovat zájem o ošetrovatelský výzkum přes lobování za členství a za výcvikové možnosti pro všeobecné sestry a rozvoj jejich kariérových příležitostí.
- Povzbudit/posílit příjem nových informačních technologií patřičným výcvikem a zpětnými mechanismy.
- Posílit řízení změn k podpoře praxe založené na důkazech.

## Psaní brífinků

Ošetrovatelství má hlavní přínos v tvorbě zdravotnické politiky. Všeobecné sestry jsou výborné v poskytování péče a v řešení okamžitých problémů, často s omezenými prostředky. Interagují se zákazníky zdravotnické péče v rozsáhlé řadě prostředí. To dává všeobecným sestrám hluboké porozumění pro potřeby zdraví, pro to jak faktory v prostředí mohou ovlivnit zdravotní situaci klientů a rodin a pro to jak lidé mohou reagovat na různé strategie a služby. Přesto má ošetrovatelství problémy s přenosem tohoto vzkazu k tvůrcům politiky. NNAs mají nejlepší pozici k ovlivňování politiky tím, že překlenou rozdíl mezi místem u lůžka a celou místností. Jedním ze způsobů jak to udělat je vyvinout strategii brífinků a lobovat za větší přínos všeobecných sester do rozhodování o zdravotní péči. V delším časovém horizontu, NNAs musí pracovat na přivedení všeobecných sester k politickému stolu, odložení pláště neviditelnosti a ovlivnění politiky pozvednutím hlasu všeobecných sester. K uskutečnění tohoto záměru musí NNAs organizovat politické brífinky, které budou zdůvodňovat, prezentovat klíčové zprávy a identifikovat potřebnou podporu.

Aby byla implementace praxe založené na důkazech úspěšná, NNAs musí testovat svoje vlastní domněnky a být schopná pracovat s ostatními na zlepšení ošetrovatelských postupů a výsledků pacienta. Praxe založená na důkazech odčerpává zdroje, čas a úsilí, ale výsledky stojí za to. Každý pacient si zaslouží péči, která je založená na nejlepších vědeckých poznatcích a ty zajišťují péči s vysokou kvalitou a efektivně vynaloženými výdaji. NNAs, jako společný hlas sester na národní úrovni, je klíčovým partnerem v převádění praxe založené na důkazech.

V souhrnu NNAs musí být aktivní v posílení praxe založené na důkazech s využitím různých přístupů. Musí se zaměřit na měnící se kompetence a postoje k převádění důkazů do praxe, aby se zlepšily zdravotní výsledky. NNAs také potřebuje zkoumat další typy aktivit, které zahrnují přístupy orientované na chování, přístupy využívající strukturální, sociální nebo finanční vliv k prezentování trvalého prostředí pro ošetrovatelskou péči založenou na důkazech.



# PŘÍLOHY

## Umění kritického hodnocení

Když čtete jakýkoli výzkum – ať už je to systémová recenze, náhodný kontrolní experiment, ekonomické hodnocení nebo jiná koncepce výzkumné práce – je důležité uvědomit si, že existují tři obecné záležitosti ke zvážení: validita, výsledky, významnost. Vždy je nezbytné zvažovat tyto otázky:

1. Byl výzkum prováděn takovým způsobem, aby se minimalizovala chyba?
2. Pokud ano, co studie objasňuje?
3. Co znamenají výsledky pro určitého pacienta nebo kontext ve kterém má dojít k rozhodnutí?

Pokud jste odpověděli na základní otázky, můžete obvykle určit, zda budete dále studii věnovat čas. Existuje množství konstrukcí, které uvádějí detailnější otázky a některé organizace se pokouší používat stejné, když recenzují směrnice, takže pak dostanou konzistentnější přístup.

Americká asociace sester vyvinula následující strukturu:

### Struktura jak číst a hodnotit výzkumnou studii

#### 1. Kritika výzkumného článku.

- a. Název – Popisuje článek výstižně?
- b. Shrnutí – Reprezentuje článek?
- c. Úvod – Vyjadřuje jasně smysl článku?
- d. Vyjádření problému – Je problém náležitě vyjádřen?
- e. Účel studie – Byl důvod pro provedení výzkumu vysvětlen?
- f. Otázka(y) výzkumu – Je/jsou otázka/otázky výzkumu jasně definované a jestliže ne, měly by být?
- g. Teoretická struktura – Je teoretická struktura popsána? Pokud chybí, měla by v článku být?
- h. Recenze literatury – Je recenze literatury relevantní výzkumné studii, je úplná a zahrnuje poslední výzkum? Podporuje recenze literatury potřeby studie?
- i. Metody – Je pro studii daná forma vhodná? Hodí se příklad k dané formě a je dostatečně obsáhlý? Byl nástroj sběru dat potřebný? Jak byla data sbírána? Bral se ohled na spolehlivost a validitu?
- j. Analýza – Je analytický přístup konzistentní s otázkami výzkumu a jeho formou?

- k. Výsledky – Jsou výsledky v textu a tabulkách a údaje srozumitelně prezentovány?
- l. Diskuze – Jsou výsledky objasněny ve vztahu k teoretické struktuře, otázkám výzkumu a významnosti v ošetrovatelství?
- m. Omezení – Jsou uvedena omezení a diskutovány jejich dopady?
- n. Závěr – Existují doporučení pro ošetrovatelskou praxi, budoucí výzkum a tvůrce politiky?

2. Určete úroveň kvality důkazu a použijte stupnici měření (několik jich můžete najít ve výzkumné příručce ANA:

[www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/Improving-Your-Practice/Research-Toolkit](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/Improving-Your-Practice/Research-Toolkit))

3. Rozhodněte, jestli je studie aplikovatelná pro vaši praxi.

a. *Můžete využít výsledky a doporučení ve vaší praxi?*

Připravil Louis Kaplan, PhD, ARNP, FNP-BC, FAANP vrchní představitel politiky, Oddělení ošetrovatelské praxe a politiky.

Existuje mnoho dostupných modelů, které vám mohou pomoci strukturovat vaše odezvy; toto je příklad jedné z nich.

## **Johnsův model pro strukturovanou odezvu (2000)**

Johnsův model vedené odezvy je konstrukce dotazů podle praktiků navržená k prosazení způsobu jakým vyhledáváme a validujeme znalosti, které jsme získali zkušenostmi. Model se soustřeďuje na pět klíčových otázek, každá z nich se snaží posílit další dotazování přes detailnější odezvu a tak umožňuje experimentální učení.

Jako konstrukce podle praktiků, Johns viděl model jako část sdíleného systému odezvy, která by nakonec podpořila znalosti komunity přes posílené situované učení a učení v kontextu. Metody využití Johnsova modelu by tedy vyžadovaly strukturované uspořádání jako je deník, podpora supervizora a zpětná vazba.

### **1. Popis zkušenosti**

Jev – popiš zkušenost.

Příležitost – jaké základní faktory přispívají k této zkušenosti?

Kontext – jaké jsou významné faktory pozadí této zkušenosti?

Vysvětlení – jaké jsou klíčové procesy odezvy při této zkušenosti?

### **2. Odezva**

Čeho jsem se snažil docílit?

Proč jsem takto zasahoval?

Jaké byly následky mých činů pro mě, pro pacienta nebo rodinu, lidi, s kterými pracuji?

Jaký jsem měl pocit z této zkušenosti, když probíhala?

Jak vím, jak se cítil pacient?

### **3. Ovlivňující faktory**

Jaké interní faktory ovlivnily moje rozhodování?

Jaké externí faktory ovlivnily moje rozhodování?

Jaké zdroje znalostí ovlivnily / měly ovlivnit moje rozhodování?



#### **4. Hodnocení**

Mohl jsem vyřešit tuto situaci lépe?

Jaké jiné možnosti výběru jsem měl?

Jaké by byly následky těchto voleb?

#### **5. Učení**

Jak nyní pohlížím na tuto zkušenost?

Jak jsem pochopil tuto zkušenost ve světle zkušeností minulých a budoucí praxe?

Zatímco reflexní praxe se vždy skrývala v procesu získávání vědomostí, modely jako tento vyžadují specifický a strukturovaný přístup k tématu. Jakmile je rozhodnuto o modelu, musí být přijaté nosiče tohoto modelu, ať už to bude deník odborného časopisu, nějaký přehled, pracovní zkušenost nebo spolupráce vrstevníků a diskuse. Jak jsou takové modely a nosiče začleněné do nekončícího profesionálního rozvoje, je zásadní pro celkový úspěch té které strategie.

## Šablona vývoje plánu obchodu / služby

Nejdůležitější stránkou většiny obchodních plánů jsou činnosti a/nebo doporučení, a obecně hlavním účelem je dosáhnout (v mezích etiky) maximální návratnosti investice (nebo, v případě veřejných služeb nebo neziskových organizací, nejlepšího využití investic a zdrojů).

Toto je rychlá a jednoduchá šablona, která je efektivní pro většinu typů obchodních plánů a zpráv plánování. Struktura zprávy plánování může být také přizpůsobena pro operační a týmové plánování podle stejných principů.

Struktura obchodního plánu je přirozeně pragmatická tj. je „nastavena k účelu“ a je stručná. Obchodní plán nebo zpráva je nezbytně zaměřena na zisk, výstupy a finanční efektivitu (bez které se, obecně, nic moc dalšího nemůže stát) Nicméně, etika a hlubší témata firemní zodpovědnosti (např. bezpečnost pacienta) jsou důležitá a měla by se brát v úvahu.

### Struktura plánu obchodu / služby

**Titulní strana:** Název nebo nadpis plánu a stručný popis, pokud je požadován, autor, datum, společnost/organizace kde lze uvést, informace o počtu výtisků a důvěrnosti.

**Stránka s obsahem:** Seznam v obsahu (v podstatě je zde seznam částí, který začíná stránkou úvodu, uvádí seznam hlavních částí dokumentu, v šabloně dole), udává čísla stránek a seznam příloh nebo dodatků (dodatečný materiál na konci dokumentu, na který se odkazuje). Stránka s obsahem musí čtenáři umožnit snadnou navigaci v dokumentu k nalezení potřebného a umožnit tomu, kdo dokument představuje odkázat posluchače k určité položce a stránce; dále se zájemci mohou zajímat o části dokumentu nebo je posuzovat.

**Úvodní strana:** Úvod a účel plánu, data referencí, pokud jsou obsaženy (obvykle u formálních a velkých plánů nebo projektů).

**Hlavní část záhlaví plánu podle požadavků:** Viz šablona dole.

**Přílohy:** Diagramy, statistiky, příklady, tabulky a další materiál, ke kterému se odkazuje a který je východiskem a podporou doporučení plánu.

### Plánovací dokument obchodu / služby

1. **Stručný přehled případu** – zestručnělý přehled všeho co následuje dál – jasný, úplný vývoj plánu obchodního případu nebo služby dlouhý ne víc než na jednu stranu – běžně je nejlepší psát ji nakonec. Silný důraz na očekávanou, strategickou vhodnost, marže, časové vymezení a návratnost investice.

2. **Tržní příležitosti (nebo situace/pozadí/potřeba)** – (podtituly jak se hodí, zde návrhy v tučném písmu; kde je to důležité, také odkazují k diagramům/mapám, které byste měli připojit) – vysvětlují a definují trh - sektor(y) konečného uživatele a popisy segmentu(ů). Popište strategické obchodní mechanismy v dosahu sektoru a segmentů, nákupní mechanismy, procesy, omezení, růst, legislativu, sezónnost – jaké faktory určují priority a potřeby zákazníků, a jaké tyto potřeby jsou. Vysvětlete historická/existující řešení a jejich slabosti a nedostatky. Ukažte a vysvětlete cesty na trh, strategické dohláze/ovlivňování, vztahy. Popište doporučené produkty/služby a návrh(y) a ukažte USP. Naznačte typické/běžné hodnoty prodejních kontraktů a dosažitelné marže. Kvantifikujte tržní potenciál a realizovatelný podíl na trhu – po segmentech, pokud je to nezbytné, velikost, počty, hodnoty, (smlouvy, místa, lidé/uživatelé, atd., cokoli co umožňuje osvětlit rozsah obchodu) - pro daný návrh(y). Odvolajte se na příklady v případových studiích, pokud existují (a přidejte je). Odkazujte se na reálnou nebo potenciální soutěž, hrozby a vaše výhody nad soupeři (vzhledem k návrhu, dodání a strategii/ cesty/partnerství. Je logické a správné odkazovat na etiku a CSR (corporate social responsibility – firemní sociální zodpovědnost) a je také vhodné odkazovat na etiku a CSR v tomto oddíle.
3. **Strategický akční plán** - podtituly jak se hodí – činnosti s výstupy, nezbytné k realizaci cílů uvedených dříve. Silný důraz na působení a práci s prodejními organizacemi nebo dalšími klíčovými partnery – můžete zde být hodně specifičtí. Časové vymezení, náklady, zdroje kde jsou známé a dají se uvést. Většina z toho je již ve vaší hlavě – jen to potřebuje uspořádat, rozřadit podle priority a sepsat tak, aby se vytvořila kohezní logická série činů s měřitelnými výstupy a hodnotami. Většinou to budou vaše vlastní činy, podpořené dalšími lidmi, pravděpodobně nějaký marketing. Uvádějte náklady a výnosy a marže v průběhu za určitou dobu. Uvádějte celkový zisk v daném roce nebo za plánované období a také je užitečné poukázat nějaký do příštího roku. Vše byste mohli podpořit tabulkami.
4. **Doporučení** – body činností/autorizace/rozpočty/vývoj produktu nebo služby, požadavky na zdroje, atd., požadované k uskutečnění. Bude záviset na rozsahu vyšší autority/výkonné podpory, která se požaduje – ideálně co nejméně.

Zdroj: [www.businessballs.com](http://www.businessballs.com) (2004-2009). © Alan Chapman/Businessballs. Data získaná na [www.businessballs.com/freenewbusinessplanstempltes.htm](http://www.businessballs.com/freenewbusinessplanstempltes.htm). nesmí být prodávána a publikována.  
Alan Chapman/autor(ři)/Businessballs neakceptují žádné závazky, které by mohly vyplýnout.



## Ošetrovatelský výzkum

### Pozice ICN:

Praxe založená na výzkumu je charakteristickým znakem profesionálního ošetrovatelství. Ošetrovatelský výzkum, a to jak kvalitativní, tak i kvantitativní, je rozhodující pro kvalitu a nákladově efektivní zdravotní péči.

Ke zlepšení ošetrovatelského výzkumu a praxe založené na výzkumu  
Mezinárodní rada sester (ICN):

Usnadňuje a podporuje provádění, šíření a využívání výzkumu vztahujícího se k ošetrovatelství, zdravotnictví a systémům zdravotní péče.

Spolupracuje s národními a mezinárodními organizacemi ke zlepšení přínosu sester k ošetrovatelství, zdravotnictví a systémům zdravotnického výzkumu.

Podporuje příležitosti sester k šíření výzkumu a publikování v mezinárodních odborných časopisech.

Podporuje síť kontaktů pro sestry výzkumnice.

Povzbuzuje členské asociace v budování výkonnosti vzhledem k výzkumu.

Podporuje výzkum v oblastech, které mají význam pro denní praxi všeobecných sester s praktickým dopadem a lepšími výsledky pro pacienty a veřejnost.

Při provádění, šíření a využívání výzkumu poskytuje pro sestry globální vedení k zavádění etických směrnic.

Podporuje využití výzkumu k přenesení informací do praxe založené na důkazech.

ICN podporuje svoje národní asociace sester (NNA) v jejich úsilí zlepšit ošetrovatelský výzkum zvláště tím že:

Zlepšuje přístup ke vzdělání, které připravuje sestry k provádění výzkumu, ke kritickému hodnocení výsledků výzkumu a k podpoře správného použití výsledků výzkumu v ošetrovatelské praxi.

Lobuje za financování ošetrovatelského výzkumu z veřejných a soukromých zdrojů.

ICN věří, že NNA má klíčovou roli v podpoře a usnadnění výzkumného procesu u zaměstnavatelů, vzdělávacích institucí a agentur financování. Spoluprací mohou asociace, vzdělávací instituce, manažeři a zaměstnavatelé vytvořit klima získávání informací, novými metodami zlepšit přístup ke vzdělání a k pokrokové ošetrovatelské vědě, rozvíjet znalosti a zlepšit zavádění výzkumu do zdravotnické péče.

## Zázemí

Ošetřovatelský výzkum je potřebný k vytvoření nových znalostí a pokrokové ošetřovatelské vědy, k hodnocení existující praxe a služeb a k poskytování důkazů, které budou přispívat informacemi do ošetřovatelského vzdělávání, praxe, zjišťování a řízení.

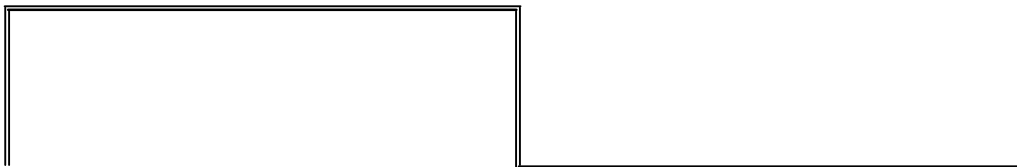
Výzkum směřuje k porozumění základním mechanismům, které ovlivňují schopnost jednotlivců, rodin a komunit zachovávat nebo zlepšovat optimální funkce a minimalizovat negativních vlivy při onemocnění. Ošetřovatelský výzkum by měl také směřovat k takovým výsledkům ošetřovatelských intervencí, aby bylo jisté, že je zdravotní péče kvalitní a nákladově efektivní.

Ošetřovatelský výzkum také podporuje strategie a systémy, které poskytují ošetřovatelskou péči efektivně a účinně; povědomí o profesi a její historický vývoj; porozumění etickým zásadám pro poskytování ošetřovatelské péče; a znalosti systémů, které efektivně připravují všeobecné sestry k naplňování profesního současného a budoucího mandátu.

ICN identifikovalo priority ošetřovatelského výzkumu ve zdraví, při onemocnění a poskytování ošetřovatelských služeb<sup>1</sup>, které zdůrazňují kvalitu a nákladově efektivní péči, která je založena na sounáležitosti, pracovní síle všeobecných sester a reformě zdravotní péče.

### Převzato v roce 1999

### Recenzováno a přepracováno v roce 2007



Mezinárodní rada sester je federace více než 130 národních sesterských asociací reprezentujících miliony všeobecných sester po celém světě. Sdružuje všeobecné sestry a manažerky, ICN se snaží zajistit kvalitní ošetřovatelskou péči pro všechny a příznivé zdravotní politiky na celém světě.

<sup>1</sup> Mezinárodní rada sester (1997), Ošetřovatelský výzkum: Budování mezinárodní výzkumné agendy. Zpráva Odborného výboru ošetřovatelského výzkumu. Ženeva: ICN. (International Council of Nurses (1997), Nursing Research: Building International Research Agenda. Report of the Expert Committee on Nursing Research. Geneva: ICN)



# ZÁLEŽITOSTI SESTER

*Přehled faktů záležitostí sester poskytuje rychlé informační nahlédnutí a mezinárodní pohledy ze sesterské profese na současné zdravotní a sociální otázky.*

## Indikátory ošetrovatelské vnímavosti

et  
S  
act  
F

### Úvod

Současně s reformou zdravotní péče při hledání nákladově efektivní a kvalitní péče a růstu propracovanosti systémů zdravotní péče, nastal zvýšený důraz na důkazy a výsledky. Tyto prvky, společně s rostoucím zájmem o změny v mixu dovedností přiměly ošetrovatelství k tomu, aby se zaměřilo na rozpoznávání indikátorů ošetrovatelské vnímavosti stavů a na úrovně personálního zajištění.

### Ošetrovatelská vnímavost stavů u pacientů

Výsledné stavy vymezují konečné důsledky ošetrovatelských zásahů a jsou indikátory rozhodnutí o problému nebo přístupu k problému nebo rozhodnutí o symptomu.<sup>1</sup> ICNP® definuje ošetrovatelský výsledný stav jako míru nebo stav ošetrovatelské diagnózy v určitém časovém bodě po ošetrovatelském zásahu, zatímco<sup>2</sup> ošetrovatelsky vnímané stavy jsou definovány jako změny ve zdravotním stavu na které měla před tím ošetrovatelská péče přímý vliv.<sup>3</sup> Proměnné faktory postihující výsledný stav pacienta zahrnují diagnózy sociálně-ekonomických faktorů, podporu rodiny, věk a pohlaví, a kvalitu péče poskytované dalšími odborníky a podpurnými pracovníky.

### Běžně využívané indikátory ošetrovatelské vnímavosti stavu

Následující výsledné stavy u pacienta jsou běžně používány jako ošetrovatelsky vnímané indikátory:<sup>4</sup>

- 1) Pacientovy komplikace jako jsou infekce močových cest, proleženiny, zápal plic získaný v nemocnici a trombóza vnitřních žil/pulmonální embolie.
- 2) Skupina zjišťovacích indikátorů zahrnujících horní vnitřní krvácení, komplikace centrálního nervového systému, otrava krve a šoková/srdeční zástava.

<sup>1</sup> ANA Webová stránka [www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm](http://www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm)

<sup>2</sup> Mezinárodní rada sester (2001) Mezinárodní klasifikace pro Ošetrovatelskou praxi– Beta 2 verze. Ženeva, ICN. (International Council of Nurses (2001) International Classification for Nursing Practice – Beta 2 version. Geneva, ICN.)

<sup>3</sup> Ke-Ping A. Yang; Lillian M. Simms; Jieo-Chen T. Yin (1999) Faktory ovlivňující ošetrovatelsky vnímané stavy v taiwanských ošetrovatelských domovech, odborný online časopis Záležitosti v ošetrovatelství, článek vyšel 3. srpna 1999 (Factors Influencing Nursing- Sensitive Outcomes in Taiwanese Nursing Homes, Online Journal of Issues in Nursing, Article published August 3, 1999)

<sup>4</sup> [nursingworld.org/books](http://nursingworld.org/books)

- 3) Komplikace pacientů chirurgického oddělení jako jsou infekce ran, srdeční selhání, metabolická porucha.
- 4) Délka setrvání pacienta ve stavu, selhání při záchraně (neschopnost reakce na pacientovy urgentní potíže jako jsou šok, zástava srdce a trombóza vnitřních žil, potenciálně vedoucí k zvýšené úmrtnosti a/nebo mortalitě).

Navíc, soupis výsledných stavů pacienta byl identifikován v souvislosti s rozsahem praxe a mixu zaměstnanců ve zdravotním zařízení. Tyto zahrnují:<sup>5</sup>

- Kontrolu a změnu symptomů vzhledem k vážnosti symptomů.
- Funkční stav.
- Znalosti potíží a léčby.
- Pacientovo uspokojení s léčením.
- Neplánované mimořádné návštěvy oddělení.
- Neplánované opětovné hospitalizace.
- Sílu léčebného spojení.

### **J**ak jsou indikátory ošetrovatelské vnímavosti důležité?

Využití ošetrovatelsky vnímaných stavů pomáhá zaměřit pozornost na bezpečnost a kvalitu péče o pacienta a měřitelnost výsledků péče.<sup>6</sup> Je důležité, že všeobecné sestry a zdravotní zařízení sbírají data, aby monitorovali probíhající výdaje a kvalitu péče o pacienta. Využití indikátorů ošetrovatelské vnímavosti stavů je klíčové k efektivnímu předvedení toho, že všeobecné sestry vytvářejí kritické, nákladově efektivní rozdíly v poskytování bezpečné, vysoce kvalitní péče o pacienta.

Nemůže se přehánět důležitost kladená na ošetrovatelsky vnímané indikátory kvality. Takové zdůrazňování a vzájemná souvislost ošetrovatelských aktivit s výsledky poskytuje silnou podporu pro správné alokování zdrojů zdravotní péče. Například studie srovnávající úroveň množství personálu a výsledný stav pacientů ukazují, že když je více registrovaných všeobecných sester, pacienti zažívají méně komplikací, kratší dobu hospitalizace, nižší míru úmrtnosti a dokonce nižší celkové náklady.<sup>7</sup> Podobně silný a shodný vztah byl objeven mezi množstvím všeobecných sester a pěti výslednými stavy pacientů při léčení: infekcí močových cest, zápalu plic, délce hospitalizace, vnitřního krvácení do horního zažívacího traktu a šoku.<sup>8</sup> To znamená, že vyšší množství ošetrovatelského personálu je spojeno s příznivějšími výsledky.

---

<sup>5</sup> Zdravotní oblast Calgary  
<http://www.clpna.com/HPA.pdf#search=%22%22Nursing%20sensitive%20outcome%20indicators%20%22%22>

<sup>6</sup> Americká asociace sester. [www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm](http://www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm)

<sup>7</sup> Americká asociace sester (1997), *Prováděcí karta ošetrovatelské zprávy. Studie RN o množství zaměstnanců, délce hospitalizace a výsledném stavu pacienta*. Webová strana ANA [www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm](http://www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm)  
*(Implementing Nursing's Report Card: A Study of RN Staffing Length of Stay and Patient Outcomes*. ANA Web site [www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm](http://www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm))

<sup>8</sup> American Nurses Association. [www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm](http://www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm)

## Závěr

Výsledky indikátorů ošetřovatelské vnímavosti jsou zaměřeny na zjištění vzájemných vazeb mezi ošetřovatelskými zásahy, kterým se pacienti podrobili a jejich výsledným zdravotním stavem. Jsou pokusem o změření efektivity ošetřovatelské péče, kde mírou jsou výsledky pacienta. Provázání je lépe vidět, když jsou identifikované diagnózy, zásahy a výsledky. Protože všeobecné sestry jsou integrální částí systému předávání zdravotní péče, indikátory ošetřovatelské vnímavosti vystihují to, co všeobecné sestry dělají, jakých výsledků dosahují a jaké jsou náklady. Je to důležitý krok ve správné alokaci zdrojů zdravotní péče a ve zviditelňování přispívání všeobecných sester do zdravotní péče.

*Pro další informace prosím kontaktujte: [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch)*

Mezinárodní rada sester je federace více než 130 národních sesterských asociací reprezentujících miliony všeobecných sester po celém světě. Sdružuje všeobecné sestry a manažerky, ICN se snaží zajistit kvalitní ošetřovatelskou péči pro všechny a příznivé zdravotní politiky na celém světě.

TG/2007







# ZÁLEŽITOSTI SESTER

*Přehled faktů záležitostí sester poskytuje rychlé informační nahlédnutí a mezinárodní pohledy ze sesterské profese na současné zdravotní a sociální otázky.*

## Ošetrovatelský výzkum: nástroj k činům

Fact Sheet

### Co je ošetrovatelských výzkum?

Hledání kvalitní a nákladově efektivní zdravotní péče přivedlo praxi založenou na důkazech a ošetrovatelský výzkum do přední linie. Ošetrovatelský výzkum je systematický průzkum, který hledá a přináší nové ošetrovatelské znalosti k užítku pacientů, rodin a komunit. Zahrnuje všechny aspekty zdraví, které jsou v zájmu ošetrovatelství např. zlepšování zdraví, prevence nemocí, péče o lidi všech věkových skupin během nemoci a uzdravování nebo směřování ke klidné a důstojné smrti<sup>1</sup>. Ošetrovatelský výzkum používá vědecký přístup a usiluje o získání znalostí, odpovědi na otázky nebo řešení problémů.

Znalosti získané ošetrovatelským výzkumem jsou využívány k rozvoji praxe založené na důkazech, zlepšení kvality péče, maximalizování zdravotních výsledků a efektivitě nákladů ošetrovatelských zásahů.

### Proč ošetrovatelský výzkum?

Praxe založená na důkazech je typickým znakem profesionálního ošetrovatelství. Ošetrovatelský výzkum, kvalitativní i kvantitativní, je klíčový pro kvalitní, nákladově efektivní zdravotní péči<sup>2</sup>. Ošetrovatelský výzkum je potřebný pro tvorbu nových znalostí, hodnocení existujících postupů a služeb a k poskytování důkazů, které budou přinášet informace do ošetrovatelského vzdělávání, praxe, výzkumu a řízení. Ošetrovatelský výzkum je mocným prostředkem, který odpovídá na otázky o zásazích ve zdravotní péči a nalézání lepších způsobů ke zlepšení zdraví, o prevenci nemocí a poskytování péče a rehabilitačních služeb lidem všech věkových skupin bez rozdílu prostředí.

Hlavním cílem ošetrovatelského výzkumu je zlepšit výsledky ošetrovatelské péče a to tím, že se budou zlepšovat znalosti a postupy všeobecných sester a informace budou obohacovat zdravotní strategie. V této souvislosti ICN usnadňuje a posiluje tvorbu, šíření a využívání výzkumu spojeného s ošetrovatelstvím, zdravím a systémy zdravotní péče.

<sup>1</sup> Mezinárodní rada sester (1998), Praktický průvodce ošetrovatelského výzkumu (Practical Guide for Nursing Research). Vydal W.L. Holzemer. Ženeva: ICN.)

<sup>2</sup> Mezinárodní rada sester (1999), ICN Vyjádření stanoviska k ošetrovatelskému výzkumu. Position Statement on Nursing Research.

## **P**riority ošetrovatelského výzkumu

ICN uznalo priority ošetrovatelského výzkumu ve dvou širokých oblastech, které určují fenomény zájmu ošetrovatelství. Jsou to Zdraví a nemoc a Distribuce ošetrovatelských služeb<sup>3</sup>.

**Zdraví a nemoc.** Ošetrovatelský výzkum ve zdraví a nemoci je zaměřen na množství oblastí a zahrnuje podporu zdraví, prevenci, kontrolu symptomů, život s chronickými stavy a posílení kvalitního života; ošetrování klientů, kteří zažívají změnu v jejich zdraví a nemoci; hodnocení a monitorování problémů klientů; poskytování a testování zákroků při péči a měření výsledků péče.

Doporučené priority ošetrovatelského výzkumu vztahující se ke zdraví a nemoci zahrnují témata, jako jsou HIV/AIDS a další pohlavně přenosné infekce, chronická onemocnění, sledování infekcí, zdraví žen a jejich mentální zdraví.

**Distribuce ošetrovatelských služeb.** V distribuci ošetrovatelských služeb jsou priority ošetrovatelského výzkumu zaměřeny na kvalitu a nákladovou efektivitu péče, na péči založenou na komunitě, ošetrovatelskou pracovní sílu a reformu zdravotní péče. Oblasti ošetrovatelského výzkumu zahrnují dopady ošetrovatelských zásahů na výsledné stavy klientů, ošetrovatelskou praxi založenou na důkazech, primární zdravotní péči, domácí péči, kvalitu a udržování pracovního života všeobecných sester, uspokojení z práce, dopady reformy na zdravotní strategii, plánování programů a hodnocení, dopady na rovnost a přístup ke zdravotní péči a její vliv na ošetrovatelství a financování zdravotní péče.

## **S**trategie pro ošetrovatelský výzkum

Strategie v ošetrovatelském výzkumu musí podporovat ošetrovatelský výzkum mezinárodně a budovat a uchovávat znalostní základnu pro ošetrovatelskou praxi. Strategie ICN jsou navrhovány k posílení výkonnosti ošetrovatelského výzkumu na mezinárodní úrovni a vedou k:

- Podporování a povzbuzování národních asociací sester (NNA) ve výkonnosti související s budováním ošetrovatelského výzkumu jako například vývojem výzkumného programu a priorit, podporou výzkumu a radami, datovými základnami souvisejícími s výzkumem, vzděláváním, průzkumem šíření a využívání a posílením spolupráce v ošetrovatelském výzkumu.
- Pokračování spolupráce s WHO, NGO a dalšími k jistotě, že program mezinárodního výzkumu je viditelný a zahrnuje prohlášení o prioritách; lobování za všeobecné sestry výzkumnice tak, aby byly ve správných výzkumných týmech mezinárodních výzkumných orgánů souvisejících se zdravím.
- Zřízení a podpoře sítě všeobecných sester výzkumnic, které se dlouhodobě budou věnovat doporučeným plánům mezinárodního ošetrovatelského výzkumu v oblasti Zdraví a nemoci a Distribuci ošetrovatelských služeb.
- Využívání a pozvednutí využití internetu jako strategie k posílení mezinárodní komunikace mezi všeobecnými sestrami výzkumnicemi, lepšímu přístupu k dokumentům a poskytnutí přístupu k mezinárodním sdíleným prostředkům expertním všeobecným sestrám výzkumnicím.

---

<sup>3</sup> Mezinárodní rada sester (1997), Zpráva expertní skupiny výzkumu ICN (Report of ICN Research Expert Group).

- Prosazování příležitostí pro všeobecné sestry výzkumnice k publikování v mezinárodních odborných časopisech jako je Mezinárodní ošetrovatelský magazín (International Nursing Review); povzbuzování vydavatelů k akceptování mezinárodního členství; pomoci autorům, jejichž rodným jazykem nemusí být angličtina; a přesvědčování odborných časopisů, aby zahrnuly anglické přehledy, pokud je časopis publikován v jiném jazyce.

V období praxe založené na důkazech a zdravotní péči, která je poháněna znalostmi, jsou všeobecné sestry neustále vyzývány k objevování nových a lepších způsobů distribuce péče založené na nových znalostech a důkazech, které vzešly z výzkumu. Všeobecné sestry mají ke společnosti profesionální povinnost poskytovat péči, která je neustále vyhodnocována, zkoumána a validována.

*Pro další informace prosím kontaktujte: [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch)*

Mezinárodní rada sester je federace více než 130 národních sesterských asociací reprezentujících miliony všeobecných sester po celém světě. Sdružuje všeobecné sestry a manažerky, ICN se snaží zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči pro všechny a příznivé zdravotní politiky na celém světě.

TG/2002



Browne M (1997). The field of information policy. *Journal of Information Science*. Vol. 23. pp. 261-275.

Considine J & McGillivray B (2010). An evidence-based practice approach to improving nursing care of acute stroke in an Australian emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2), 138-144. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02970.

Cullum N (1997). Identification and analysis of randomised controlled trials in nursing: preliminary study *Quality in Health Care* 6.

Dunning M, Lugon M, MacDonald J (1998). Is clinical effectiveness a management issue? *BMJ* 316: 243.

Farrington M, Lang S, Cullen L and Stewart S (2009). Nasogastric tube placement verification in pediatric and neonatal patients [corrected] [published erratum appears in *PEDIATR NURS* 2009 Mar-Apr;35(2):85]. *Pediatric Nursing*, 35(1), 17-24.

Gray AM (1999). Is this intervention cost effective? in Dawes et al. (2005) Evidence based practice: a primer for health care professionals, 2<sup>nd</sup> edition, Churchill Livingstone, Edinburgh.

Hamer S and Collinson G (2005). Achieving Evidence based practice A handbook for practitioners 2<sup>nd</sup> ed Balliere tindall London.

Higuchi KS, Smith K, Davies BL, Edwards N, Ploeg J and Virani T (2011). Implementation of clinical guidelines for adults with asthma and diabetes: a three-year follow-up evaluation of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*. 20(9-10):1329-1338, May 2011.

International Council of Nurses (2007). ICN policy on Nursing research: [www.icn.ch](http://www.icn.ch)

Kurniawan T and Petpichetchian W (2011). *Nurse Media Journal of Nursing*, 1,1, January 2011, 43 – 53.

Lavis JN (2007). Research, public policymaking and knowledge translation processes: Canadian efforts to build bridges *Journal of Continuing Education in the Health Professions* Vol. 26, Issue 1 37-45

Lewin K (1997). Resolving Social Conflicts and Field Theory in Social Science.

Lomas J, Culyer T, McCutcheon C, McAuley L and Law S (2005). *Conceptualizing and Combining evidence for health system guidance*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.

Lomas J (2007). Formalised Informality: An action plan to spread proven health innovations. Wellington: Ministry of Health New Zealand.

Mantzoukas S (2008). 'A review of evidence-based practice, nursing research and reflection: levelling the hierarchy', *Journal Of Clinical Nursing*, Vol. 17 No. 2: pp 214-22.

- Mc Sherry R and Warr J (2008). An introduction to excellence in Practice Development in Health and Social Care Open University Press Maidenhead, UK.
- Mazurek Melnyk B and Fineout-Overholt E (2005). Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins,
- Oxman A, JN Lavis, Lewin S, Fretheim A (Eds), SUPPORT Tools for evidenced informed health policy making report from Norwegian Knowledge Centre for the Health Services No4 2010, <http://www.support-collaboration.org/supporttool.htm>
- Pearson A and Jordan Z (2010). 'Evidence-based healthcare in developing countries', *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, Vol. 8 Is. 2: pp 97-100.
- Pettigrew M and Roberts H (2005). Systematic reviews in the social sciences: a practical guide, Oxford, Blackwell.
- Pravikoff DS, Tanner AB and Pierce ST (2005). Readiness of U.S. nurses for evidence-based practice. *American Journal of Nursing*, 105(9): 40-52.
- Ruland C (2010). Translating research into practice. In Holzemer, W.L (ed), *Improving Health through Nursing Research*. Geneva: ICN.
- Tlou S (2006). Evidence-based nursing practice in Botswana. *Primary Health Care and Development* 2006;/:309-313.
- Ward V, Smith S and Foy R (2010). A framework of knowledge transfer (KT) which can be incorporated into grant proposals. Leeds Institute of Health Sciences.
- World Health Organisation (2004). *World Report on Knowledge for Better Health: Strengthening Health Systems* WHO Geneva

American Nurses Association (n.d.). Research Toolkit. Available at: <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/Improving-Your-Practice/Research-Toolkit>.

Birks M, Francis K, Chapman Y, Mills J and Porter J, (2009). 'Supporting the evolution of a research culture in Malaysia', *Australian Journal of Advanced Nursing*, Vol. 27 No. 1: pp 89–93. Accessed July 2011: <http://www.ajan.com.au/Vol27/Birks.pdf>.

Birks M (2011). 'Making it real: a hands-on approach to teaching research', *International Nursing Review*, Vol. 58 Iss. 2: pp 270-272. Accessed July 2011: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2011.00894.x/full>.

Brach C, Lenfesty N, Roussel A, Amoozegar J and Sorenson A (2008). Will it work here? A decision makers guide for adopting innovation. AHRQ September available at [www.innovations.ahrq.gov/resources/resources.aspx](http://www.innovations.ahrq.gov/resources/resources.aspx).

Bradley H and Gillham D (2008). 'Collaborative strategies to promote evidence based practice in a developing country', *Journal of the World Universities Forum*, vol. 1, no. 5, pp. 83-87.

Callister LC (2009). 'Global Health And Nursing: How is Evidence-Based Decision Making Promoted for Childbearing Women in Australia?', *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, Vol. 34 No. 2 (March/April): pp131 – 131. Accessed 21<sup>st</sup> July 2011: [www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=848513](http://www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=848513).

Coopey M, Nix MP, Clancy CM (2006), 'Translating Research Into Evidence-based Nursing Practice and Evaluating Effectiveness', *Journal of Nursing Care Quality*. Vol. 21 No. 3 (July/September): pp195-202, PDF Accessed 21<sup>st</sup> July 2011: <http://nursing201.pbworks.com/f/EBP+Coopey.pdf>.

Gallagher-Ford L, Fineout-Overholt E Mazurek Melnyk B and Stillwell S (2011). 'Evidence-based practice step-by-step: Implementing an Evidence-based Practice Change', *American Journal of Nursing*, Vol. 111 No. 3 (March): pp 54-60.

Greenhalgh T, Robert G, Mac Farlane F, Bate P and Kyraikidou O (2004). Diffusion of Innovation in service organisations: a systematic review and recommendations *Milbank Quarterly* Vol 82 pp581-629.

Hannes K, Vandersmissen J, De Blaeser L, Peters G, Goedhuys J and Aertgeerts B (2007). 'Barriers to evidence-based nursing: a focus group study', *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 60 No. 2 (October): pp 162-171.

Holleman G, Eliens A, Van Vliet M and Van Achterberg T (2006). 'Promotion of evidence-based practice by professional nursing associations: literature review', *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 53 Iss. 6: pp 702–709.



- International Council of Nurses (2011). 'New training method developed by ICN transforms TB care', *International Nursing Review*, Vol. 58 No. 2, pp 151-153. Accessed July 2011: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2011.00911\\_2.x/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2011.00911_2.x/pdf)
- Jordan Z (2009). 'The "Agonies of Evidence" in the Developing World', *PACEsetterS*, Vol. 6 Iss. 2: (April/June) pp 6–8. Accessed July 2011: [www.joannabriggs.edu.au/Documents/PACE6\(2\)2009.pdf](http://www.joannabriggs.edu.au/Documents/PACE6(2)2009.pdf)
- Kaplan WA (2006). 'Can the ubiquitous power of mobile phones be used to improve health outcomes in developing countries?' *Globalization and Health*, Vol. 2 No. 1. Accessed: 21<sup>st</sup> July 2011: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16719925](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16719925).
- Ministry of Health New Zealand (2011). 'Better, Sooner, More Convenient Health Care in the Community', Wellington. Accessed July 2011: [www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/better-sooner-more-convenient-health-care?Open](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/better-sooner-more-convenient-health-care?Open)
- Oshana D (2006). 'Evidence-based practice: A primer and resource guide', Chicago: Prevent Child Abuse America. Accessed 11<sup>th</sup> July 2011: [http://member.preventchildabuse.org/site/DocServer/EBP\\_Primer\\_and\\_Resource\\_Guide.pdf?docID=161](http://member.preventchildabuse.org/site/DocServer/EBP_Primer_and_Resource_Guide.pdf?docID=161).
- Somers A, Mawson S and Gerrish K, Schofield J, Debbage S and Brain J (2006). 'The Simple Rules Toolkit' (An educational tool designed to help staff differentiate between clinical audit, research and service review activities'), Sheffield: Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust. Accessed 11<sup>th</sup> July 2011: <http://tinyurl.com/5u5sqcv>.
- Stetler CB, Ritchie JA, Rycroft-Malone J et al, 2009, 'Institutionalizing evidence-based practice: an organizational case study using a model of strategic change', *Implementation Science*, Vol. 4:78. Accessed 11<sup>th</sup> July 2011: [www.implementationscience.com/content/4/1/78](http://www.implementationscience.com/content/4/1/78)
- University of Pittsburgh (n.d.) Training Program: Global Health and Under-served Populations Track. Internal Medicine Residency Program. Accessed July 2011: [www.residency.dom.pitt.edu/Program\\_Overview/tracks/globalhealth.html](http://www.residency.dom.pitt.edu/Program_Overview/tracks/globalhealth.html)
- University of Pittsburgh (n.d.) Evidence-based medicine for developing countries project. Available at: [www.residency.dom.pitt.edu/Program\\_Overview/tracks/docs/EBMDC.doc](http://www.residency.dom.pitt.edu/Program_Overview/tracks/docs/EBMDC.doc)