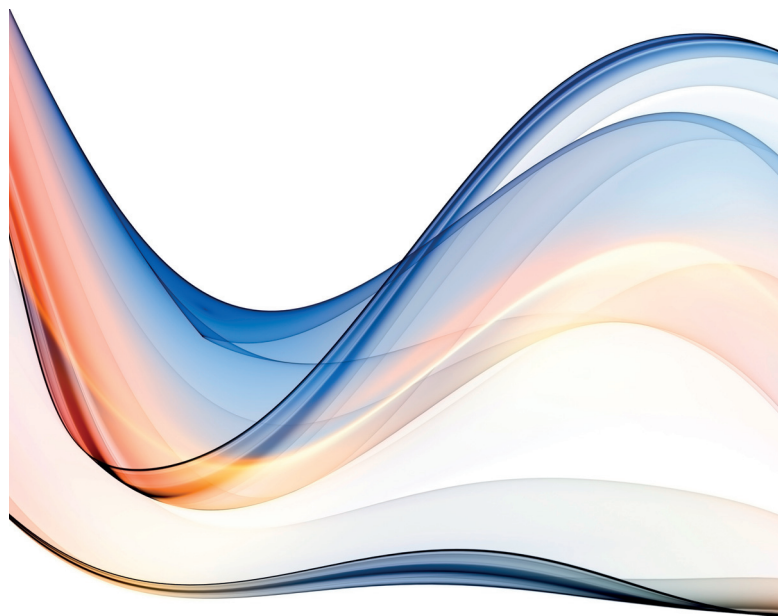


Anna Hudáková, Ľudmila Majerníková

Kvalita života seniorů

v kontextu ošetrovatelství





Anna Hudáková, Ľudmila Majerníková

Kvalita života seniorů

v kontextu ošetrovatelství

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ V KONTEXTU OŠETŘOVATELSTVÍ

Hlavní autorka a editorka: PhDr. Anna Hudáková, PhD.

Spoluautorka: PhDr. Ludmila Majerníková, PhD.

Recenze: Dr.h.c. prof. PhDr. Anna Eliašová, PhD.

Doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.

Poděkování:

Monografie byla vydána díky finanční podpoře společnosti:

HUDOS Service s. r. o. Bardejov, SLIVTOUR Bardejov

a GlaxoSmithKline s. r. o. Bratislava.

Naše poděkování patří i našim rodinám a přátelům za jejich podporu.

Rovněž chceme poděkovat Mgr. Vlastě Wirthové za její vstřícnost

a pomoc při vydání monografie.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce

nakladatelství Grada Publishing, a. s.

TIRÁŽ TIŠTĚNÉ PUBLIKACE:

© Grada Publishing, a. s., 2013

Cover Photo © fotobanka allphoto, 2013

Vydala Grada Publishing, a. s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 5220. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková

Sazba a zlom Karel Mikula

Počet stran 128

1. vydání, Praha 2013

Vytiskla Tiskárna PROTISK, s. r. o., České Budějovice

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplývají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-247-4772-9

TIRÁŽ ELEKTRONICKÉ PUBLIKACE:

ISBN 978-80-247-7575-3 ve formátu PDF

ISBN 978-80-247-7737-5 ve formátu EPUB

Obsah

Předmluva	7
Úvod	8
1 Status ošetrovatelství ve společnosti	9
1.1 Ošetrovatelská praxe založená na důkazech	11
1.2 Demografické změny v seniorské populaci	16
1.3 Specifika ošetrovatelství v geriatrii	21
1.4 Úskalí dlouhodobé péče	24
1.5 Aspekty zdravého stárnutí	25
2 Kvalita života – globální pohled	37
2.1 Koncepce kvality života	41
2.2 Analýzy kvality života v ošetrovatelství	43
3 Současný stav zkoumání kvality života u seniorů	49
3.1 Postavení seniorské populace v zahraničí	52
3.2 Postavení seniorské populace na Slovensku	54
3.3 Východiska pro zvyšování kvality života seniorů	55
3.4 Metody měření kvality života u seniorů	56
4 Komparace kvality života u seniorů v ústavním a sociálním zařízení	66
4.1 Metodika výzkumu	68
4.2 Charakteristika výzkumného souboru	69
4.3 Hodnocení celkové kvality života v komparovaných skupinách seniorů	70
4.3.1 Analýza dosažených výsledků	73
4.4 Hodnocení mobility v komparovaných skupinách seniorů	77
4.4.1 Analýza dosažených výsledků	79
4.5 Hodnocení emocionální nepohody v komparovaných skupinách seniorů	83
4.5.1 Analýza dosažených výsledků	85
4.6 Hodnocení vztahu míry soběstačnosti a věku v komparovaných skupinách seniorů	91
4.6.1 Analýza dosažených výsledků	92

4.7	Hodnocení diferenciací v míře podpory okolí v komparovaných skupinách seniorů	95
4.7.1	Analýza dosažených výsledků	96
4.8	Hodnocení vztahu fyzické závislosti a délky hospitalizace u geriatrických pacientů	99
4.8.1	Analýza dosažených výsledků	101
Závěr	. . . . .	104
Literatura	. . . . .	105
Seznam zkratk	. . . . .	112
Souhrn	. . . . .	116
Summary	. . . . .	117
Představení autorek	. . . . .	118
Rejstřík	. . . . .	119

Předmluva

Stárnutí člověka patří k přirozeným jevům lidského života. Období geriatrického věku je charakterizováno svými specifiky, ale také nečekanými změnami, které nutí seniora konfrontovat svou kvalitu života se změnami zdravotního stavu a prostředí. Ošetřovatelství má svou prioritní úlohu v interakci s geriatrickým pacientem. Výsledek adaptace staršího člověka na změnu aktuálního stavu vytváří důležité kritérium jeho kvality života.

Demografické změny ve společnosti jsou výzvou pro opatření parlamentů jednotlivých států, organizací, ale hlavní prioritu pro vykonání změn v prožívání seniorské populace má ošetřovatelství. Úroveň každé společnosti reprezentuje její sociální politika, jejíž doménou je kromě jiného péče o děti a starší občany. Obor geriatrické začíná mít tendenci pro konstruktivní změny v působení na život starého člověka. Prioritní postavení v péči o tuto populaci patří nezbytně ošetřovatelství v geriatrii jako vědnímu oboru, který profesionálním a standardním způsobem poskytuje služby seniorům. Na základě těchto skutečností je nezbytné, aby se v dostatečné míře analyzovala jejich kvalita života.

Monografie je určena skupině odborníků z oblasti geriatrické, ošetřovatelství v geriatrii a sociálních věd, kteří se zabývají otázkami kvality života seniorů. Předkládaná publikace poskytuje nové, vlastním výzkumem získané poznatky o kvalitě života geriatrické populace, konfrontuje ji s výsledky domácích a zahraničních studií, přičemž se zaměřuje na problematiku mobility, soběstačnosti, emocionální pohody, podpory okolí a spokojenosti se zdravím u seniorů. Výsledky analyzovaných statistických ukazatelů v publikaci poukazují na potřebu kooperace ošetřovatelství se sociální složkou, implementaci komunitního ošetřovatelství a inkorporaci denních stacionářů a jiných zařízení pro seniory v rámci koncepčních změn v geriatrii.

Autorky

Úvod

Kvalita života se jeví jako dynamicky se měnící proces, který je ovlivněn mnoha činiteli. Uvedený pojem je součástí společenského života a stává se kritériem i cílem ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská praxe se soustřeďuje na uspokojování potřeb pacienta a zohledňuje celostní, tedy holistický přístup. Její doménou by měla být v každé situaci potřeba pacienta a jeho aktuální požadavky. Z tohoto důvodu má ošetrovatelství dominantní postavení mezi obory, které se věnují problematice kvality života.

V geriatrii je nevyhnutelné hodnocení potenciálu zdraví a funkčního stavu pacienta a následně intervenování ve smyslu jeho zlepšení. Stejně je důležitá kontinuální podpora kvality života, která je podmíněná zdravím seniora, a multidisciplinární přístup při realizaci ošetrovatelských programů. Diagnostika v geriatrii je komplexní, více-rozměrná a je problémově orientovaná (zaměřená víc na nemocného než na nemoc). Ošetrovatelská péče o seniory uspokojuje jejich potřeby, zohledňuje geriatrické syndromy, respektuje specifika geriatrického věku a zajišťuje standardní péči.

Skutečnost, že kvalita života je subjektivně vnímána jako mnoho-rozměrná veličina, si zaslouží pozornost výzkumníků z oboru psychologie, sociálních věd, ale hlavně všech odborníků oboru ošetrovatelství. Kvalita života člověka je přímo úměrná míře uspokojování jeho základních životních potřeb a naplňování jeho cílů. Širokospektrální pojem kvality života je třeba vnímat ve vztahu k prostředí. U seniorské populace je to často okolí ošetrovatelské a sociální, které předpokládá nejen jejich vzájemnou symbiózu, ale také uspokojivou adaptaci seniora nebo geriatrického pacienta na faktory prostředí. Senioři jsou částí populace, která během svého života vytvářela obrovské hodnoty pro společnost, proto jako potenciální pacienti a osoby se sociálními požadavky mají nárok na plnohodnotný a kvalitní život.

1 Status ošetrovatelství ve společnosti

Ošetrovatelství představuje nejstarší činnost, která ve svém obsahu inkorporuje ochranu, podporu a uchování zdraví a péči o nemocné. Podle Farkašové (2010) je nejmladší vědní disciplínou, a proto absentují mnohé záznamy z jejich historických událostí. V zájmu ošetrovatelství je prioritně osoba, rodina a komunita ve zdraví a nemoci. Thupayagale (2005) uvádí, že v rámci historického vývoje ošetrovatelství zaznamenává hlubokou absenci profesionálního uznání od jiných oborů a profesi sestry prezentuje jako povolání. Samotný termín „ošetrovatelský“ simuluje pojmy jako bezmocnost a méněcennost. Historický profil ošetrovatelství v některých ohledech přispěl k jeho stagnaci nebo vnímání jeho statusu výlučně ve formě povolání. Ošetrovatelství bylo původně určeno pro svobodné ženy pocházející z dobře situovaných rodin, kde byl jasně stanovený profil majetku a prestiže. Postupným vývojem se z humanitárních podob etablovalo do pozice profesionálního oboru. Mnoho autorů definovalo ošetrovatelství jako profesi, také jako vědu a jako umění (Burhans, 2008; George, 2002; Flaming, 2002). V současnosti předpokládáme, že vývoj ošetrovatelské profese bude kontinuálně zaznamenáván a její požadovaný ekvivalent v rámci dosažení uznání v societě zajistíme tím, že opustíme status quo. Ošetrovatelství potřebuje sociální paradigmaty, která by pomohla jiným lépe jej vnímat, porozumět a interpretovat. Z mnohých studií uskutečněných v ošetrovatelství (Marečková, 2006; Holmanová et al., 2006; Zeleníková, Žiaková, 2009) je evidentní, že pokud sestry chtějí vykonat minimální změny ve spojitosti s vnímáním ošetrovatelské profese, musí zaměřit své aktivity na postoje okolí. Pokud ale vyžadují radikální změnu, pak musí revidovat základní paradigmaty této vědy. Zeleníková a Žiaková (2010) uveřejnily 50 validizačních studií s cílem analýzy ošetrovatelských diagnóz. Výsledky analýzy přispěly k rozšiřování poznatků o metodice výzkumu v oblasti validizace ošetrovatelských diagnóz a zároveň k efektivnějšímu výběru ošetrovatelských zásahů, které následně zvyšují kvalitu ošetrovatelské péče.

Na úrovni vědy má ošetrovatelství snahu ustoupit od biomedicínského modelu péče, který prezentuje instrumentální ošetřování bez aktivizace pacienta. Nové vědecké přístupy v ošetrovatelství vycházejí z holistického přístupu k člověku ve zdraví i v nemoci. Základem

metod je analýza vzájemných vztahů a vazeb čtyř základních pojmů: člověk – zdraví – prostředí – ošetrovatelství (Žiaková a kol., 2007).

Ošetrovatelství, podobně jako medicína, je jako forma lidského jednání v každé etapě svého historického vývoje ovlivněná sociokulturními podmínkami. Dynamický charakter ošetrovatelství jej zařazuje mezi přírodní, lidské a sociální vědy. V interakční ošetrovatelské praxi jsou zakomponovány empirické interpretační a sociální vědomosti v souladu s fenomenologickým přístupem (Scheel et al., 2008). Uvedená praxe v ošetrovatelství zahrnuje různé druhy komunikace, konkrétní vztahy a zapojení pacienta do léčebného a ošetrovatelského procesu. Podle Lynna et al. (2007) ošetrovatelská péče navazuje na humanitární charakter vzdělávání, praxe, výzkumu a jiných odborných aktivit. Burhans a Alligood (2010) ve své studii pozorovali, že hodnocení kvality péče o pacienty je neúplné a neefektivní bez zjištění perspektivy samotných sester. V rámci uznání statusu ošetrovatelství z hlediska národních a mezinárodních politik s ohledem na jeho zdravotní a sociální péči je nutné akceptovat realistickou hodnotu profese sester. Je potřebné intenzivní propojení vědecko-výzkumné a klinické ošetrovatelské komunity (Lunney, 2003). Nevyhnutelnost sesterské profese bude existovat permanentně vzhledem ke skutečnosti, že domácí péče ve vyspělých zemích se stává důležitější než ústavní péče. Ukazuje se, že ošetrovatelství má širší dopad na život společnosti než medicína, a proto například sestry ve Spojených státech amerických se významně podílejí na vytváření společné politiky (Allan et al., 2008). V našich podmínkách si ošetrovatelství buduje svoji pozici v hierarchii ostatních věd.

Ve 21. století vlády v celé Evropě čelí komplexu zdravotních problémů. Země střední a východní Evropy jsou pod tlakem vyplývajícím z restrukturalizace systému zdravotní péče. Problémem jsou omezené zdroje a narůstající požadavky. Hlavní těžiště koncepce permanentně představuje ústavní péče, absentuje komunitní ošetrovatelství, konkrétní specializace v oboru a jiné. Rozhodujícím dokumentem pro tento vědní obor na Slovensku je **Národní plán rozvoje ošetrovatelství** (z roku 1997), který ve svém programu uvádí, že změna ošetrovatelské praxe je zaměřená na zvýšení kvality ošetrovatelské péče, vzdělávání, řízení a výzkum v ošetrovatelství, mezinárodní spolupráci, legislativu a financování. Uvedené dokumenty stanovily priority ošetrovatelství v rámci Slovenské republiky i v mezinárodním kontextu a byly vytvořeny podmínky pro akceptování slovenského ošetrovatelství na mezinárodní úrovni.

1.1 Ošetrovatelská praxe založená na důkazech

Evidence Based Nursing (dále EBN) představuje ošetrovatelskou praxi založenou na důkazech. **Evidence** jsou fakta, která vedou k potvrzení, nebo vyvrácení zkoumaného jevu. **Based** znamená základ nebo důvod (důkaz) a pojmy **Nursing Practice** je možné chápat a definovat jako ošetrovatelskou intervenci. Spojení praxe založená na důkazech (dále EBP) definujeme jako „dělat správné věci správně“. Podle Hopkinse et al. (2007) to znamená vykonávat věci nejen víc efektivně a na základě nejlepších standardů, ale také s jistotou, že to, co děláme, je provedené „správně“, tedy lepší než udělat škodlivé rozhodnutí. Z uvedeného vyplývá, že potřebujeme důkazy, abychom věděli, co je správné. Musíme si být jisti, u koho můžeme důkazy ve skutečnosti aplikovat, a musíme mít jasnou představu o tom, na jaké úrovni v rozmezí mezi zdravím a nemocí jsou osoby, u kterých jsou intervence indikovány.

Sherwood a Barnsteiner (2012) tvrdí, že uskutečnění změn v ošetrovatelské praxi předpokládá symbiózu vědy, techniky, financování zdravotní péče a aktivní kooperace pacienta a jeho rodiny. Inkluze kvality, bezpečí a hodnoty zdravotní péče předpokládá využití poznatků multidisciplinárního týmu. V roce 1980 se na kanadské lékařské fakultě (McMaster) objevil výraz „medicína založená na důkazech“ a sloužil k popsání použití velmi kvalitních výzkumů pro klinické rozhodování. V roce 1990 se výraz začal používat „v širších kruzích“ a všeobecně se změnil na termín „praxe založená na důkazech“. Ve Spojených státech amerických oslovila agentura pro výzkum a kvalitu zdravotní péče (Agency for Healthcare Research and Quality Care) 13 nemocnic, které se staly centry pro praxi založenou na důkazech. Jejich úkolem bylo revidovat vědeckou literaturu v jednotlivých klinických a organizačních tématech a vypracovat zprávy o zjištěných údajích s cílem zvýšit kvalitu péče (Hopkins et al., 2007). Zmiňovaný koncept podpořily ošetrovatelské školy, centra pro praxi založenou na důkazech a mnohé nemocnice (šlo o vybrané nemocnice, kde byla poskytována nejlepší péče). Mezinárodní organizace sester (ICN) charakterizovala kvalitní péči, která: zajišťuje nejlepší možné zlepšení zdraví za nejkratší čas; klade důraz na prevenci a léčbu; poskytuje se včas, bez zbytečných odkladů, snaží se dosáhnout informovanou spolupráci a spoluúčast pacienta; je založená na vědeckých principech, na využívání přiměřených technologií a profesionálních zdrojů; vyznačuje se zájmem o pacienta s cílem odstranění jeho úzkosti a stresu, zájmem o jeho tělesný

a duševní stav (včetně jeho rodiny); je dostatečně zdokumentována v zájmu kontinuity zdravotnické péče a je podrobně vyhodnocena.

Mnohé mezinárodní organizace, jako je Health Professional Council (HPC, 2004), vnímají potřebu profesionální zodpovědnosti informovat a rozhodovat v úsilí o zajištění kvality péče. Zároveň společenské perspektivy zvýrazňují požadavky občanů pro poskytování profesionální praxe. Z uvedených důvodů se realizuje uplatňování praxe založené na důkazech (Perkins et al., 2001; Carr, Schott, 2002). EBP a EBN podporují využívání nejlepších důkazů a zdůrazňují hodnotu klinických odborných poznatků při rozhodování v péči a praxi založené na důkazech (Ciliska et al., 2001; Pearson, 2001; Windell, 2003). Rozdíly mezi EBN a praktickým využitím EBP spočívají v implementaci aktivit pacientů do probíhajícího procesu. EBN zohledňuje optimální péči pro pacienta a respektuje jeho individualitu. Podle mezinárodní organizace Sigma Theta Tau (2004) mezi elementární složky EBN patří:

- Identifikace výzkumu
- Vyhodnocení výzkumu
- Uplatňování výzkumu v praxi
- Získání nejlepších důkazů
- Hodnocení péče
- Řešení problémů
- Rozhodování
- Využití klinické/profesionální odbornosti
- Kontrola teorie
- Účast pacienta
- Proces

Řízený a humánnější přístup v rámci EBN podporuje zapojení a posílení postavení pacientů v ošetrovatelské péči (McSherry, Pearce, 2006). Levin (2006) identifikoval 5 kroků pro úspěšné integrování ošetrovatelství založeného na důkazech do vzdělávání sester, které by se měly naučit:

- **Konstruovat problém** (otázku) vhodný pro řešení.
- **Určit důkazy**, které by mohly souviset s problémem.
- **Analyzovat studie**, kde by se našly odpovědi k problému (otázce).
- **Integrovat požadavky** (hodnoty) pacienta a zkušenosti experta k nalezeným důkazům.
- **Hodnotit efektivnost** prvních čtyř kroků k zodpovězení otázky.

V praxi upozorňuje Hannes et al. (2007) na známé zevní překážky využití evidence-based ošetrovatelství, jakými jsou nedostatek času, nedostatečné zdroje, existence relevantních důkazů v praxi a podpora kompetentních osob. Mezi vnitřní bariéry patří nedostatek motivace a neochota měnit současné podmínky v interakci sester, lékařů, pacientů i samotných manažerů. Prvky nově vzniklé praxe s využitím EBN jsou viditelné v interakci sester. V rámci zmiňovaného přístupu jsou poskytovatelé péče vstřícnější při poskytování domácí péče a sestry se považují za „hosty“ v prostředí pacienta.

Ošetrovatelství založené na důkazech má potenciál posilnit status sestry v jejích rozhodovacích procesech (Zeitz, McCutcheon, 2003). Podle studie Hannese et al. (2007), do které byly zapojené sestry pracující v nemocnicích, domácí péči i v péči o dlouhodobě nemocné a seniory, se nepotvrdilo uplatňování EBN v praxi. Jako nejčastější bariéry se potvrdily nedostatek času, náročný přístup ke zdrojům, struktura hierarchie, nedostatek podpory od lékařů, nedostatek relevantních studií v ošetrovatelství, nedostatečná motivace na vykonávání praxe založené na důkazech a neochota změnit praxi. Většina sester v Belgii ale nedosáhla dostatečné úrovně při uplatňování EBN v praxi, největší tlak cítily například při vyhledávání informací na internetu během pracovní doby (McKnight's, 2006). Nedostatek času investovat do EBN může souviset s nedostatkem personálu a prostředků. Gurková a Žiaková (2009a) uvádějí specifika jednotlivých kroků EBP v rámci **diagnostiky ošetrovatelského procesu** jako – formulace zodpověditelné a vyhledatelné klinické otázky (asking), vyhledávání v literatuře a sběr důkazů (accessing), výběr klíčových prací a zhodnocení kvality nalezených důkazů/odpovědí (appraising), aplikace závěrů do klinické praxe (applying), hodnocení důsledků implementace důkazů (klinické rozhodnutí, změny).

Ve fázi diagnostiky se v procesu praxe založené na důkazech formulují především specifické otázky (foreground questions). Specifické otázky se nejčastěji formulují prostřednictvím **formátu PICO** (T):

- **Problem** – pacient, populace, problém.
- **Intervention/Issue of Interest** – hlavní intervence/předmět zájmu.
- **Comparison Intervention or Comparison Group** – alternativní, porovnávací intervence.
- **Outcome** – výsledek, který se hodnotí.
- **Time** – za jaký čas.

Levin a Lunney (2004) navrhuji pro přesnější interpretaci diagnostických znaků formulaci klinické otázky prostřednictvím **formátu PCD**:

- **P (Population)** – populace pacientů.
- **C (Cue cluster)** – významný soubor údajů o pacientovi.
- **D (Differential diagnosis)** – diferenciální diagnostika.

Implementace principů EBP do klinické praxe závisí především na dostupnosti adekvátního výzkumu v uvedené problematice a zručnosti sester vyhledávat zdroje důkazů a kriticky je vyhodnocovat. Stejně důležité je prostředí klinické praxe, které umožňuje a podporuje změny založené na EBP. Jednotlivé kroky procesu EBP vyžadují od sester adekvátní vědomosti a zručnosti, jako například kriticky zhodnotit vlastní praxi, formulovat klinickou otázku, vymezit údaje potřebné na řešení problému, efektivně vyhledávat v multizdrojových databázích, selektovat a kriticky zhodnotit relevantnost studií, formulovat doporučení pro praxi, modifikovat a revidovat konzervativní a neopodstatněné postupy, aplikovat závěry v praxi v kontextu dostupných prostředků a zhodnotit navrhovaný postup (Gurková, Žiaková, 2009a). Mnohé výzkumné studie (Spencer, 2009; Profetto-McGrath, 2005; Powell-Cope et al., 2008; Kim et al., 2009) se zaměřením na hodnocení evidence-based ve vzdělávání na různých úrovních v ošetrovatelských programech potvrdily, že vzdělávání na principu evidence-based vede ke zlepšení kritického myšlení, úrovně vědomostí a postojů, k využívání a implementaci výzkumných důkazů v pregraduálním i ve specializačním studiu v programech ošetrovatelského vzdělávání (Jalali-Nia et al., 2011). Spencer (2009) upozorňuje na možnosti implementace vědeckých důkazů v rámci primární péče. Boswell, Trescot et al. (2007) uvedli několik vědeckých studií a praktických doporučení implementace praxe založené na důkazech při managementu chronických bolestí zad. Mnohé intervenční techniky klinické praxe založené na důkazech v souvislosti s bolestmi zad byly vyvinuty pro efektivitu léčby, zvýšení kvality péče o pacienta a v konečném důsledku pro pozitivní ekonomický dopad.

EBP se v ošetrovatelství považuje za přístup, který stírá rozdíl mezi teorií, výzkumem a praxí a vede ke zlepšení výsledků pacienta poskytnutím prokazatelně nejlepší péče. V současnosti není v našich podmínkách plně etablovaný (Lepiešová, Žiaková, 2012). Jak uvádějí Penz a Bassendowski (2006), používání EBP snižuje důraz kladený na nesystematické a izolované vykonávání klinické praxe i tradiční

stereotypy nebo nepodložené názory. Jako základ poskytování ošetrovatelské péče EBP sice uznává význam intuice, klinických zkušeností, resp. klinické expertízy a vyslovení vlastního úsudku zdravotnického profesionála, ale inkorporuje je do praxe se současnými nejlepšími důkazy z výzkumných studií. Penz a Bassendowski (2006) navíc zdůrazňují, že při inkorporaci teoretických vědomostí a výzkumných důkazů do praxe dochází také k posílení profesionální autonomie. V praxi to znamená, že pokud je klinické myšlení sester provázené nejlepšími důkazy, sestry pozitivně vnímají smysl své činnosti, ale hlavně jsou schopné obhajování svého jednání před ostatními zdravotnickými profesionály. Všeobecně můžeme pro potřeby praxe uvádět schopnost kritického myšlení, do kterého patří určení problému, posouzení důvěryhodnosti informací, definování přesných závěrů a přiměřené hodnotové úsudky. Borglin, Fagerström (2012) a Turner (2005) uvedli, že do klinické ošetrovatelské kompetence by měla patřit profesionální způsobilost, interpersonální schopnosti standardní interakce, schopnosti klinického úsudku, etické dispozice, péče v kritických stavech, administrativní a výzkumné zručnosti. Cruz et al. (2009) též dospěli k závěru, že ošetrovatelská kompetence je schopnost provést klinická rozhodnutí, selektovat významné informace a vykonat závěry ošetrovatelské činnosti, což zahrnuje vědomosti, technologie, vlastnosti, motivy a postoje, které jsou potřebné pro klinickou ošetrovatelskou praxi. Navíc někteří odborníci (Halbesleben et al., 2013; Kirkpatrick et al., 2013; Kim et al., 2009) uvádějí **šest aspektů ošetrovatelské způsobilosti**:

- Aspekty klinické ošetrovatelské péče (vědomosti, zručnosti a kompetence na řešení problémů)
- Aspekty etiky (afektivní postoje)
- Aspekty komunikace (interpersonální interakce)
- Manažerské aspekty (řízení, kontrola)
- Aspekty rozvoje výzkumu (kompetence kritického myšlení, výzkumu a profesionálního růstu)
- Aspekty kulturní kompetence

V období duben – červen 2008 provedl Chang et al. (2011) studii v Číně na rozsáhlé výzkumné skupině (785 klinických sester). Zkoumané osoby (n = 459) absolvovaly vysokoškolské vzdělání a většina účastníků pracovala na jednotkách intenzivní péče (n = 157) a akutních odděleních (n = 156). Byly zjištěny výrazně pozitivní korelace mezi kritickým myšlením a schopností vykonávat ošetrovatelské kompetence

($r = 0,32$, $p < 0,001$), což naznačuje, že vyšší schopnost kritického myšlení evokuje lepší kompetence ošetrovatelství. Regrese – 10,1 % rozptylu kompetence v ošetrovatelství – vysvětluje schopnost kritického myšlení ($p = 0,001$) a naznačuje, že uvedená schopnost je důležitý prediktor kompetence ošetrovatelství. Zjištěná p -hodnota (0,112) odhaluje, že schopnost kritického myšlení byla ovlivněna délkou odpracovaných let, pracovní pozicí a úrovní vzdělání s dopadem na vykonávání ošetrovatelských kompetencí. Závěry studie ukázaly, že počet odpracovaných let, úroveň vzdělání a pozice ovlivňují schopnost kritického myšlení a ošetrovatelské způsobilosti klinických sester. Byla prokázána vyšší schopnost kritického myšlení u klinických sester s magisterským vzděláním než u zkoumaných s bakalářským typem studia. Pedagogové v ošetrovatelství by měli naplnit a rozšířit výuku strategie kritického myšlení v rámci obsahu kurikula. Strategie nahradit aktuální metodu výuky studenta učením založeným na problému (PBL – Problem Based Learning) by mohly zlepšit motivaci studentů v procesu učení a kritického myšlení (Billings, Halstead, 2009; Paul et al., 2010). Diskuze klinického případu a výměna zkušeností v rámci informací z praktické výuky by mohly být inspirující pro získání alternativního myšlení a sebereflexe, stejně jako zlepšení kompetencí sester v ošetrovatelství. Sebereflexe jako proces učení na základě zkušeností je důležitým faktorem kritického myšlení (Kao et al., 2008; McMullen et al., 2009). Vyšší strategie pomohou získat nové chápání a pohled na problémy self-vědomostí, které současně podporují schopnost řešit aktuální problémy ošetrovatelské praxe. Hopkins et al. (2007) uvádí tři základní pilíře ve spojitosti s ošetrovatelskou praxí založenou na důkazech: praxe, vzdělání a výzkum. Cílem EBP je podporovat efektivitu ošetrovatelské intervence, zajistit lepší výsledky pro pacienty a poskytovat nejlepší dostupné důkazy pro klinické, administrativní a vzdělávací postupy v rozhodování.

1.2 Demografické změny v seniorské populaci

Celosvětově je zaznamenáno stárnutí populace, a to nejen ve vyspělých, ale i v rozvojových zemích. Jedním ze symptomů stárnutí populace je nárůst procentuálního podílu staršího obyvatelstva v celkové populaci. Koncem 60. let minulého století Organizace spojených národů (dále OSN) doporučila jako demograficky staré populace vnímat ty,