



**Skripta k předmětům Výzkum
v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci
a Seminář k bakalářské práci**

TEXT PRO POSLUCHAČE ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ

Němcová Jitka a kol.

Praha 2016

AUTOŘI

MUDr. Lidmila Hamplová, PhD., VŠZ, o. p. s., Praha 5

PhDr. Jana Hlinovská, PhD., VŠZ, o. p. s., Praha 5

JUDr. Petr Hulinský, Ph.D., VŠZ, o. p. s., Praha 5, Policejní akademie

PhDr. Ivana Jahodová, VŠZ, o. p. s., Praha 5, VŠZaSP, Bratislava - doktorand

Ing. Soňa Jexová, PhD., VŠZ, o. p. s., Praha 5

doc. PaedDr. Ilona Mauritzová, PhD., Fakulta zdravotnických studií ZČU v Plzni

Ing. Mgr. Ondřej Měchura, VŠZ, o. p. s., Praha 5

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., VŠZ, o. p. s., Praha 5

Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D., VŠZ, o. p. s., Praha 5

Vysokoškolská skripta - text k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci.

© Jitka Němcová

Editor: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH; Mgr. Eva Marková, Ph.D.

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

IČ: 27235530

4. doplněné vydání

ISBN 978-80-904955-9-3

PŘEDMLUVA

Předkládaný text navazuje na čtvrté vydání „Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci“ a rozšířením o příklady vzorové aplikace teoretických poznatků reaguje na opakované požadavky studentů.

Cílem autorů je, aby studenti zdravotnických oborů uměli písemným projevem prokázat úroveň svých znalostí, schopnost zpracovat daný problém a orientaci v řešené problematice způsobem odpovídajícím vysokoškolské úrovni.

Doufáme, že zlepšené výsledky u státních závěrečných zkoušek prokáží přínos těchto skript pro posluchače.

Kolektiv autorů

Září 2016

OBSAH

ÚVOD	11
1 ETIKA TVORBY PRÁCE (NĚMCOVÁ)	12
1.1 PLAGIÁTORSTVÍ	13
1.1.1 TECHNOLOGIE NA ODHALOVÁNÍ PLAGIÁTŮ	14
1.2 CITACE A METODY CITOVÁNÍ LITERATURY	15
1.2.1 CITOVÁNÍ POMOCÍ PRVNÍHO ÚDAJE ZÁZNAMU A DATA VYDÁNÍ	16
1.2.2 CITOVÁNÍ POMOCÍ ČÍSELNÝCH ODKAZŮ	19
1.2.3 SOFTWARE PRO SPRÁVU CITACÍ.....	20
2 FORMÁLNÍ ÚPRAVA ZÁVĚREČNÝCH PRACÍ (HAMPLOVÁ)	21
2.1 PRÁCE S TEXTEM.....	23
2.1.1 INTERPUNKCE	26
2.1.2 GRAFY, DIAGRAMY, TABULKY, FOTOGRAFIE, SCHÉMATA.....	29
3 OBECNÁ VÝCHODISKA PŘÍSTUPU KE ZPRACOVÁNÍ ZÁVĚREČNÝCH PRACÍ (HLINOVSKÁ).....	32
3.1 POJETÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....	33
4 STRUKTURA ZÁVĚREČNÉ PRÁCE (JAHODOVÁ, JEXOVÁ).....	36
4.1 Úvodní část.....	36
4.1.1 PŘEDNÍ DESKA	36
4.1.2 TITULNÍ LIST	38
4.1.3 ZADÁNÍ.....	40
4.1.4 PROHLÁŠENÍ	40
4.1.5 ERRATA	41
4.1.6 ABSTRAKT	41
4.1.7 PŘEDMLUVA	44

4.1.8 OBSAH.....	45
4.1.9 SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ.....	47
4.1.10 SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	48
4.1.11 SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	49
4.2 HLAVNÍ ČÁST PRÁCE	50
4.2.1 ÚVOD.....	51
4.2.2 TEORETICKÁ ČÁST	52
4.2.3 PRAKTICKÁ ČÁST	52
4.2.4 ZÁVĚR.....	86
4.3.1 ZDROJE INFORMACÍ.....	88
4.3.2 POZNÁMKY.....	101
4.3.3 PŘÍLOHY	103
5 POWERPOINTOVÁ PREZENTACE (MĚCHURA)	105
5.1 OBHAJOBA PRÁCE.....	106
5.2 Nejčastější chyby	106
6 AUTORSKÝ ZÁKON A JEHO APLIKACE (MAURITZOVÁ, HULINSKÝ)	113
6.1 COPYRIGHT	113
6.2 ELEKTRONICKÉ INFORMAČNÍ ZDROJE A AUTORSKÁ PRÁVA	116
SEZNAM LITERATURY	118
PŘÍLOHY	I

ÚVOD

Předkládaný text by měl studentům Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. (dále VŠZ) sloužit jako pomůcka při zpracovávání seminárních, ročníkových a závěrečných prací (bakalářských) s přesahem na obecné informace k aplikaci a používání českých státních norem. Během studia si studenti osvojí pravidla pro psaní písemných prací, seznámí a naučí se uplatňovat v příslušném rozsahu mezinárodní a národní normy a na příkladech pochopí aplikaci vědeckých postupů.

V rámci jednotlivých písemných prací studenti prokazují, že samostatně dokáží formulovat problém, jímž se v daném oboru zabývají, že umí charakterizovat a vybrat metody a shromáždit data a poznatky a na jejich základě umí formulovat doporučení a závěry. Studenti dále prokazují schopnost práce s odbornou literaturou a dalšími relevantními zdroji.

Z obecného úhlu pohledu text obsahuje informace o formálních náležitostech jednotlivých druhů písemných prací a jejich zpracování na počítači. Zahrnuta jsou doporučení pro úpravu obalu, titulní strany, pořadí jednotlivých částí práce, používání citací a bibliografických odkazů. Žádná norma však nezachytí všechny specifické situace a v praxi se často musí jednotlivé situace domýšlet a modifikovat.

Studenti VŠZ se řídí aktuální směrnici rektorky K zadávání, úpravě, odevzdávání a zveřejňování bakalářských prací, která je uvedena v příloze. Dále jsou v přílohách také uvedeny pokyny k odevzdávání bakalářské práce, postup pro zasílání bakalářských prací ke kontrole originality, formulář dokladu o převzetí bakalářské práce a formulář přihlášky na státní závěrečnou zkoušku v daném akademickém roce. Uvedené materiály naleznou studenti VŠZ také na webových stránkách školy.

1 ETIKA TVORBY PRÁCE

Němcová Jitka

Autorství práce vyjadřuje skutečnost, že osoba, která je uvedena jako autor, je původcem práce (díla) a přebírá zodpovědnost za zveřejněný obsah.

Autorství v renomovaných časopisech se hodnotí obvykle na základě těchto skutečností:

- zásadní podíl na vypracování koncepce, návrhu studie, získání údajů a na analýze a interpretaci údajů
- příprava rukopisu článku nebo jeho zásadní kontrola
- závěrečné posouzení a potvrzení verze zasílané do redakce

Tyto podmínky (zejména první a třetí) musí být splněné u každého autora. V opačném případě by jména spolupracovníků měla být uvedena s jejich souhlasem až v poděkování.

Získání financí (grantů na výzkum, získávání údajů nebo všeobecný dohled nad výzkumnou skupinou či vedoucí postavení) nejsou dostatečnou podmínkou na uznání autorství. Pořadí autorů ve společné práci může být výsledkem dohody autorů.

V některých časopisech se k práci předložené k publikování přikládá čestné prohlášení, že rukopis obsahuje pravdivé údaje, že žádná podstatná část s podobným obsahem nebyla publikovaná nebo poslána na publikaci do jiného časopisu, že autor při požádání redakce poskytne na ověření všechny potřebné údaje, ze kterých při psaní článku čerpal, a že přebírá plnou zodpovědnost za zveřejněné poznatky a údaje. Autor dále prohlašuje, že se aktivně podílel alespoň na jedné ze:

- dvou položek – napsání rukopisu, podrobná kontrola (kontrola rukopisu)
- tří položek – koncepce a design práce, získání údajů, analýza a interpretace údajů,

- čtyř položek – statistické zpracování a analýza, získání finančního krytí, administrativa, technická nebo materiální podpora a dohled.

Samozřejmě i v této oblasti platí místní nebo institucionální tradice, které jsou často protipólem uvedených pravidel (např. vedoucí pracoviště se připisuje jako spoluautor jen proto, že působí na vedoucím místě). V takovýchto případech je možné uznat, že ten, kdo zodpovídá za odborný růst podřízených, by měl garantovat i kvalitu práce předkládané k publikování a jako spoluautor práce přebírá zodpovědnost i za případné problémy související s prací (plagiátorství, nevědecké metody, slabá kvalita výzkumu apod.). U nás neexistují jednoznačná doporučení na přiznání autorství, nemělo by být ani morální povinností automaticky připisovat vedoucího pracovníka jako spoluautora zejména tehdy, když k práci nepřispěl ničím konkrétním. V evropském prostoru takovéto postupy běžné **nejsou** a samozvaný „spoluautor“, který se na práci nepodílel, se může dočkat společenského odsouzení.

Rovněž diskutabilní je otázka vzájemného dopisování se jako spoluautora práce, vzájemného citování (rodinné/kolegiální autorské a citační tandemy a klany) nebo dokonce citování takových prací, které nemají nic společného s publikovaným tématem v primárním článku. Takovéto projevy se pokládají v seriózním vědeckém prostředí za **nepřijatelné** jednání, nerespektující pravidla fair play.

1.1 PLAGIÁTORSTVÍ

Plagiátorství je nedovolené používání cizích publikovaných i nepublikovaných myšlenek, formulací, poznatků, výsledků výzkumu nebo jiných výsledků tvořivé práce, stejně jako ilustrací, tabulek a fotografií. Za nejzávažnější formu plagiátorství je považováno předložení kompletní práce podepsané „novými autory“, a to i v jiném jazyce. Týká se to kteréhokoliv stádia výzkumu, psaní nebo zveřejnění práce, tištěné i elektronické verze. Když se chce autor vyhnout plagiátorství (resp. nechce být z něho obviněný), musí zveřejnit všechny zdroje a při použití cizího písemného nebo

grafického materiálu většího rozsahu si vyžádat dokonce povolení přímo autora nebo vlastníka autorských práv (ochrana autorských práv).

1.1.1 TECHNOLOGIE NA ODHALOVÁNÍ PLAGIÁTŮ

V roce 2008 MŠMT finančně podpořilo vznik systému z Centralizovaného rozvojového projektu MŠMT C1/2008 „Národní registr VŠKP a systém na odhalování plagiátů“. V rámci celorepublikového projektu vytvořil vývojový tým z Masarykovy university systém, jehož prostřednictvím je možné zjišťovat, zda nedochází k opisování závěrečných prací. Projekt se dělí na dvě hlavní části:

národní registr zajišťuje evidenci popisných údajů k závěrečným pracím, tj. údajů typu název práce, autor, předmětový popis, abstrakt, vedoucí, oponent, studijní program a obor, škola. Tato část slouží zejména veřejnosti a díky ní je možné zpřístupňovat informace o zajímavých pracích z různých oborů, např. kdo práci zpracoval, na které škole nebo fakultě byla vytvořena, případně, kde nalezne celý text práce apod.

systém na odhalování plagiátů řeší velmi závažný společenský problém. Vyhledávání podobných dokumentů je prvním důležitým krokem v procesu správného posouzení a odhalení, zda se jedná o plagiát či nikoli.

Vysoké školy mohou vyhledávat podobné dokumenty nejen mezi závěrečnými pracemi vysokých škol zapojených do projektu, ale i mezi dalšími dokumenty, např. mezi vybranými zdroji z internetu nebo seminárními pracemi a publikacemi, které jsou součástí dalších projektů.

Vysoké školy mohou také vyhledávat podobné texty nejen mezi závěrečnými pracemi, ale i mezi seminárními pracemi a ročníkovými pracemi navzájem a dále realizovat porovnávání s dalšími dokumenty, např. vybranými zdroji z internetu na základě tržně nabízených programů.

V roce 2009, 2010 a 2011 byl vznik systému finančně podpořen z Centralizovaného rozvojového projektu MŠMT C13/2009 „Odhalování plagiátů

v seminárních pracích“, MŠMT C20/2010 „Rozvoj infrastruktur pro využívání hledání podobností mezi studentskými pracemi a zdroji na Internetu“ a MŠMT C39/2011 „Meziuniverzitní síť technických a metodických opatření na ochranu proti plagiátorství“. Individuálně si pak mohou studenti ověřit shodu vytvořeného textu s vybranými zdroji z internetu např. na <https://www.odevzdej.cz/>.

Vysoká škola zdravotnická používá software na vyhledávání plagiátů EPHORUS. Podle nezávislého výzkumu profesorky Weber-Vulffové (2013), jde o evropský software, jehož výhodou je možnost porovnávat práce nejen s těmi na internetu, ale i takovými, které byly napsány pro jinou školu, než je VŠZ, anebo srovnávat odevzdané práce s knihami, které nejsou dostupné v elektronické podobě na internetu.

1.2 CITACE A METODY CITOVÁNÍ LITERATURY

Citace je krátká forma bibliografického záznamu umístěná buď v závorkách uvnitř textu citujícího dokumentu nebo připojená jako poznámka na straně textu pod čarou, na konci textu kapitoly nebo na konci celého textu dokumentu. Citace slouží k rychlé identifikaci dokumentu, ze kterého autor vysokoškolské práce vybral a použil citát, parafrázované myšlenky apod. v rámci zdrojového (citovaného) dokumentu.

Pokud dokument neobsahuje na konci textu samostatný seznam bibliografických zdrojů, je nutné, aby citace každé publikace obsahovala potřebné množství bibliografických údajů, které jsou specifikovány jako povinné. Pokud se citace používají společně se seznamem bibliografických záznamů (seznamem použité literatury) na konci práce, mohou obsahovat jen velmi malé množství údajů o publikaci.

Častou otázkou ze strany autorů textů, ať už jde o článek v odborném časopise, knihu, ale i závěrečnou práci, je dotaz na vhodné množství citací. Obecně platí, že čím více autor použije literatury, tím bohatší je pak teoretická část práce. Na druhou stranu přemíra citování snižuje původnost díla, proto je nutné nalézt rozumný kompromis. V celkovém objemu textu by neměly **přímé** citace překročit limit 10 %.

Citace dělíme na:

1. **Přímé citace** – jedná se o doslovné převzetí části textu. I v případě, že původní text je jen lehce upraven, např. spojením vět či výměnou jednoho slova, se stále jedná o přímou citaci. **Přímá citace se uvádí v uvozovkách nebo kurzivou** (v celé práci je nutno zvolenou formu dodržovat!) a odkaz na zdroj v závorce musí obsahovat přesné uvedení strany nebo rozsahu stran, z nichž je text přebírán.
2. **Parafráze** – jedná se o volně přeformulované myšlenky jiného autora, je však nutno dát pozor na to, aby neměly převzaté myšlenky v textu zcela jiný význam. Parafráze je většinou oddělena odstavcem.

1.2.1 CITOVÁNÍ POMOCÍ PRVNÍHO ÚDAJE ZÁZNAMU A DATA VYDÁNÍ

Jde o běžnou a často využívanou metodu citování ve vědeckých a odborných publikacích a u prací vznikajících na akademické půdě. Je označována termínem Harvardský systém nebo Harvardský styl. Je doporučována k využívání také mezinárodní normou pro formální úpravu dizertačních prací a podobných dokumentů ISO 7144:1986.

V textu se v případech parafrázování dokumentu do kulaté závorky uvede první údaj (příjmení autora nebo první slovo jména korporace, popřípadě první slovo názvu dokumentů, nemá-li dokument autora. Po čárce se uvádí rok vydání dokumentu např. (HAŠKOVCOVÁ, 2002) nebo (NANDA INTERNATIONAL, 2013.).

V případech přímé citace se v závorce dále uvádí i stránka např. (HAŠKOVCOVÁ, 2002, s. 78). Citace v závorce může být umístěna kdekoliv ve větě, za jakýmkoliv slovem, pokud však je uvedena zcela na konci věty, pak je to vždy za uvozovkami a před závěrečnou tečkou, která ukončuje větu. Pokud je v českém textu jméno cizí autorky přechýleno, pak se musí v závorce uvést příjmení v originálním tvaru např. G. Bergmanová (BERGMAN, 2003).

U dokumentů s více autory lze v citaci v textu uvádět příjmení pouze prvního autora s následným výrazem et al. (nebo česky např. aj., a kol.), pokud to nezpůsobí nějakou nejednoznačnou identifikaci např. (KLENER et al., 2006).

Pokud mají dva a více dokumentů stejný první údaj i rok vydání, lze je mezi sebou rozlišit pomocí malých písmen (a, b, c, ...), která těsně bez mezery následují za rokem vydání (uvádějí se jak v textu, tak v seznamu bibliografických záznamů) viz HAŠKOVCOVÁ, 2002a nebo HAŠKOVCOVÁ, 2002b. V seznamu bibliografických záznamů pak bude uvedeno:

- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002a. *Lékařská etika*. 3. rozšíř. a aktualiz. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-85824-03-5.

- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002b. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. rozšíř. a aktualiz. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-034-7.

Pro studenty, kteří nejsou příliš zbláhli v práci s textovým editorem, je nejvhodnější metodou, protože nevyžaduje nastavování křížových odkazů či poznámek pod čarou.

Pro řazení titulů v seznamu bibliografických citací platí následující pravidla.

1. Pokud autor cituje své jiné práce (tzv. autocitace), v seznamu bibliografických citací tyto práce umístí před ostatní prameny, které jsou dále řazeny abecedně.
2. Bibliografická citace dokumentu jednoho tvůrce předchází bibliografickým citacím děl více tvůrců, jejichž jména (příjmení) začínají stejným písmenem
BĚLOHLÁVEK, František. *5 typů lidí: jak s nimi jednat, jak je vést a motivovat*.

BĚLOHLÁVEK, František, Pavol KOŠŤAN a Oldřich ŠULEŘ. *Management*. ...

3. Více bibliografických citací děl jednoho tvůrce se řadí od nejstaršího dokumentu.

BĚLOHLÁVEK, František, 2005. *Jak řídit a vést lidi: testy, případové studie, styly řízení, motivace a hodnocení*. 4. vyd. Brno: CP Books. ISBN 978-80-247-300-1-1.

BĚLOHLÁVEK, František, 2010. *15 typů lidí: jak s nimi jednat, jak je vést a motivovat*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-300-1-1.

4. Bibliografické citace děl více tvůrců, které začínají stejným jménem, se řadí postupně.

DVOŘÁK, Jaroslav

DVOŘÁK, Jaroslav a kol.

DVOŘÁK, Jaroslav a Zdeněk ZAVŘEL

Vzhledem k tomu, že se pohybujeme v českém prostoru je doporučováno při autorství kolektivu používat zkratku „a kol.“ nebo „aj“. V případě zahraničního zdroje používáme zkratku „et al.“

5. V případě chybějícího jména autora se použije zkratka „ANON“.

6. Jméno prvního autora se uvádí v invertovaném pořadí, jména ostatních autorů se píše v přirozeném pořadí a oddělují se čárkou. Mezi poslední dvě jména se píše spojka „a“.

DISMAN, M., V. POLANECKÝ a E. STEHLÍKOVÁ

7. V případech, kdy autor použije parafrázi téhož obsahu z více zdrojů, uvádí se tyto v samostatných závorkách a oddělují se čárkou např. (DVOŘÁK, 2005), (ZAVŘEL, 2008).

Pokud autor vychází z bibliografického zdroje, který je psán jiným písmem než latinkou, např. azbukou nebo cyrilikou, transliteruje se do latinky. Úprava bibliografických citací, tedy styl, formát a interpunkce, musí být v celém dokumentu **jednotná**.

1.2.2 CITOVÁNÍ POMOCÍ ČÍSELNÝCH ODKAZŮ

Jde o poměrně málo uplatňovanou metodu. Citace dokumentů se uvádějí v rámci textu v kulatých (popřípadě hranatých) závorkách pomocí číselných odkazů nebo se zapisuje číslice v horním indexu, kde číslo reprezentuje bibliografický záznam dokumentu jako celku zapisovaného v řádce.

Citované dokumenty jsou pak v seznamu literatury **řazeny v pořadí, v němž byly poprvé uvedeny v textu**, a celkový seznam **nemůže** tedy být uspořádán v souladu s normou ISO 690 abecedně podle prvních údajů bibliografických záznamů, ale je řazen podle čísel přiřazených příslušnému zdroji. Toto číslo se uvádí v kulaté nebo hranaté závorce (v konkrétním textu však vždy jednotně), která je umístěna v případech parafráze před tečkou a v případech přímé citace za uvozovkami a před tečkou např.: „Vyšetření má být systematické tzn. od hlavy k patě“ (5, s. 56).

1. VONDRÁČEK, L. a J. VONDRÁČEK, 2003. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-075-5.
2. RICHARDS, A. a S. EDWARDS, 2004. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Z angl. orig. přel. Simona Sedlová. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0932-5.
3. DISMAN, M., V. POLANECKÝ a E. STEHLÍKOVÁ, 1995. *Drogy, alkohol, tabák a životní styl*. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.

4. JANOSIKOVÁ, E.H. a J.L. DAVIESOVÁ, 1999. *Psychiatrická ošetrovatel'ská starostlivosť: duševné zdravie a psychiatrické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-017-8.

5. NAVRÁTIL, J. Propedeutika. In: NAVRÁTIL, L., 2003. *Vnitřní lékařství pro nelékařské fakulty*. Praha: Manus. ISBN 978-80-86571-02-5.

Metoda číselných odkazů má tu výhodu, že je možné se v elektronické verzi práce rychle prokliknout na zdroj a není nutné scrollovat (listovat) na konec textu. Tato metoda předpokládá využití křížových odkazů a jejich pečlivou kontrolu. Z hlediska formátování je tedy náročnější.

1.2.3 SOFTWARE PRO SPRÁVU CITACÍ

Tyto programy umožňují vkládat a spravovat citace přímo v psaném textu, jsou kompatibilní s Microsoft Word (kompatibilitu s jinými textovými editory je třeba zjistit na stránkách výrobce nebo distributorů softwaru). Dále umožňují import z databází (např. CAB, WOS).

EndNote - trialová verze dostupná na <http://www.endnote.com/>

Reference Manager - trialová verze dostupná na:

<http://www.referencemanager.com/rminfo.asp>

Funkce obou si lze vyzkoušet v trialových verzích.

Volně na internetu je v rámci portálu www.citace.com možná orientační kontrola citace bez předchozích instalace.

2 FORMÁLNÍ ÚPRAVA ZÁVĚREČNÝCH PRACÍ

Hamplová Lidmila

Písemná práce musí respektovat pravidla jazyka, ve kterém je psána, musí užívat odborný jazyk a nejsou přípustné ani chyby významové. Je třeba dodržovat i typografické zásady a formální úpravu.

Rozsah písemných prací stanovuje konkrétní zadavatel. Jedna tzv. normostrana je vymezena při velikosti 10 bodů písma 3 700–4 500 znaků, 580–700 slov, 54–59 řádků na stranu. Při velikosti 12 bodů písma 2 700–3 200 znaků, 400–480 slov, 47–50 řádků na stranu. Orientačně lze za přiměřený rozsah (počítáno od úvodu k závěru) považovat u:

- seminární práce/referátu rozsah 2-5 stran
- ročníkové práce rozsah 5–15 stran
- kvalifikační/atestační práce rozsah 25–30 stran
- bakalářské práce rozsah 40–60 stran
- diplomové práce rozsah 60–80 stran
- rigorózní práce rozsah 80–100 stran
- disertační práce rozsah 100–160/220 stran
- habilitační práce rozsah 150–240 stran

Bakalářské práce by měly být psány **ve třetí osobě jednotného či množného čísla trpného rodu času minulého** (byl, byla, bylo, byly uvedeno/napsáno/realizováno), (uvedeny/napsány/realizovány). Tento styl nezpochybňuje vlastní autorství práce na rozdíl od používání množného čísla tzv. **akademický plurál** (použili jsme, předpokládali jsme). Použití 1. osoby množného čísla bývá vedeno snahou vyjádřit úctu a poděkování školiteli, konzultantovi, vedoucímu práce, případně spolupracovníkům. Použití 1. osoby čísla jednotného je

nevhodné. **Autor práce se vždy řídí pokyny konkrétní instituce, na které práci předkládá.**

Autor textu by měl dbát na srozumitelnost výkladu, jednotlivé kapitoly by měly mít logickou návaznost a řešení tématu potřebné gradování. Důsledně by měly být odděleny výsledky vlastního průzkumu/výzkumu od výsledků převzatých z literatury. Všechny informační prameny musí být citovány. Samozřejmostí je i požadavek na pečlivost, slohovou a gramatickou správnost.

Při tvorbě písemných prací je nutné respektovat následující státní normy:

Formální požadavky na práce:

- ČSN 01 6910 Úprava písemností psaných strojem nebo zpracovávaných textovými editory
- ČSN ISO 5966 Formální úprava vědeckých a technických zpráv
- ČSN ISO 7144 Formální úprava disertací a podobných dokumentů
- ČSN ISO 2145 Číslování oddílů a pododdílů psaných dokumentů
- ČSN ISO 999 Zásady zpracování, uspořádání a grafické úpravy rejstříků

Citace dokumentů:

- ČSN 01 0196 Zkracování názvů časopisů a jiných periodik
- Zákon č. 121/2000 Sb., zákon o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění
- ČSN ISO 690: 2011 Informace a dokumentace – Pravidla pro bibliografické odkazy a citace informačních zdrojů. Třídící znak 01 0197. Vydáno 1. 4. 2011 jako překlad mezinárodní normy z roku 2010

V případě článků do časopisů nebo příspěvků do sborníků mohou požadovat vydavatelé vlastní úpravu a vytvářet šablony, do kterých příspěvatelé svoje texty přímo vpisují. Jak již bylo uvedeno výše, autor příspěvku musí tyto konkrétní pokyny respektovat, a to i v případě, že nejsou v souladu s platnou normou (viz **Příloha A**).

2.1 PRÁCE S TEXTEM

Obečná kritéria:

- text se píše na bílé archy papíru A4 (210 x 297 mm), gramáž 80g/m², jen z jedné strany
- v celé práci je nutné dodržovat jednotnou grafickou úpravu textu
- písmo se volí patkové s proměnlivě tučnými tahy (např. Times New Roman), řez obyčejný a velikost 12 bodů, mohou se použít bezpatková lineární písma (např. Arial), zásadně se nepoužívají písma dekorativní, nebo neproporcionální (např. Courier)
- text v řádkách odstavce je zarovnán do bloku
- věta nesmí začínat zkratkou ani číslicí a na konci řádku nemohou být jednohláskové předložky a spojky
- řádkování 1,5 případně jednoduché
- není povoleno používat automatické dělení slov
- na úpravu práce se používá automatické nastavení stylů jazyka, odstavců, písma, tabelátorů, číslování, ohraničení apod.
- stránky se začínají počítat od titulního listu (nikoliv od obalu)
- zobrazení číslování stránek začíná stranou, na které je uveden úvod
- zobrazení číslování stránek končí stranou, na které je uveden seznam bibliografických odkazů
- pod pojem grafické objekty jsou zahrnuty souhrnně všechny objekty, (obrázky, kresby, fotografie, grafy, vývojové diagramy, ...) jejich umístění může být v textu¹ (speciální a doplňující materiály se pak uvádějí v příloze)
- odstavce je třeba zvýraznit odsazením prvního řádku (Formát/Odstavec/Odsazení/ Speciální/První řádek)

¹ Lépe viz podkapitola 2.1.2

- pro zvýraznění textu je vhodné používat maximálně 3 druhy zvýraznění např. tučně, tučně + kurzíva, kurzíva
- v textu se nepodtrhává (takto je označen pouze internetový odkaz)
- text se člení na kapitoly, podkapitoly, oddíly a pododdíly (celkem maximálně čtyři úrovně), větší počet dělicích úrovní se nedoporučuje, neboť tím práce ztrácí přehlednost
- názvy kapitol musí odpovídat textu v kapitolách
- kapitola nemůže být bez textu a měla by mít rozsah minimálně na 1 stranu

Pevná spojení

Při automatickém lámání řádků se mohou oddělit některá pevná spojení, která mají být napsána na témže řádku, například titul a jméno nebo titul a příjmení, zkratka jména a příjmení, den a měsíc, neslabičná předložka a následující výraz, číslo a značka, vícemístné číslo, zkratka dvou nebo více slov aj. Do těchto spojení je nutné vložit pevnou mezeru, a to pomocí kláves Ctrl + Shift a mezerník. Pevné mezery se vkládají vždy za předložky v, s, z, k, o, u a spojky a, i, aby nezůstaly osamoceny na konci řádku. Připouští se však oddělit příjmení od vypsaneho jména, letopočet od měsíce.

Nadpisy

Psaní nadpisů se řídí doporučením ČSN ISO 2145 Dokumentace - Číslování oddílů a pododdílů psaných dokumentů:

- mezi číslo kapitoly a text nadpisu se nepíše tečka
- za textem KAPITOLY se nepíše tečka
- každá kapitola začíná na nové straně a odděluje se dvěma řádkovými mezerami (Formát/Odstavec/Mezery)
- nadpisy respektují formát písma (všechna velká):
 - u kapitol velikost písma 16, tučně, zarovnání na střed

- u podkapitol velikost písma 14, tučně, zarovnání vlevo
- u oddílů velikost písma 12, tučně, zarovnání vlevo
- u pododdílů velikost písma 12, tučně, kurzíva, zarovnání vlevo

V odborných textech se často setkáváme s nutností uvádět latinské názvy druhů bakterií, virů, hub, rostlin, onemocnění, živočichů a nadřazených taxonů. Jména rodová a druhová, popř. názvy poddruhů se píše *kurzívou*, názvy vyšších taxonomických jednotek se píše obyčejným písmem.

Kritéria pro seminární práce a referáty

- používá se dvojitě řádkování „2“
- velikost písma se volí 10 nebo 12 bodů
- mezi odstavci se nedělají mezery
- nastavení okrajů je 2,54 cm ze všech stran

Kritéria pro ročníkové a kvalifikační práce

- používá se řádkování „1,5“
- velikost písma se volí 10 nebo 12 bodů
- mezi odstavci se nedělají mezery
- nastavení okrajů je 2,54 cm ze všech stran

Kritéria pro bakalářské, diplomové, dizertační, rigorózní a habilitační práce

- používá se řádkování „1,5“
- vzhled stránky je vlevo 3,5 cm a vpravo 2,5 cm
- mezi jednotlivými odstavci je vložena řádková mezera
- velikost písma se volí 12 bodů
- orientace na výšku – horní a dolní okraj 2,5 cm

Způsob **psaní zkratek** respektuje Pravidla českého pravopisu. Zkratka nesmí končit samohláskou. Za zkratkami tvořenými začátkem slova se píše tečka, pokud zkratka vzniká ze začátku a konce slova, tečka za ní se nedělá. Uvnitř zkratek více slov je za každou tečkou mezera. Některé zkratky více slov se mohou psát dohromady (to je - t. j. i tj.) nebo se píšou pouze dohromady (atd., apod., kupř., např., aj., ad.). Za iniciálovými zkratkami se tečka nepíše (ČR, LF UK, PřF UK, EU, ICN, OSN, WHO). Zkratky akademických titulů a vojenských a vědeckých hodností uvedených před jménem se čárkou neoddělují, vědecké hodnosti za jménem ano (Ing. arch. Jana Nová, DrSc.). Obdobně je tomu s právním označením subjektů podnikání: před jejich názvem je označení bez čárky, po názvu odděleno čárkou (a. s. NOWACO; IMPEX, spol. s r. o.).

VZOR:

Zkratky	Značky
• p. (pan, pánové)	8,78 kg
• č. p., čp. (číslo popisné)	7 x 5 m
• r. (rok)	45 m ³
• zvl. (zvláště)	0,25 l
• t. r. (tohoto roku)	§ 23
• v. r. (vlastní rukou)	podle § 29, odst. 1, písm. a)
• fa (firma, faktura)	500 kPa
• pí (paní)	5krát i 5x
• atp., atpod. (a tak podobně)	+5 °C
• ca, cca (circa)	40 %
• v. r. (vlastní rukou)	
• t. r. (tohoto roku)	

Procento se odděluje od čísla mezerou (25,7 % populace ČR), pokud ovšem mají společně tvořit přídavné jméno, přidává se značka k číslici bez mezery (4% menšina

- čtyřprocentní menšina). Totéž platí i u jiných značek: 6V - šestivoltová (baterie); 4% - čtyřprocentní (chyba); 12° - dvanáctistupňové (pivo).

Časové údaje se píšou sestupně, dvoumístně a oddělují se dvojtečkami bez mezer, mohou se doprovázet značkami h, min a s, nebo zkratkami hod., h., min., a to ve formátu H:M:S (09:10; 03:05 h; 10:15:05). V souvislém textu se mohou hodiny, minuty a sekundy uvádět také jednomístně (začátek v 8:00 hod.; porada v 8:30; ... dostavte se nejpozději 5 min. před začátkem ...). Pozor při zápisu např. po pěti minutách, s použitím francouzské předložky à (accent grave), odpovídající českému "po" (též "do", "v"), která se správně píše s "obrácenou čárkou" nad a.

V textu se všechny **značky**, pokud nejsou použity s čísly, vypisují slovně např.: Každé plus má své minus. Nadstandardní plat plus bonusy. Bylo rozhodnuto podle uvedeného paragrafu. Spotřeba se zvýší o dost kilowatthodin. Autobaterie mají různý počet voltů. Rozdíl činí několik procent.

V kalendářních datech se den a měsíc píše dvoumístně, letopočty po roce 2000 jen čtyřmístně. Při sestupném uspořádání se mezi údaje píše spojovník, při vzestupném tečka, obojí bez mezer (2007-10-01; 01. 10. 2007; 17. 11. 89). V souvislém textu se měsíc vypisuje, 1.–9. den se uvádí jednomístně a celé datum vzestupně (Šetření provedené 5. října 2007). Pokud je v datu místo odeslání, čárka se za ním nepíše (V Olomouci 3. září 2008; Praha 17. listopadu 1939).

Při spojení čísel se slovy nebo písmeny se nedělá mezera v případech, kdy se spojuje číslo se slovem nebo s písmenem v jedno slovo nebo v jednu značku (3násobek respondentů, 5krát méně, 14denní pozorování, formát A4, formulář 15a).

Čísla, která mají více než tři místa od desetinné čárky, se člení do skupin o třech místech. Čtyřmístná čísla (kromě letopočtů) se rovněž člení mezerou (23 456 543 obyvatel; 2 000 km; 0,548 9 g zlata). Při psaní peněžních částek se z bezpečnostních důvodů skupiny tří čísel oddělují tečkou (6.345.234,80 Kč).

Opakovaný výraz je možné na dalším řádku nahradit stejnítky (uvozovkami), která se píší pod první písmeno opakovaného slova. Opakovaná čísla stejnítky nahradit nelze.

VZOR:

Kč 222,50

10 vagonů stolních brambor

" 10,00

10 " krmných "

Kč 344,50

Abecedně-číselné označování textu (příloh). Za **velká písmena**, za římské a arabské číslice se píše tečka, za **malá písmena** se píše okrouhlá závorka. Za tečkou a závorkou se vynechává jedna mezera. K označení se nepoužívá písmeno „Ch“.

VZOR:

Například:

Páteř se skládá z:

A.

a)

B.

b)

C.

c)

Značka Copyright © označuje následný výraz jako vlastníka autorských práv a odděluje se **mezerami z obou stran**.

2.1.2 GRAFY, DIAGRAMY, TABULKY, FOTOGRAFIE, SCHÉMATA

Tabulky se popisují pořadovým číslem a popisným textem. Mezi pořadové číslo a popisný text se nevkládá pomlčka, za popisným textem se nepíše tečka. Popis se umísťuje nad tabulku, zarovná se na střed. V textu se na tabulku odkáže slovem tabulka (malým písmem, pokud nejde o začátek věty) a pořadovým číslem např. tab. 2.

VZOR:

Tabulka 2 Hodnocení novorozence podle V. Apgarové

	0 bodů	1 bod	2 body
akce srdce	nepřítomná	pod 100/min.	nad 100/min.
dechové úsilí	nepřítomné	pomalé, neprav.	dobré, křik
svalový tonus	atonie	flexe končetin	aktivní pohyby
reflexní odpověď	nepřítomná	grimasa	křik, kašel
barva kůže	modrá, bledá	akrocyanóza	růžová

Zdroj: autor, rok, strana

Obrázky a grafy se popisují podobně jako tabulky názvem obrázků/graf. Označení grafu je situované **nad grafem**. Označení obrázku je situované **pod obrázkem**. Každý typ se čísluje samostatně: Obrázek 1, 2, 3; Tabulka 1, 2, 3; Graf 1, 2, 3. Mohou se uvádět přímo v textu, pokud je to žádoucí a nepřekročí se uměle rozsah práce. Jejich seznam je zařazen za obsahem na samostatné straně.

Zdroj, ze kterého je čerpáno, a to včetně strany, je nutné uvádět pod tabulku, graf, obrázek nebo fotografii velikostí písma **10**. Obrázky, grafy a tabulky je nutné uvádět v **originální formě**, případný překlad se popisuje mimo.

Při popisu tabulek a grafů není vhodné, aby věta začínala číslicí. Vhodnější je tuto číslici na začátku věty v souvislém textu vypsát slovně nebo vložit před číslici další slovo např.: Celkem 24 % ...

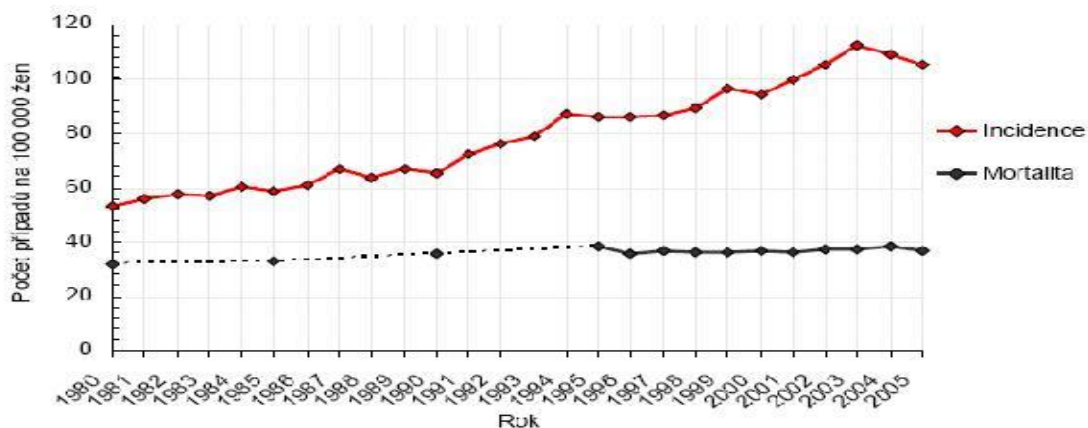
VZOR:



Obrázek 1 Výživová pyramida

Zdroj: autor, rok, strana

Graf 15 Incidence a mortalita karcinomu prsu



Zdroj: autor, rok, strana

Základem dobré práce je korektní pravopis a sloh. Pokud si něčím nejste jisti, použijte internetovou jazykovou příručku Ústavu pro jazyk český, příručku Pravidla českého pravopisu nebo normu Úprava písemností zpracovaných textovými editory ČSN 01 6910.

3 OBECNÁ VÝCHODISKA PŘÍSTUPU KE ZPRACOVÁNÍ ZÁVĚREČNÝCH PRACÍ

Hlinovská Jana

V roce 1980 vydala a rozšířila v roce 1985 Americká asociace sester Priority výzkumu v ošetrovatelství pro 21. století, které se týkají: ošetrovatelské praxe, výzkumu v ošetrovatelství a vzdělávání sester:

- Podpora zdraví tělesné a duševní pohody a schopnosti pečovat o jedince všech věkových, sociálních a kulturních skupin
- Minimalizace a prevence vzniku zdravotních problémů, které jsou způsobeny nezdravým prostředím, poruchami chování, které kompromitují život a obecně snižují produktivitu
- Snižování negativních účinků nových zdravotnických technologií
- Zajištění péče efektivním a přijatelným způsobem ohroženým skupinám (starým lidem, dětem s vrozenými vadami aj.)
- Klasifikace fenoménů ošetrovatelské péče
- Ochrana principů etiky, kterými se řídí výzkum v ošetrovatelství
- Vývoj nástrojů pro měření výsledků ošetrovatelské péče
- Vývoj integrujících metodologií výzkumu
- Projektování a ověřování různých modelů pro poskytování péče
- Ověřování efektivity různých přístupů ve výuce ošetrovatelství
- Integrace a analýza historických a současných faktorů, které ovlivňují profesionální růst sester (MASTILIAKOVÁ, 2002).

„Bakalář/ka ošetrovatelství:

- Studuje, interpretuje a vyhodnocuje výzkumná zjištění z hlediska uplatnění v ošetrovatelské praxi
- Identifikuje ošetrovatelské problémy, které je třeba podrobit výzkumu a podílí se na uplatňování výzkumných studií
- Využívá ošetrovatelské praxe jako prostředku na shromažďování údajů k zlepšení a rozšíření praxe
- Aplikuje zjištění z ošetrovatelství a výzkumu v jiných zdravotnických oblastech na ošetrovatelskou praxi
- O výzkumných zjištěních informuje ostatní pracovníky“ (BÁRTLOVÁ a kol., 2006, s. 140–141).

3.1 POJETÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Teoreticko-empirická práce:

- jedním z cílů práce je studium, analýza, výklad odborné literatury a doplnění nových poznatků k danému tématu
- druhý cíl zahrnuje tvorbu materiálů, textů, pomůcek, které se dají uplatnit v přímé praxi. V oblasti zdravotnictví jsou to např. edukační materiály, standardy ošetrovatelské péče nebo projekty

Průzkumná práce:

- shromažďování, analýza, třídění a interpretace poznatků z odborných zdrojů literatury a z vlastního průzkumného projektu

Zaměření průzkumu v ošetrovatelství:

- ošetrovatelská praxe – ústavní, komunitní atd.
- metody ošetrovatelské péče
- zjišťování kvality ošetrovatelské péče
- organizace práce, management, řízení
- ošetrovatelská profese
- nemocnice, rodina z ošetrovatelského hlediska
- vzdělání, pedagogická práce všeobecné sestry
- technika v ošetrovatelství
- řešení místního, regionálního nebo celospolečenského problému
- zjišťování úrovně znalostí

Ošetrovatelská kazuistika - případová studie (case study):

- komplexní rozbor a popis odborně zajímavého, poučného nebo precedentního případu jednotlivce, který je využitelný pro zdravotnickou a ošetrovatelskou praxi
- edukační proces u komplexní ošetrovatelské problematiky

Historicko-deskriptivní (popisná) nebo historicko-komparativní (srovnávací) práce:

- jedná se o sběr, studium a důkladnou analýzu získaných informací, které přinášejí poznatky o historii daného oboru, např. významné osobnosti, události, budovy
- student má ve své práci i možnost zkoumat dva stejné nebo příbuzné historické jevy a vzájemně je porovnávat

Postup zpracování bakalářské práce

- ***Přípravná fáze*** (vymezení tématu)
 - volba tématu, vytvoření informační báze (informačních zdrojů), sestavení osnovy práce a časového harmonogramu, vytyčení hlavního a dílčích cílů, výběr a popis metod a předmětu zkoumání.
- ***Realizační fáze*** (pracovní verze)
 - práce s textem, obsahová, formální i jazyková úprava, interpretace a statistické zhodnocení výsledků, posouzení cílů a vyslovení závěrů.
- ***Závěrečná fáze*** (čistopis a obhajoba)
 - definitivní verze bakalářské práce, kompletace práce, úprava grafiky práce, vytištění, svázání a odevzdání práce ve stanoveném termínu.

V rámci celé práce je nutné dbát na dodržování legislativních norem, které se vztahují k ochraně osobnosti a osobních údajů!

Směrnice rektorky K zadávání, úpravě, odevzdávání a zveřejňování bakalářských prací, je uvedena v Příloze B.

4 STRUKTURA ZÁVĚREČNÉ PRÁCE

Jahodová Ivana a Soňa Jexová

Práce se skládá z následujících částí: úvodní části, hlavní textové části, závěrečné části a příloh. **Uvedená struktura je pro studenty VŠZ, o. p. s. závazná!**

4.1 ÚVODNÍ ČÁST

- přední deska (obal)
- titulní list
- zadání
- prohlášení
- poděkování (nepovinné)
- abstrakt
- abstrakt v jazyce anglickém nebo německém
- předmluva (nepovinné)
- obsah
- seznam obrázků, tabulek a grafů
- seznam použitých symbolů, značek a zkratek
- seznam použitých odborných výrazů

4.1.1 PŘEDNÍ DESKA

Na přední desce tzv. obalu se uvádí:

- škola
- název práce
- označení odborné kvalifikace (např. Bakalářská práce)
- jméno a příjmení autora
- rok a místo

VZOR:

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**EDUKACE ŠESTINEDĚLKY V PÉČI
O NOVOROZENCE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

IVETA VZOROVÁ

Praha 2012

Prvky na obalu jsou orientačně rozmístněny se zarovnáním na střed podle klíče:
4 - 10 - 14 - 17 - 27. Počítáno od horní hrany listu v cm.

Úprava obalu/desek je uvedena v normách ISO 1086 a ISO 7144. První strana obsahuje následující údaje v pořadí, ve kterém jsou uvedeny:

1. název a místo instituce 14 bodové písmo. Instituce, pro kterou práce vznikla (přiznává příslušný kvalifikační stupeň a vydává diplom)
2. název a podnázev (pokud se v práci použil) 16 bodové písmo
3. označení, o jaký druh práce jde (Bakalářská práce), 12 bodové písmo
4. úplné jméno autora (uvádí se nejprve jméno a potom příjmení), 12 bodové písmo
5. místo a rok publikování (Praha 2011), 12 bodové písmo

4.1.2 TITULNÍ LIST

Na titulní stranu se uvádí údaje v následujícím pořadí:

- název a místo instituce, pro kterou práce vznikla (přiznává příslušný kvalifikační stupeň a vydává diplom), 14 bodové písmo
- název a podnázev (pokud se v práci použil) 16 bodové písmo
- označení, o jaký druh práce jde (Bakalářská práce), 12 bodové písmo
- úplné jméno autora (uvádí se nejprve jméno a potom příjmení), 12 bodové písmo
- oficiální pojmenování stupně vzdělání, na získání kterého se práce vypracovává (bakalář), 12 bodové písmo
- název studijního oboru (všeobecná sestra), 12 bodové písmo
- jméno vedoucího práce i s tituly, 12 bodové písmo
- místo publikování (Praha 2009), 12 bodové písmo

Jednotlivé údaje jsou orientačně rozmístněny se zarovnáním na střed podle klíče:
4 - 10 - 14 - 17 - 22 - 23 - 24 - 27. Počítáno od horní hrany listu v cm. Údaje: Stupeň vzdělání, Název studijního oboru a Vedoucí práce jsou zarovnány doleva.

VZOR:

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**EDUKACE ŠESTINEDĚLKY V PÉČI
O NOVOROZENCE**

Bakalářská práce

IVETA VZOROVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Iva Kantorová, Ph.D.

Praha 2012

4.1.3 ZADÁNÍ

Do závěrečné práce se svazuje kopie originálu schválené žádosti o téma bakalářské práce.

4.1.4 PROHLÁŠENÍ

V rámci prohlášení autor potvrzuje, že danou práci zpracoval osobně a uvedl veškerou použitou literaturu. Zároveň dává instituci, ve které práci zpracovává, souhlas k jejímu využití pro studijní účely.

Prohlášení je umístěno na samostatné straně, a to v její dolní čtvrtině. Nezbytný je vlastnoruční podpis.

VZOR:

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

4.1.5 ERRATA

Pokud zjistíme chyby po vytištění práce, napíšeme opravy na samostatný list papíru, který vložíme volně do práce mezi obal a titulní list. Na horním okraji musí být uvedeny identifikační údaje práce. Typ písma a délka řádek musí být stejné jako v textu originálu. V případě, že zjistíme neodstranitelné chyby před svázáním práce, je list s erraty součástí pevné vazby.

VZOR:

ERRATA

Edukace šestinedělky v péči o novorozence

Iveta Vzorová

31. 3. 2011

Praha 2011

Strana	Řádek	Chybně	Správně
13	7	pradný	přední
15	5	okolo	přibližně

4.1.6 ABSTRAKT

Abstrakt je povinnou součástí bakalářské práce a musí odpovídat normě ISO 214. Stručně a výstižně charakterizuje obsah práce v několika řádcích základního textu. Představuje v sobě informaci o cíli práce, použitých metodách, výsledcích a závěrech. Vypracovává se v češtině a dále také v anglickém nebo německém jazyce, každý text na samostatné straně. Délka abstraktu je v případě bakalářské práce cca ½ strany A4 (150–500 slov). Text se píše v přítomném čase a v trpném rodě.

Nezbytnou součástí abstraktu jsou i klíčová slova. Vztahují se k tématu a zpravidla jsou to klíčové výrazy. Zadáním klíčového slova do vyhledavače v počítači má být právě konkrétní text práce identifikován a vyhledán z množství jiných podobných textů. Každé slovo nebo slovní spojení začíná velkým písmenem a za jednotlivými klíčovými slovy je tečka. Klíčová slova uvádíme stejně v českém i cizím jazyce, a to v abecedním pořadí v rozsahu 3-5 slov nebo slovních spojení.

Za jazykovou správnost textu v cizím jazyce odpovídá student. Přípustné je nechat si text profesionálně přeložit u překladatelské firmy např. na www.i-Translators.eu/kontakty/ nebo na www.atingo.eu a potvrzení o takovém překladu se pak vkládá do práce jako příloha.

VZOR:

ABSTRAKT

VZOROVÁ, Iveta. *Edukace šestinedělky v péči o novorozence*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Iva Kantorová, Ph.D. Praha. 2011. 64 s.

Tématem bakalářské práce je edukace šestinedělky v péči o novorozence při respektování jeho přirozených potřeb. Teoretická část práce charakterizuje jak fyziologii novorozeneckého období, potřeby novorozence vycházející z doporučení WHO, tak i období šestinedělí. Porodní asistentka se nestará pouze o ženu, ale o ženu spolu s jejím dítětem, tyto tvoří funkční jednotku.

Nosnou částí práce je edukace šestinedělky v roaming-in systému vyspecifikovaném v edukačním procesu. Edukační proces jako součást ošetrovatelského procesu navazuje na edukaci v prenatální péči. V šestinedělí je cílem edukace upevňování praktických dovedností v péči o novorozence, aby se u ženy podpořila jistota v péči o novorozence v domácím prostředí.

Klíčová slova

Edukace. Novorozenec. Porodní asistentka. Roaming-in. Šestinedělí.

Na samostatnou stranu se vkládá cizojazyčná verze.

VZOR:

ABSTRACT

MATOUŠKOVÁ, Andrea. *Nursing Process for Patients with Atrial Fibrillation Undergoing Electrical Cardioversion*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prague. 2013. 64 pages.

Topic of bachelor's thesis is complex nursing care for the patient with heart rhythm disturbances who underwent electrical cardioversion to restore normal sinus rhythm. The thesis consists of two parts - theoretical and practical. The theoretical part deals with the issue of atrium fibrillation, description in detail including classification, treatment and negative effect on patient's life. From therapeutic strategies the thesis focused on non-invasive method of treatment - electrical cardioversion. The important element of this part is specifics in care of patient with cardiac disease.

The essential part is the practical, which has the main task to form an individual nursing care plan for patients with atrium fibrillation before and after electrical cardioversion. The underlying part of the thesis is education to help patient with non-standard situations connected with this illness. In conclusion of the thesis mentions recommendation for practice.

Key words

Atrium fibrillation. Electrical Cardioversion. Illness. Nursing Care. Patient.

VZOR:

ABSTRAKT

MACHKOVÁ, Adéla. Krankenpflegehochschule. Grad der Qualifikation: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prag. 2013. 64 p.

Schlüsselwörter

.....

4.1.7 PŘEDMLUVA

Pokud se rozhodneme zařadit předmluvu (tato část je nepovinná), neměli bychom ji zaměňovat s úvodem. Uvádí se na jedné samostatné straně. Autor v ní uvede hlavní charakteristiku práce a okolnosti jejího vzniku, její kontext s vnějšími faktory. Vysvětlí, proč byla práce napsána, proč si zvolil dané téma a použil zvolenou průzkumnou/výzkumnou metodu. Může vysvětlit, jaký je vztah práce k příbuzným pracím, vysvětlí cíl, účel práce a komu je práce určena, jak a kým by mohla být použita. Zde je prostor i na to, aby autor práce uvedl, kdo mu při psaní poskytl pomoc ze strany kolegů, sponzorů apod. a pokud uzná za vhodné i poděkoval. Obecně zde autor uvede, které hlavní informační zdroje použil. Toto je jediná část práce, která může být psána v 1. osobě čísla jednotného.

VZOR:

PŘEDMLUVA

Zdraví nastávající generace je prioritou každé společnosti. Existuje množství publikací, které poukazují na zdravý vývoj dítěte při respektování jeho přirozených potřeb. Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se v dané problematice na význam edukační činnosti v práci porodních asistentek v péči o matku a dítě, jako významného nástroje kvality péče. Považuji za důležité poukázat na skutečnost, že

edukační proces by neměl být procesem náhodným, ale cílevědomým a plánovitým, který respektuje individuální potřeby dětí a jejich matek. Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem oboru porodní asistence a absolvováním klinických cvičení na odděleních šestinedělí v Praze. Podklady pro práci jsem čerpala jak z knižních, tak i z časopiseckých pramenů.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Ivě Kantorové, Ph.D. za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracovávání bakalářské práce.

4.1.8 OBSAH

Obsah se uvádí na nové straně za abstraktem a předmluvou. Obsahuje názvy hlavních kapitol, podkapitol, oddílů a pododdílů práce, seznam bibliografických odkazů, příloh a údaj o jejich umístění.

Číslování kapitol a podkapitol se řídí podle normy ISO 2145:

- Mezi číslem a textem se dělají nejméně dvě mezery.
- Text se v obsahu píše od svislice se zřetelem k nejdelšímu číselnému označení.

VZOR:

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	9
1 XXXXXXXX	10
1.1 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	11
1.2 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	14
2 XXXXXXXXXX	18
2.1 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	19
2.2 XXXXX	20
3 XXXXXXXXXXXX.....	28
3.1 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	29
3.2 XXXXXXXXXXXXXXX	30
4 XXXXXXXXXXXX	33
4.1 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	35
4.1.1 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	36
4.1.2 XXXXXXXXXXXX	37
4.1.2.1 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.....	38
5.2 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	39
5.2.1 XXXXXXXXXXXX	40

5.3 XXXXXXXXXXXXX	42
6 XXXXXXXXX	45
6.1 XXXXXXXXXXXX	46
6.2 XXXXXXXXXXXX	47
7 DISKUZE	64
7.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	67
ZÁVĚR.....	70
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	73
PŘÍLOHY	

4.1.9 SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ

Tento seznam je vhodné uvést, pokud se v práci vyskytují zkratky a symboly, které se běžně nevyskytují. Zkratky řadíme podle abecedy s uvedením českého ekvivalentu a v textu je již duplicitně nevysvětlujeme. Pokud není seznam zkratek v práci zařazen, je nutné každou zkratku v práci vysvětlit při jejím prvním výskytu v textu.

VZOR:

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL Activities of Daily Living

HRQoL..... Health-Related Quality of Life

KDQOL Kidney Disease Quality of Life Instrument

SIP Sickness Impact Profil

(VOKURKA a kol., 2010)

Nezapomínejte na uvedení zdroje, ze kterého bylo čerpáno! Tento zdroj se musí objevit i v seznamu použité literatury.

4.1.10 SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Tento seznam je vhodné uvést, pokud se v práci vyskytují odborné výrazy, u kterých je možný předpoklad, že nebudou čtenářům známé. Řadíme je podle abecedy s uvedením jejich vysvětlení a v textu je již duplicitně nevysvětlujeme. Pokud není seznam použitých odborných výrazů v práci zařazen, je nutné každou zkratku v práci vysvětlit při jejím prvním výskytu v textu.

VZOR:

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Intravenózní – způsob aplikace do krevního oběhu

Otorinolaryngologie – oddělení v nemocnici, kde se léčí pouze nemoci ucha, nosu a krku

(VOKURKA a kol., 2010)

Nezapomínejte na uvedení zdroje, ze kterého bylo čerpáno! Tento zdroj se musí objevit i v seznamu použité literatury.

4.1.11 SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Za obsah je možné zařadit (vždy na samostatnou stranu) seznam obrázků, tabulek a grafů. Jde o obrázky, tabulky a grafy uvedené v textu. Každý obrázek, tabulka nebo graf musí být identifikovatelný a průběžně číslovaný.

VZOR:

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Obrázek 1 Název obrázku.....	12
Obrázek 2 Název obrázku.....	20
Obrázek 3 Změny výšky dna dělohy.....	31
Tabulka 1 Stupeň dosaženého vzdělání.....	15
Tabulka 2 Používání jednorázových pomůcek.....	17
Tabulka 3 Výhody ošetřovatelského procesu.....	19
Tabulka 4 Název tabulky.....	22
Graf 1 Stupeň dosaženého vzdělání.....	15
Graf 2 Používání jednorázových pomůcek.....	17
Graf 3 Výhody ošetřovatelského procesu.....	19
Graf 4 Název grafu.....	22

4.2 HLAVNÍ ČÁST PRÁCE

Obsahem této části i celé práce je řešení problému vymezeného v úvodu práce a splnění cílů, které si student vytkl. Člení se na:

- ÚVOD

Teoretickou část

- popis současného stavu řešeného tématu
- teoretická východiska a vymezení základních pojmů
- kritické posouzení publikovaných průzkumů

Praktickou část

- a) varianta u teoretického, průzkumného a historicko-deskriptivního zaměření
 - formulace problému, cílů, průzkumných otázek
 - popis řešení (postupů, harmonogram, pilotáž)
 - popis metod (způsob sběru dat a vyhodnocení)
 - popis průzkumného vzorku respondentů (zdůvodnění výběru, velikost)
 - výsledky vlastního průzkumu/výzkumu (interpretace výsledků)
 - diskuse (analýza dat, shoda či rozdíly ve zjištění u autorů prací na obdobné téma)
 - doporučení pro praxi
- b) varianta u ošetrovatelské péče
 - zdůvodnění volby ošetrovatelského modelu

- posouzení/zhodnocení pacienta/klienta
- jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu
- zhodnocení ošetrovatelské péče
- doporučení pro praxi
- ZÁVĚR

4.2.1 ÚVOD

Úvod je povinnou součástí bakalářské práce. Seznamuje čtenáře stručně, přehledně a výstižně se zvolenou problematikou. Zmiňuje aktuálnost, závažnost tématu a uvádí základní epidemiologická data. Obsahuje stručné zdůvodnění volby tématu, vymezení obsahové struktury práce, zaměření jednotlivých kapitol. Popisuje zvolenou metodiku (kazuistika, průzkum, ošetrovatelský proces, přehledová práce). Navrhuje, jakým způsobem by mohla být práce využita.

Při komparativních studiích je nezbytné formulovat klinickou otázku, která přesně vymezí, na co student hledá odpovědi v literatuře, zejména v odborných článcích, jejichž počet ale převyšuje 20. Otázka je stanovena ve formátu PICO nebo jeho modifikací. Návod na formulaci klinické otázky je uveden v **Příloze F**.

Pokud praktická část bakalářské práce obsahuje ošetrovatelský proces, kazuistiky nebo edukační proces je nezbytné v Úvodu stanovit cíle teoretické a praktické části. Bez klinické otázky.

Pokud praktická část bakalářské práce obsahuje průzkum je nutno formulovat v Úvodu téma, problém a cíle. Bez klinické otázky, nebo otázka odpovídá problému.

V závěru Úvodu je uvedena vstupní literatura a rešeršní strategie.

Úvod se nečísluje jako kapitola a od této části autor používá **akademický plurál** nebo **třetí osobu jednotného/množného čísla trpného rodu** (viz kapitola 2).

Vzor Úvodu je uveden v Příloze C.

4.2.2 TEORETICKÁ ČÁST

Závěrečnou prací se ověřuje zvládnutí základů teorie, odborné terminologie, základních standardních vědeckých metod, úroveň vědomostí, znalostí a dovedností. Student prokazuje schopnost samostatné odborné práce z obsahového a formálního hlediska. Práce mohou mít prvky původnosti, sumarizace a kompilace.

V rámci popisu současného stavu řešeného tématu autor podrobněji uvádí, komentuje, analyzuje a interpretuje informace získané z různých zdrojů. Informuje o klíčových pramenech, autorech a dílech, které již popisují a řeší danou problematiku. V této části je nutné zvláště dbát na správné citování a používání bibliografických odkazů. Tato část by měla tvořit maximálně 1/2 práce (v případě bakalářské práce cca 20 stran).

V rámci aplikace řešení ošetrovatelského procesu autor v této části uvádí stručný popis patofyziologie (nejnovější poznatky) daného onemocnění a obecné poznatky ke konkrétní ošetrovatelské problematice (obecný popis ošetrovatelské péče o pacienta s daným onemocněním). Nedílnou součástí je také stručný popis metodiky, která bude aplikovaná v praktické části (např. ošetrovatelský proces, konkrétní ošetrovatelský model, edukační proces atd.).

4.2.3 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část se liší podle toho, zda bude autor realizovat průzkum/výzkum nebo ošetrovatelský proces. V každém případě je však nezbytně nutné před zahájením realizace praktické části práce požádat o souhlas pracoviště (dle zvyklostí buď náměstkyni ošetrovatelské péče a eventuálně etickou komisi), na kterém bude průzkum/výzkum nebo ošetrovatelský proces uskutečňován (viz Příloha D). Konkrétní instituce mohou mít vlastní formuláře.

Text se píše v třetí osobě množného nebo jednotného čísla v minulém čase nebo v trpném rodě.

4.2.3.1 POPIS ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMU/PRŮZKUMU

Výzkum/průzkum v bakalářské práci může být koncipovaný jako kvantitativní nebo jako kvalitativní metoda zkoumání. Zásadní rozdíly shrnuje tabulka 1.

Tabulka 1 Základní rozdíly v přístupu kvalitativním a kvantitativním

Kvantitativní výzkum (průzkum)	Kvalitativní výzkum (průzkum)
Cílem je testování hypotéz/průzkumných otázek, testování něčeho známého.	Cílem je tvorba nových hypotéz/průzkumných otázek, pochopení problému.
Časově méně náročný.	Časově náročnější.
Účast mnoha participantů (respondentů).	Účastní se jen malé množství participantů (respondentů).
Silná redukce počtu proměnných.	Silná redukce počtu sledovaných.
Na přesnou otázku očekáváme přesnou odpověď.	V rozhovoru neočekáváme odpovědi jen ano či ne.
Od počátku má pevně stanovený design.	Design studie se může měnit, přizpůsobovat situaci.
Užívá dedukci (od velkého celku k malým poznáním).	Užívá indukci (od malých poznání k velkému).
Hlavní technikou je dotazník.	Hlavní technikou je rozhovor. Dotazník je zcela nevhodný.
Statistická analýza.	Individuální interpretace.
Generalizace.	Jedinečnost.

Při kvantitativním průzkumu pracujeme především s dotazníkem. Počet respondentů pro účely bakalářské práce se pohybuje okolo padesáti, i když i v tomto případě je třeba respektovat velikost základního souboru.

Mezi základní kvalitativní metody řadíme například:

- případovou studii (kazuistiku)
- etnografický výzkum
- fenomenologickou studii
- biografickou studii
- výzkum dokumentů
- historický výzkum

Struktura průzkumu má svou logickou posloupnost, která se skládá z následujících fází:

1. Koncepční

- a) Téma, formulace a vymezení problému
- b) Přehled literatury
- c) Vytvoření teoretického rámce pro umístění problému do širšího kontextu
- d) Formulace cílů a průzkumných otázek

2. Plánování

- a) Návrh průzkumného plánu
- b) Výběr metody
- c) Výběr vzorku
- d) Organizace průzkumu
- e) Finalizace
- f) Pilotní studie a event. korekce

3. Empirická fáze

- a) Sběr dat
- b) Příprava dat na analýzu, kódování, přenos dat do elektronické podoby

4. Analytická fáze

- a) Analýza údajů
- b) Interpretace výsledků

5. Diskuze, porovnání našich výsledků s výsledky jiných autorů, formulace doporučení pro praxi
6. Diseminační fáze
 - a) Zveřejnění výsledků
 - b) Uvádění poznatků do praxe

Příklady průzkumů realizovaných v rámci bakalářských prací viz Příloha E.

TÉMA, PROBLÉM, CÍL PRŮZKUMU

Dobrá volba tématu a stanovení průzkumného problému jsou zcela zásadní pro dobře provedený průzkum. Vymezení průzkumného problému je nutno odlišovat od volby tématu a cíle práce. Zdrojem průzkumných problémů jsou naše zkušenosti, literatura, teoretické poznatky, nápady jiných, bakalářské práce. **Téma** je širší okruh např. *Zlomenina proximálního femuru u geriatrického pacienta*, možno zúžit na *Ošetřování geriatrického pacienta se zlomeninou proximálního femuru*. Další konkretizací již volíme **problém** našeho zkoumání např. *Ošetřování geriatrického pacienta se zlomeninou proximálního femuru metodou ošetrovatelského procesu*. Problém je formulován jako výrok nebo tázací věta: *Bude ošetřování geriatrického pacienta se zlomeninou proximálního femuru metodou ošetrovatelského procesu efektivnější než ošetřování tradičním způsobem?*

Při volbě problému je třeba si odpovědět na tyto otázky: Je ten problém důležitý? Komu přinese prospěch? Pomůže zlepšit např. ošetrovatelskou péči?

Problém může být vyjádřen formou otázky PICO (T) viz příloha F.

Cíl průzkumu vychází ze stanoveného problému.

V práci nemusí být jen vytýčen jen jeden cíl, může být i např. hlavní cíl a vedlejší cíle. Ke každému cíli tvoříme průzkumné otázky, na něž zkoumáním odpovídáme.

VZOR 1:

Téma, problém, cíl

Téma: Pády seniorů v lůžkových zařízeních

Problém: Jsou současné nástroje pádového managementu efektivní a dostačující?

Cíl: Zmapovat přístup a strategii managementu a ošetrovatelského personálu k problematice prevence a snižování počtu pádů a jejich následků v lůžkových zařízeních pečujících o seniory, zjistit, zda v daném zařízení je zaveden standard prevence a monitorace pádů a do jaké míry je s ním obeznámen ošetřující personál.

VZOR 2:

Téma, problém, cíl

Téma: Sexuální život po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu

Problém: Jaká je kvalita sexuálního života pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu?

Cíl: Zjistit, zda jsou pacienti spokojeni s kvalitou sexuálního života po operaci TEP kyčelního kloubu a zda existují bariéry, které kvalitu jejich sexuálního života snižují” (JAVORSKÁ, 2012, s. 41).

Při vymezování průzkumného problému vždy zvažujeme:

- Dimenzi podstaty: je to důležité, komu přinese prospěch, najde uplatnění v teorii či praxi?
- Metodologickou dimenzi: Lze toto zkoumat vědeckým přístupem? Je problém řešitelný? Lze definovat proměnné a měřit je?

- Praktickou dimenzi: Mám dost finančních prostředků na výzkum? Mám dost času na výzkum? Mám respondenty, kteří budou ochotni spolupracovat?
- Etickou dimenzi: Lze zkoumat, aniž bychom porušili ochranu lidské bytosti?

VÝBĚR OBJEKTŮ PRŮZKUMU

Při provádění průzkumu pracujeme hlavně s pojmy základní a výběrový soubor. Základní soubor je soubor objektů, který lze vymezit, podchytit, identifikovat a z něhož se pak vybírá. Výsledky průzkumu se pak vztahují a zobecňují právě na základní soubor.

Výběrový soubor, vzorek je množina objektů, jednotek, která ve výzkumu zastupuje základní soubor. Výsledky zkoumání zjištěné na výběrovém souboru by měly být, pokud má jít o výzkum reprezentativní, zobecnitelné na základní soubor.

Určité způsoby výběru mohou lépe či hůře zajistit, aby vzorek (výběrový soubor), reprezentoval soubor základní, to znamená, aby údaje, které byly na vzorku zjištěny, bylo možné vztáhnout na celý soubor, z něhož tento vzorek vznikl.

Rozlišujeme dva specifické způsoby výběru:

- Monografická studie – předmětem zkoumání je jen jeden objekt
- Centrická studie – jsou zkoumány všechny objekty, jichž se šetření týká

Výběrových postupů je hodně, dělíme je na dva druhy:

- výběry náhodné, pravděpodobnostní
- výběry záměrné, nepravděpodobnostní

Vzorek může být zkoumán jednorázově nebo opakovaně.

Náhodný, pravděpodobnostní výběr - každý prvek základního souboru má stejnou šanci stát se prvkem výběrového souboru. Reprezentativita je dána principem náhodnosti. Způsoby náhodného výběru:

- Prostý náhodný výběr: výběr losem, vygenerováním.

- Stratifikovaný náhodný výběr: probíhá ve dvou krocích, nejprve základní soubor rozdělíme na určité vrstvy - strata, podsoubory (věk, pohlaví); ve druhém kroku se provede náhodný výběr.
- Pokud v základním souboru existují určité proporce a autor je též drží při výběru – proporcionální výběr.

Záměrný nepravděpodobnostní výběr - každý z prvků nemá stejnou možnost být vybrán do výběrového souboru. Výběrový soubor je tvořen podle poměrů četnosti výskytu znaků v základním souboru (zpravidla jde o sociodemografické ukazatele). Výběr může být systematický nebo náhodný.

VZOR:

Výběrový soubor

Výběrový soubor:

V souvislosti s monitorací strategie pádového managementu jsme zvažovali dva možné postupy zkoumání:

První přístup znamenal oslovit jako respondenty všechna zdravotnická a sociální zařízení pečující o seniory v České republice, bez ohledu na jejich ošetrovatelské problémy. To by představovalo značně rozsáhlý vzorek, šlo by o soubor jdoucí do tisícových položek, proto jsme se rozhodli pro stratifikovaný vícenásobný výběr.

Zvolili jsme dvě zařízení lůžková - zdravotnická a jedno lůžkové - sociální, dvě zařízení státní a jedno soukromé, dvě zařízení pražská a jedno středočeské. Podmínkou zařazení do výběrového souboru byl souhlas vedení zařízení a osobní souhlas respondenta s realizací a publikací výsledků šetření. Posledním kritériem byla existence osobního kontaktu průzkumníka se zařízením, z důvodu lepší spolupráce, koordinace průzkumu.

Kritéria výběru:

1. Zřizovatel zařízení
2. Lokalita zařízení
3. Typ zařízení
4. Souhlas vedení zařízení s realizací průzkumu
5. Osobní kontakt průzkumníka se zařízením
6. Souhlas respondenta s průzkumem

Výběrový soubor tvořila tři zařízení – dvě zdravotnická a jedno sociální - domov pro seniory, geriatrická klinika FN, rehabilitační lůžkové zařízení. V lokalitě hlavního města dvě zařízení, v lokalitě Středočeský kraj jedno zařízení. Dvě zařízení zřizovaná státem nebo krajem v lokalitě a jedno soukromé.

Rozsah výběrového souboru jsme volili s ohledem na časové, finanční a materiální možnosti. Velikost výběrového souboru ovlivnil počet zkoumaných proměnných. Snažili jsme se rozsahem souboru částečně přiblížit základnímu souboru, s ohledem k výše prezentovaným faktorům. Domníváme se, že ve snaze o maximální pestrost je daný soubor dostačující” (JAHODOVÁ, 2011, s. 36-37).

ZÁKLADNÍ METODY VÝZKUMU/PRŮZKUMU

Metoda je cesta, postup nebo způsob, jak dosáhnout cíle výzkumu/průzkumu.

Metody teoretického výzkumu/průzkumu:

- analýza a syntéza
- indukce a dedukce
- historická metoda
- porovnávací metoda

Metody empirického výzkumu/průzkumu:

- pozorování
- dotazník

- rozhovor
- kazuistika
- analýza dokumentu
- experiment

Pozorování

Přímé poznávání určitého jevu buď přímým pozorováním jevu, nebo jeho přístrojovou registrací.

Složky pozorování: cíl, předmět, doba, způsob.

Co lze pozorovat:

- vlastnosti a stav jedinců
- projevy verbální komunikace
- projevy neverbální komunikace
- aktivity
- prostředí

Etapy pozorování:

- příprava
- vlastní pozorování
- analýza

Druhy pozorování:

- nestrukturované (nemá předem připravenou strukturu, schéma; průběžně sledujeme děj a zaznamenáváme; užívá se při zkoumání něčeho nového; je součástí kvalitativního výzkumu)
- strukturované (má předem vypracovaný manuál; kategorizuje, kóduje, ilustruje; předem je třeba se s pravidly dobře seznámit)

Při přímém pozorování musí pozorovatel zaujmout takové místo, aby nerušil.

Metody přímého pozorování:

- zaznamenává se doba určité činnosti
- zaznamenává se počet, kolikrát se sledovaný jev vyskytl za určitý časový úsek

Dotazník

Explorační výzkumná metoda, která získává informace prostřednictvím subjektivních odpovědí zkoumaných osob – respondentů. Jde o písemný způsob dotazování, který je velmi oblíbený i rozšířený. Jde o nejlevnější metodu průzkumu, která nejméně obtěžuje respondenty. Má svá omezení – nevhodná forma pro malé děti, nevidomé, mentálně opožděné, nové imigranty. Omezující může být to, že ne vždy je snadné získat respondenty. Nevýhodou je, že v dotazníku se lehčeji uvádí nepravdivé údaje. Dotazník nemůže zachytit nonverbální komunikaci. Je to metoda především kvantitativního průzkumu. Metoda, kterou lze získat velké množství dat s relativně malým nákladem. Nedochozí k ovlivňování respondentů.

Typy dotazníků:

- Volný (nestrukturovaný dotazník) je prakticky čistý papír, kde se má respondent rozepsat
- Polostrukturovaný dotazník – soubor témat, otázek, na které respondent může odpovědět v různém pořadí
- Strukturovaný dotazník - stanovena struktura, pořadí. Při kvantitativním průzkumu obsahuje především uzavřené otázky, několik polouzavřených a zcela minimálně otevřené otázky

Návratnost dotazníků je poměr počtu navracených dotazníků k počtu rozdaných dotazníků. Malá návratnost – snižuje, znehodnocuje dotazník. Úlohu hraje anonymita a délka - čím delší, tím více odrazuje respondenta od vyplnění. Návratnost u neošetřených akcí je 5-20 % při zasílání poštou. Návratnost dotazníků lze zvýšit formální úpravou dotazníku a organizací distribuce. U vzhledu dbáme i na papír, barevnost, velikost písma, délku, přehlednost v rámci filtračních otázek. U distribuce

je zásadní způsob sběru se zachováním anonymity. Takto dosáhneme maximálně 60-70% návratnost. Až 100% návratnost může být u kolektivních akcí.

Anketa je explorační metoda s menším počtem položek. Snaží se oslovit co nejvíce respondentů, kteří se sami do ankety zapojí. Dochází tedy k samovýběru respondenta. Využívá se často jako předvýzkum. Publikuje se v tisku, rozesílá poštou, rozdává při nákupu, v metru apod. Někdy je podpořena také slosováním jednotlivých odpovědí o ceny.

Dotazník je tvořen dotazníkovými položkami (část předmětová a část odpovědní).

1. Konstrukce dotazníku

U každé položky je třeba si odpovědět na následující otázky:

- vztahuje se k problému, k cíli průzkumu
- je typ položky správný a vhodný
- jsou položky a jednotlivé alternativy jasné a jednoznačné
- proč je zformulována takto
- proč je na tomto místě v dotazníku
- jaká je očekávaná věrohodnost odpovědi

Údaje od respondentů lze převést na kvantitativní (čísla, pořadí).

2. Struktura dotazníku, posloupnost jednotlivých částí

- a) Vstupní identifikační informace – pořadové číslo dotazníku, název dotazníku, úvodní informace, instrukce. Úvod – oslovení respondenta, vysvětlení účelu a důležitosti, ochrana identity.
- b) Věcné položky (závislé proměnné).
- c) Populační, demografické položky (nezávislé proměnné: věk, pohlaví, stav atd.). Je správné zjišťovat jen ty sociodemografické údaje, které se k problému vztahují a bude s nimi dále pracováno (v průzkumu budou porovnávány jednotlivé skupiny nebo slouží k přesné charakteristice průzkumného vzorku).
- d) Závěrečné informace – upozornění ke kontrole vyplněného, možno vložit další list s postřehy, poděkování.

3. Formy dotazníkových položek (3 typy – zavřené, otevřené a polootevřené)

- a) **Zavřené položky:** respondentovi nabízíme odpovědi, ze kterých si vybírá (polytomické výběrové, např. za a), b), c), ...), patří sem i dichotomické otázky ano-ne. Zpravidla není možné vybrat vždy jen ze dvou alternativ, pak je vhodné nabízet 5-7. Vyjadřujeme míru vlastnosti, intenzitu, hodnocení – mají charakter škály. Polytomické výčtové položky dávají možnost výběru několika variant z předložených odpovědí, postup vyplnění dotazníku určuje instrukce buď na začátku dotazníku, nebo u každé otázky. Např. v seznamu předmětů zakroužkuj 3 nejoblíbenější. To neříká nic o pořadí oblíbenosti předmětů. Je možné zařadit i otázky výčtové s pořadím. U polytomických stupnicových položek respondent uvádí pořadí níže uvedených variant odpovědí - stupňování variant odpovědí. Stupnicové komparativní položky mají škálu odpovědí s bodovým ohodnocením.
- b) **Otevřené položky** – nenabízí alternativy odpovědí. Vhodné jsou tam, kde nechceme respondenta ovlivnit nabídnutou odpovědí.
- c) **Polootevřené položky** nabízí jak zavřený výběr odpovědí, tak i alternativu otevřenou.

Podle funkce dělíme otázky na:

- otázky výzkumné meritorní (získáváme informace a údaje)
- otázky filtrační
- otázky grafické (pro zpestření)
- otázky projekční – respondenta se taktně neptáme na jeho postoje, ale na postoje jiných lidí
- kontrolní otázky – vícekrát se ptáme na totéž, ale jinak formulujeme
- kontaktní – navazují vztah s respondentem, leckdy se ani nevyhodnocují (např. dotaz na poslední dovolenou)
- otázky vata, nárazníkové, výhybkové – zmírňují nemilý pocit z otázky, která je pro nás důležitá
- baterie otázek - **sdržením více otázek** na obdobné téma do jednoho bloku, respektive tabulky, vzniká tzv. baterie otázek, používá se zpravidla v kombinaci

s hodnoticí škálou, baterie otázek výrazně urychluje a zjednodušuje vyplňování pro respondenta

- otázky na lži-faktor - v některých dotaznících je vhodné používat otázky, které zjišťují tzv. **lži-faktor**, tj. ověření pravdivosti, respektive konzistentnosti předchozích odpovědí kontrolní otázkou

4. Konstrukce dotazníku

Dotazník musí být stručný, věcný a nesmí unavovat. Počet položek při průzkumu nepřesahuje dvacet a doba vyplnění respondentem by neměla přesáhnout deset minut. Na začátku je oslovení, zdvořilá žádost, účel, instrukce, anonymita, eventuálně způsob vyhodnocení, termín a instrukce k odevzdání, představení tazatele (jméno, tituly, škola, studium). Anonymita - většinou u jednorázových dotazníků (tam, kde se respondent nesleduje v čase). Pokud není zcela anonymní, je vhodné uvést informaci např., že data jsou zpracovávána podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění. Instrukce k vyplnění. Poděkování a podpis.

Instrukce k tvorbě dotazníku:

- první vkládáme položky, které vzbudí zájem, získají důvěru respondenta
- v první čtvrtině jsou otázky snadné, nekonfliktní
- ve druhé čtvrtině jsou otázky pro nás zásadní
- ve třetí čtvrtině jsou otázky lehčí, ale zásadní, možno použít grafické, projekční
- v poslední čtvrtině jsou otázky snadné a méně důležité
- sociodemografické otázky klademe na závěr
- otázky týkající se současnosti klademe před otázky týkající se minulosti
- položka obsahuje jen jednu myšlenku
- položka musí být jednoznačná, respondenti jí musí rozumět
- položky by měly být krátké

- nelze užívat dvojsmysly
- uzavřené položky musí obsahovat všechny alternativy odpovědí
- u důležitých otázek je dobré ještě použít kontrolní otázku. Ta musí být formulována odlišně a zařazena na jiné místo v dotazníku
- vyvarovat se sugestivním a zavádějícím položkám
- před vyplněním je třeba respondenta motivovat
- v úvodu sdělíme dobu potřebnou k vyplnění – reálnou
- **validnost** - ptát se na to, co skutečně potřebujeme zjistit, jinými slovy, zda odpověď na otázku pomůže dosažení stanoveného cíle průzkumu. Jinak je lepší otázku zcela vynechat
- vyvarovat se **haló-efektu**, tj. řadě příbuzných otázek za sebou, kde se odpověď z první otázky přenáší i do ostatních
- otázky by neměly začínat slovem *proč?* (to je úkol výzkumníků)

Dotazník po sestavení by měl být otestován dvěma způsoby. Samotný tvůrce by si jej měl poctivě celý vyplnit a také malá skupinka testovaných respondentů může poskytnout důležitou zpětnou vazbu v době, kdy je možné dotazník ještě upravit. Mnoho otázek naráz se může v kontextu předchozích otázek jevit jinak. Je vhodné si dotazník také vyplnit v náhodném pořadí nebo od konce, umožňuje-li to povaha dotazníku. Je vhodné si také prohlédnout výsledky testovacího průzkumu, zda splnily očekávání a poskytly potřebné informace. Nejčastější chyby při tvorbě otázek dotazníku jsou uvedeny v **Příloze G**.

Dotazníky kvality života

Na kvalitu života je pohlíženo jako na vícerozměrnou veličinu a obvykle je definována jako „subjektivní posouzení vlastní životní situace“. Zahrnuje tedy nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost symptomů onemocnění či léčby, ale v globálním pohledu také psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty apod. Kvalita života může být posuzována také ve vztahu

ke zdraví (HRQoL, health-related quality of life). Je využívána zejména v oblasti sledování vlivu nemoci a její léčby na člověka. HRQoL charakterizuje a měří to, co jedinec zažívá (jaká je zkušenost jedince) jako následek poskytování zdravotní péče. K hodnocení kvality života u nemocných jsou používány dotazníky kvantifikující dopad nemoci na běžný život nemocného formalizovaným a standardizovaným postupem. V praxi je vytvořena celá řada dotazníků k zjišťování kvality života. Dotazníky k zjišťování kvality života lze rozdělit na dva základní typy, a to dotazníky generické (obecné) a specifické. Generické dotazníky hodnotí všeobecně celkový stav nemocného bez ohledu na konkrétní onemocnění, jsou široce použitelné u jakýchkoli skupin populace, bez ohledu na pohlaví, věk apod. K nejznámějším generickým dotazníkům patří Karnofsky Performance Status Scale, Activities of Daily Living (ADL), Sickness Impact Profil (SIP), Short Form 36 Health Subject Questionnaire (SF 36), Nottingham Health Profile, Euro-Qol EQ-5D, WHO Quality of Life Assessment a další. Specifické dotazníky jsou vytvořeny pro jednotlivé typy onemocnění, jsou jednoznačně senzitivnější. Mnohdy je jejich součástí právě generický dotazník. Pro příklad lze uvést dotazník zjišťování kvality života u nemocných s chronickým selháním ledvin Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL), jehož součástí je právě generický dotazník SF 36.

K použití dotazníku, který byl zkonstruován někým jiným a není u nás validizován, je třeba doložit v práci souhlas s použitím. Problematické může být pracovat s dotazníkem, který není oficiálně přeložen do češtiny.

Rozhovor

Přímá interpersonální interakční situace sociálních rolí, kdy jedna osoba je průzkumník a druhá respondent. Od běžného rozhovoru se liší:

- má jasné odborné zaměření
- obsahuje standardizované otázky
- otázky se zaměřují na předem definovanou oblast

- probíhá za standardních podmínek
- interpretace údajů je odborná
- rozhovor uskutečňuje průzkumník, má systém, jak reagovat, když respondent neví, jak odpovědět

1. Fáze sestavení rozhovoru: téma, cíl, struktura, záznam, vyhodnocení.

2. Struktura rozhovoru:

- Úvod – seznámení, účel, anonymita, vyhodnocení
- Řeší se průzkumný problém
- Závěr – shrnutí, zda je to správně pochopeno

3. Otázky rozhovoru: stanovíme si okruhy a v nich jednotlivé otázky. Problém ověřujeme několika otázkami, vkládáme i uzavřené, škálovací.

Nejznámější škálou je Likertova stupnice (stupnice psychosociálního měření), která se užívá k měření postojů. Tvoří ji několik prohlášení se stanoviskem k určitému tématu a respondent označuje míru souhlasu či nesouhlasu s prohlášením. Užíváme 5 kategorií souhlasu – nesouhlasu (rozhodně souhlasím, souhlasím, nedovedu se rozhodnout, nesouhlasím, naprosto nesouhlasím). Při kladně formulované položce dáváme nejvíce bodů kategorii „rozhodně souhlasím“. U negativně laděných položek dáváme nejvíce bodů kategorii „naprosto nesouhlasím“.

4. Typy rozhovoru:

- Standardizovaný – předem připravený, výzkumník zapisuje odpovědi do kolonek ve formuláři, má pevnou strukturu a znění otázek
- Nestandardizovaný – předem je připravena osnova i formulace otázek, ale výzkumník pokládá otázky dle situace, prostředí, stavu ... Určuje si pořadí otázek, vkládá event. i doplňující otázky, vrací se k již zodpovězenému

- Individuální rozhovor – mezi výzkumníkem a respondentem
- Skupinový rozhovor
- Otevřený rozhovor – cíl je znám i respondentovi
- Skrytý rozhovor – respondent neví, že je součástí výzkumu

5. Zhodnocení rozhovoru:

- Validita – platnost
- Reliabilita – spolehlivost

Organizace výzkumu/průzkumu

Přehledný popis organizačního zabezpečení průzkumu je nezbytnou součástí bakalářské práce. Je třeba vypracovat organizační rámec pro praktické zvládnutí následujících kroků:

- určení konkrétních míst, kde bude průzkum probíhat (nemocnice, oddělení)
- časový harmonogram (minimálně začátek a konec průzkumu)
- materiální a finanční zabezpečení (např. tisk dotazníků)
- získání souhlasu pracovišť (nezbytná součást příloh bakalářské práce formou protokolu nebo prohlášení) (viz **Příloha D** nebo **Příloha H**)

Sběr dat, výsledky, analýza, interpretace

Jde o časově náročnou fázi průzkumu. Sběrem získaná data je třeba zpracovat a analyzovat určitým vhodným systematickým způsobem. V bakalářských pracích se většinou realizuje průzkum, kdy autor zpracovává v praktické části získaná data pouze popisným způsobem pomocí deskriptivních statistických metod. Velkou pozornost je nutné věnovat zpracování průzkumného šetření, jeho výsledkům a jejich analýze. Výsledky jednotlivých položek jsou zpracovány do grafů a tabulek, ke kterým je přiřazen patřičný komentář.

Získané výsledky vyhodnocujeme se zřetelem na stanovené cíle a připravujeme východiska pro vyvozování závěrů a doporučení jako základ pro diskuzi, uveřejnění a využití v praxi.

Vlastní výsledky nebo získaná data (údaje) mohou být zpracována několika způsoby:

- matematicko-statisticky
- graficky – tabulky, grafy, diagramy včetně jejich interpretace
- věcnou interpretací
- kvalitativní/kvantitativní analýzou

Příklady statistického zpracování dat pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát (χ^2) a korigovaného koeficientu kontingence pomocí Pearsona viz Příloha I.

VZOR:

Interpretace výsledků

Položka 8 – Defínuje etický kodex Práva pacientů také právo na poskytování bezplatné zdravotní péče?

a) Ano, etický kodex Práva pacientů defínuje právo pacientů na poskytování bezplatné zdravotní péče

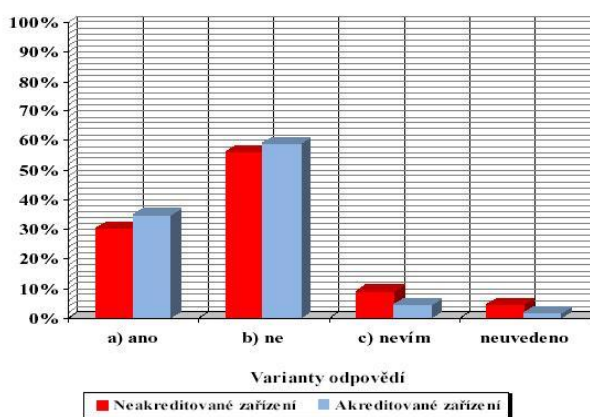
b) Ne, etický kodex Práva pacientů o právu na poskytování bezplatné zdravotní péče nehovoří

c) Nevím

Tabulka 8 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 6 – Obsahuje etický kodex Práva pacientů ustanovení o právu pacientů na poskytování bezplatné zdravotní péče?

	Neakreditované pracoviště		Akreditované pracoviště	
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	20	30,30%	23	34,85%
b) ne	37	56,06%	39	59,09%
c) nevím	6	9,09%	3	4,54%
neuvedeno	3	4,55%	1	1,52%
Celkem	66	100,00%	66	100,00%

Graf 8 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 6 – Obsahuje etický kodex Práva pacientů ustanovení o právu pacientů na poskytování bezplatné zdravotní péče?



Listina základních práv a svobod, hlava čtvrtá, článek 31 uvádí: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Správnou odpověď b) ne, etický kodex Práva pacientů o právu pacientů na poskytování bezplatné zdravotní péče nehovoří, zvolilo 37 respondentů (56,06 %) NZZ a 39 respondentů (59,09 %) AZZ. Celkem 20 respondentů (30,30 %) NZZ a 23 respondentů (34,85 %) AZZ označilo odpověď a) ano. Odpověď c) nevím zvolilo 6 respondentů (9,09 %) NZZ a 3 respondenti (4,54 %) AZZ (VOJTĚCHOVÁ, 2009, s. 48).”

4.2.3.2 POPIS ZPRACOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

Při realizování individuální ošetrovatelké péče metodou ošetrovatelského procesu jsme komplexně rozpracovali aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy dle priorit v rozsahu pěti dnů hospitalizace pacienta.

VZOR 1:

„Kazuistika

Pacient byl přijat na oddělení dne 18. 11. 2009. Individuální ošetrovatelská péče o pacienta byla prováděna ve dnech od 18. 11. 2009 do 23. 11. 2009 od 6:30 do 15:30 hod. Na základě analýzy zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace, anamnestického rozhovoru, fyzikálního vyšetření a pozorování pacienta byl zhodnocen jeho zdravotní stav. Posouzení aktuálního stavu potřeb pacienta jsme provedli za využití koncepčního modelu Marjory Gordon. Dále jsme formulovali ošetrovatelské diagnózy dle priorit pacienta a navrhli jsme individuální plán ošetrovatelské péče, který jsme pravidelně vyhodnocovali a aktualizovali (VOSTRIKOVÁ, 2010, s. 36).“

VZOR 2:

„Ošetrovatelská anamnéza podle modelu Marjory Gordon

VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ

Svůj zdravotní stav vnímá jako narušený. Z toho důvodu je hodně smutný, má špatný pocit ze zhoršujících se zdravotních obtíží. Příznaky prvních potíží ze začátku ignoroval, lékařskou pomoc vyhledal po delší době. Prodělal běžná dětská onemocnění. Hospitalizován už byl několikrát. Alergie neguje. Je nekuřák a alkohol nepije pro onemocnění jater. Měl vždy potřebné informace, lékařská a ošetrovatelská doporučení dodržuje.

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

VÝŽIVA A METABOLIZMUS

Pacient se stravuje velmi nepravidelně. Má sníženou chuť k jídlu, jí 1–2krát denně, při zhoršení stavu trávení mívá nauzeu. Za poslední 3 roky zhubl asi 10 kg. Pro onemocnění žlučníku je doporučena dieta č. 4. Chutná mu ovoce, mléčné výrobky, zeleninu nemusí. Forma stravy normální, pacient je schopen přijímat potravu ústy bez problému, poruchy polykání nemá. Kvůli nedostatku informací necítí potřebu dodržovat stravovací režim, nezná zásady dietních opatření. Vypije 1500-2000 ml za 24 hodin, spíše černý čaj. Kožní turgor snížený. Sliznice vlhké, bez povlaku. Stav vlasů a nehtů přiměřený.

Použita měřicí technika: Body Mass Index – 18,05 (podvýživa).

Ošetrovatelský problém: váhový úbytek, nechutenství, neznalost v oblasti dietního režimu a zdravé výživy (VOSTRIKOVÁ, 2010, s. 41).“

VZOR 3:

„Ošetrovatelské problémy u pacientky po operaci štítné žlázy:

Souhrn ošetrovatelských problémů, které vyplynuly z první fáze ošetrovatelského procesu a situační analýzy:

- bolest akutní
- zvýšené fyziologické funkce
- poškození tkáně
- ztížená verbální komunikace
- nedostatek zkušeností s novou situací
- neznalost léčby a péče
- obava z operace

VZOR 4:

Zpracování ošetrovatelské diagnózy u pacientky s akutní pankreatitidou

Ošetrovatelská diagnóza byla stanovena dle NANDA I taxonomie II - NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012-2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození (mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

Určující znaky:

- ochranné chování (hlavně při polohování pacientky)
- vyhledávání antalgické polohy
- kódovým číselným záznamem (slovní vyjádření hodnocení pacientky intenzity 7 – na desetistupňové stupnici bolesti, kdy 10 [maximum], 0 [žádná bolest])
- výrazem v obličeji (zbitý pohled)

Související faktory:

- průvodci zranění (biologičtí)

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá bolest (intenzita bolesti – 0) při propuštění z nemocnice.

Cíl krátkodobý: Pacientka po zahájení analgetické terapie má zmírněnou bolest (intenzita bolesti klesne z hodnoty 7 na hodnotu 3) do 2 dnů.

Očekávané výsledky:

Pacientka chápe příčiny vzniku bolesti do 24 hod.

Pacientka je schopná o bolesti a jejích projevech hovořit od 1. dne hospitalizace.

Pacientka je schopna sledovat a zaznamenávat bolest do 2 hod.

Pacientka ovládá metody zmírňující bolest od 1. dne hospitalizace.

Pacientka dodržuje farmakologický režim, pohybový režim a dietní omezení od 1. dne hospitalizace.

Pacientka zná a provádí relaxační techniky od 1. dne hospitalizace.

Pacientka klidně spí od 2. dne hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

1. Posuď bolest ve spolupráci s pacientkou (lokalizace, charakter, nástup, trvání, četost, intenzitu - stupnice 0-10), zhoršující faktory, změny bolesti během dne, sestra průběžně (po 2 hod. maximálně) a v případě zvýšení intenzity ihned informuj lékaře a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace.
2. Podávej pravidelně analgetickou terapii dle ordinace lékaře a posuď její efekt a zaznamej do lékařské dokumentace, sestra.
3. Zhodnot' vliv bolesti na spánek pacientky, tělesnou a duševní pohodu (sestra 1x denně před usnutím) a v případě potřeby aplikuj analgetickou terapii (při bolesti) a proved' záznam do lékařské dokumentace.
4. Edukuj pacientku o spolupráci při hodnocení intenzity, charakteru bolesti (à 2 hod.) a o analgetické terapii (sestra do 2 hod. a dále dle aktuálního stavu) následně proved' záznam do záznamu o edukaci pacienta – ihned.

5. Posuď ovlivnitelnost bolesti specifickými strategiemi proti bolesti (používání odpoutávacích technik, používání relaxačních technik, používání představivosti, používání terapeutického dotyku) – sestra, do 2 dnů.
6. Posuď možné patofyziologické či psychologické příčiny bolesti, sestra, průběžně.
7. Pozoruj a zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace neverbální projevy bolesti, sestra, vždy.
8. Všímej si chování pacientky a jeho změn a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace, sestra, vždy.
9. Monitoruj fyziologické funkce (TK, P, DF, TT) kontinuálně přístrojem (monitorem) à 24 hod. a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace à 1 hod. a v případě výrazné změny ihned informuj lékaře, sestra.
10. Vezmi v úvahu předchozí zkušenosti pacientky s bolestí a jejím zvládnutím, sestra, vždy.
11. Zajisti klidné, komfortní prostředí, sestra, vždy.
12. Pečuj o pohodlí pacienta, sestra, vždy.
13. Sleduj účinky a vedlejší účinky léků, po podání léku (proved' záznam do lékařské dokumentace o nežádoucích projevech v případě jejich výskytu) sestra, vždy po podání léku.
14. Edukuj pacientku o úlevové poloze a proved' záznam o edukaci do edukačního formuláře do 1 hod., sestra.
15. Pomoz pacientce se změnou polohy, sestra, dle potřeby pacienta.
16. Umožni pacientce kontrolu a účast na léčbě bolesti, sestra, vždy.
17. Ved' pacientku k provádění nefarmakologických přístupů pro zmírnění bolesti, sestra, vždy.
18. Ved' příbuzné k podpoře pacientky, sestra, průběžně.
19. Prováděj pečlivý záznam do dokumentace, sestra, denně.

Realizace:

4. 3. 2013

- 10:45 – pacientka je přivezena na JIP po zavedení centrálního žilního katetru.
- 11:00 - pacientka si stěžuje na zvyšující se bolest břicha o intenzitě 7 (0-10).
- 11:01 - kontrola fyziologických funkcí (TK 137/86, P 104, TT 36,7 °C).
- 11:02 - aplikována dle ordinací lékaře 1 amp. Dipidoloru s. c. - sestra u lůžka.
- 11:04 - doporučena úlevová poloha a pro lepší psychické pohodlí podán kyslík brýlemi - sestra u lůžka.
- 11:30 - kontrola intenzity bolesti (sestra u lůžka) - pacientka uvádí mírnou úlevu od bolesti, nadále bolest hodnotí číslem 5.
- 11:50 - pacientka vyžaduje další léky na bolest - bolest na stupnici 0-10 hodnotí číslem 6.
- 11:55 - po konzultaci s ošetřujícím lékařem podána 1 amp. 2 ml Novalginu i. v. - sestra u lůžka.
- 12:10 - kontrola intenzity bolesti (sestra u lůžka) - pacientka uvádí mírnou úlevu - nynější bolest hodnotí číslem 5.
- 12:30 – pacientka je v klidu a spí, ukončena oxygenoterapie.
- 14:00 – pacientka udává výrazný ústup bolesti, nyní intenzita bolesti 3, TK 130/70, P 77, TT 36,9 °C.
- Analgetika byla pacientce podávána v časových intervalech 1 amp. Dipidoloru s. c. po 8 hod. a 2 ml Novalginu i. v. po 6 hod.
- Kontrola intenzity bolesti prováděna po 1-2 hod., pokud pacientka spí, není buzena.

5. 3. 2013

- Pacientka spolupracuje při sledování intenzity bolesti, pravidelné (à 2 hod.) provádí záznam do formuláře ke sledování bolesti, který má k dispozici u lůžka, bolest v průběhu dne má klesající tendence v rozmezí jednoho stupně pacientka dobře reaguje na časově podávanou analgetickou terapii. V noci provedla záznam jednou, spala – sestrou nebyla buzena z důvodu načerpání sil.
- V průběhu dne nedošlo k významnému zvýšení intenzity bolesti, proto nebyla podávána další analgetická terapie, sestra pravidelně v časových intervalech zaznamenávala intenzitu (v rozmezí 4–3 stupně na desetistupňové škále) do ošetřovatelské dokumentace.
- Sestra pravidelně podávala léky dle ordinace lékaře, léčba je efektivní a vedlejší účinky ani komplikace farmakoterapie se neobjevily.
- Pacientka v průběhu dne využívala metodu odpoutávání, před spaním poslouchala relaxační hudby (Zvuky lesa), přes noc spala nepřetržitě 5 hod.
- V průběhu dne dvakrát zaujmula úlevovou polohu ve spolupráci se sestrou (v 10:30 hod. a v 16 hod.), záznam provedla sestra do ošetřovatelské dokumentace.
- Fyziologické funkce (TK, P, DF, TT), byly kontinuálně monitorovány přístrojem (monitorem) à 24 hod., hodnoty TK, DF, TT nepřekročily fyziologickou mez, v 10:30 hod. a v 16 hod. se zvýšila pulzová frekvence na 112 a 118 za minutu, lékař byl informován a byl proveden záznam do dokumentace.
- Příbuzní pacientky jsou informováni o stavu, snaží se maximálně spolupracovat – přinesli relaxační hudbu, kterou pacientka doma ráda poslouchá.

Hodnocení (2. den hospitalizace):

Efekt: částečný

Pacientka udává, že pociťuje zmírnění bolesti po aplikaci analgetik, udává ústup bolesti (na intenzitu 3) v průběhu dvou dnů hospitalizace.

Analgetická terapie a metody zmírňující bolest jsou přínosné, pacientka aktivně spolupracuje při sledování intenzity bolesti. V případě nutnosti automaticky zaujímá

úlevovou polohu. Spolupracuje při zaznamenávání intenzity bolesti. Volně a otevřeně hovoří o svém stavu, je plně informovaná o příčinách vzniku bolesti a ví, že si v případě potřeby má ihned informovat sestru. Dodržuje farmakologický, pohybový a dietní režim. Cítí se na oddělení bezpečně, kladně vnímá spolupráci s rodinou a její informování o aktuálním stavu. Před spaním poslouchá relaxační hudbu a délka nepřetržitého spánku se postupně prodlužuje.

Pokračují intervence:

1., 2., 3., 5., 9., 11., 12., 13., 15., 17., 18., 19.

U pacientky je nutno dále monitorovat intenzitu bolesti, podávat analgetickou terapii a sledovat její efektivitu a možné vedlejší účinky. Ovlivňovat bolest specifickými strategiemi a úlevovou polohou. Sledovat kvalitu a délku spánku. Monitorovat fyziologické funkce, vytvářet vstřícné, klidné, komfortní prostředí. Prohlubovat spolupráci s rodinou a celkově vytvářet vstřícné prostředí.

Celá vzorová kazuistika je dostupná na Sharepointu:

file:///C:/Users/PhDr.%20Ivana%20Jahodov%C3%A1/Downloads/VK_OP_U_PACIENTKY_S_AKUTNI_PANKREATITIDOU%20(1).PDF

V Příloze J je uvedena vzorová kazuistika pro studijní obor Zdravotnický záchranář.

V Příloze K je uveden vzorový ošetřovatelský proces u pacientky s akutním infarktem myokardu – 1 krok.

Příklad zpracování ošetřovatelské diagnózy u pacienta s akutní pankreatitidou dle NANDA I taxonomie II viz Příloha L

4.2.3.3 DISKUZE, DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Diskuze patří k nejobtížnějším částem bakalářské práce. Shrnujeme v ní zjištěné poznatky, zmiňujeme problémy, které nastaly v souvislosti se zvolenou metodou průzkumu, naše výsledky porovnáváme s údaji z teoretické části, diskutují se klinické a vědecké důsledky práce. Lze vyslovit nové hypotézy/průzkumné otázky, lze naznačit, jak by se mohlo v práci pokračovat. Chybou je opakovat zde údaje a materiál popsany již v Úvodu, Metodě, Výsledcích. Neuvádíme námi průzkumem nepodložená tvrzení. Je třeba diskutovat i se zdroji, které uvádí jiné výsledky, než ke kterým jsme dospěli.

Součástí Diskuze jsou doporučení pro praxi, což je nejcennější část práce. Diskuzi a doporučení pro praxi tvoříme s veškerou pečlivostí, je třeba si na jejich tvorbu ponechat dostatek času a několikrát se k nim vrátit.

VZOR:

„6.1 DISKUZE

Není snadné srovnávat práci na toto téma s jinými autory. Problematika pohlavně přenosných chorob je rozsáhlá a každý autor se zaměřuje na určitou oblast, podle osobního zájmu nebo aktuálnosti. Některé položky našeho průzkumného šetření jsme porovnali s výsledky výzkumu prof. PhDr. Petra Weisse, Ph.D. a doc. MUDr. Jaroslava Zvěřiny, CSc. Tento výzkum probíhá od roku 1993. Sleduje a v pravidelných 5 letých intervalech vyhodnocuje změny chování v sexuální oblasti populace u nás v ČR. V roce 2008 se výzkumu účastnilo 2000 osob. Soubor tvořil vzorek populace od 15 let. Poslední výsledky výzkumu z roku 2008 dokazují, že se partnerská sexualita neurychluje. Průměrný věk prvního pohlavního styku je dlouhodobě kolem 18. roku života, 18,08 let u žen a 17,85 let u mužů. Až 57 % žen a 61 % mužů se vždy při náhodném sexuálním styku chrání prezervativem. Nejvíce

respondentů uvedlo jako nejčastější zdroj informací kamarády (WEISS, 2011). Po srovnání výsledků s předešlými lety jsme dospěli k závěru, že se česká populace začíná chovat odpovědněji.

Výsledky průzkumného šetření jsme také porovnali s výsledky bakalářské práce Lenky Smetanové absolventky VŠ zdravotnické, o. p. s v Praze z roku 2010, která se zabývala informovaností veřejnosti o pohlavně přenosných chorobách. Dotazník, který tvořilo 15 otázek, obsahoval několik podobných položek, na které jsme se zaměřili. Vlastní sběr dat probíhal na střední soukromé zdravotnické škole a střední soukromé podnikatelské škole. Nejčastěji zmíněnou STD, kterou respondenti znají, byl HIV 36,5 %. Celkem 15,3 % respondentů se domnívalo, že je hormonální antikoncepce ochráně před nákazou STD a hlavním informačním zdrojem o STD byla škola (38,2 %). Při prvním pohlavním styku použilo prezervativ 67,5 % respondentů. Respondenti znají především klasické STD. Nejčastěji shodně zmínili HIV, celkem 22,73 %. Při vyhodnocování odpovědí jsme zjistili, že všichni dotazovaní zmínili tuto chorobu. Domníváme se, že za úspěchem tohoto povědomí stojí interaktivní projekt Hrou proti AIDS, který je součástí Národního programu řešení problematiky HIV/AIDS a je každoročně dotován MZ ČR. Hra má 5 stanovišť, která se zabývají:

- cestami přenosu HIV,
- láskou, sexualitou a ochranou před HIV,
- zabránění nechtěného těhotenství, pohlavně přenosných infekcí a HIV,
- sexualitou řečí těla,
- životem s HIV/AIDS.

Naopak nás překvapilo 15,71 % špatných odpovědí, ve kterých se respondenti domnívali, že při nechráněním orálním sexuálním styku není možné se nakazit některou STD. Počet špatných odpovědí je přibližně shodný s počtem špatných odpovědí v porovnávaném průzkumu Lenky Smetanové, ale žádný z našich respondentů se nedomnívá, že by užívání hormonální antikoncepce mohlo zamezit šíření infekce. Dominantním zdrojem informací byla masmédia (65,71 %). Tento

výsledek se neshoduje s žádným tvrzením, které je uvedené v porovnávaných publikacích. Věkový průměr prvního pohlavního styku je 16,7 let, konkrétně u žen je toto číslo 16,5 let a u mužů 17,0 let. V tomto bodu se neshodujeme s tvrzením prof. Weisse, který z pohledu dlouhodobé studie neguje snižování věkové hranice prvního pohlavního styku, věkový průměr je nepatrně nižší. Prezervativ při prvním pohlavním styku použilo 45,45 % respondentů, tento výsledek je výrazně nižší. Při náhodném pohlavním styku prezervativ vždy používá pouze 10,61 % respondentů, 12,20 % žen a 8,00 % mužů. Tvrzení odborníků o zodpovědnějším chování se nepotvrdilo.

Rozdílnost některých výsledků mohla být patrně ovlivněná velkým rozdílem rozsahu průzkumného šetření a především odborného výzkumu, kterého se účastnilo 2 000 osob.

Doporučení pro praxi

Statistiky ke dni 30. 3. 2013 informují o záchytu 26 nových případů HIV infekce od počátku tohoto roku (SZÚ, 2013).

S ohledem na oficiální údaje a výsledky bychom byli pro zavedení sexuální výchovy jako samostatného předmětu. RVP obsahuje mnoho vzdělávacích okruhů a záleží na dané instituci, kolik času uvolní na konkrétní poučení o prevenci STD. Škola je ve velké míře prvotním zdrojem informací a pomocí spolupráce s organizacemi, které se této problematice intenzivně věnují, by mohla být kvalitním i atraktivním zdrojem informací, které mladiství v tuto chvíli vyhledávají v masmédiích a u vrstevníků.

Vladimír Kováč z Domu světla působil jako preventivista na základních a středních školách. Teorii o STD a prevenci zpestřil svým životním příběhem a zaujal tak nejednoho posluchače. Někteří se se zavedením sexuální výchovy jako samostatného předmětu z různých důvodů neztotožňují, např. kvůli náboženské víře. Nesouhlasí s některými medicínskými poznatky a trendy moderní otevřené sexuální výchovy, ale není třeba se obávat. Poskytnutí informací v žádném případě

neznamená, že se jimi musí striktně řídit, ale všichni by měli být poučení a připraveni na různé životní situace, které nás nebo naše blízké mohou potkat. Jen informovaný člověk je schopen rozeznat rizika a účinně se chránit.

Doporučení pro rodinu

- nepodceňovat závažnost potřeby poučení
- nebát se požádat o pomoc

Doporučení pro společnost

- informovat o možnostech a vhodnosti anonymního testování na HIV
- posílit mravní hodnoty, snížit toleranci ve společnosti vůči rizikovému sexuálnímu chování celebrit
- vytvořit informativní spoty na komunikačních sociálních sítích
- neomezovat finance určené na preventivní programy
- vyzdvihnout možnost očkování proti virovým infekcím, proti HSV-2, HPV a hepatitidě B a zdůraznit možnosti očkování chlapců

Doporučení pro školy

- umožnit informativní besedy pro rodiče
- zavést sexuální výchovu jako samostatný předmět vč. besed s HIV+ osobou
- zapojit do výuky interaktivní programy jako Hrou proti AIDS

Doporučení pro pacienta s STD a HIV

- vždy používat bariérovou metodu ochrany
- dodržovat zásady léčby a pokyny lékaře
- informovat ošetřující personál zdravotnických zařízení a každého partnera o STD a HIV+
- navázat kontakt s jedinci, kteří mají stejnou diagnózu HIV+
- sledovat nové možnosti léčby
- zapojit se do aktivit zejména nevládních organizací
- pečovat o duševní zdraví a fyzickou kondici (LAMASOVÁ, 2013, s. 71-72).“

Součástí praktické části práce může být v části doporučení pro praxi i zpracování edukačního listu (viz Příloha M). V tomto případě je potřebné zohlednit následující body.

EDUKACE

Výchova a vzdělání, které představuje celoživotní rozvíjení osobnosti a probíhá jak ve formálním, tak i v neformálním prostředí.

Formálně výchovné instituce:

- dětské jesle
- školka
- škola

Neformální prostředí:

- rodina
- nemocnice
- skupina
- poradensko-konzultační zařízení

Cíl edukace:

- získání nových vědomostí
- naučení zručnosti
- vytváření nových hodnotových, postojevých, citových struktur osobnosti

Edukační proces v ošetřovatelství:

- a) představuje formu odevzdávání informací, která se uskutečňuje v rámci interakce sestra - pacient
- b) je vytvořený záměrně, aby se někdo učil
- c) jde o dynamický vzájemný vztah mezi sestrou a pacientem
- d) je to výchovný a vzdělávací proces a tak je ho třeba chápat

Fáze edukačního procesu

Posouzení - sběr údajů o schopnostech, připravenosti a nedostatecích pacienta z hlediska učení

Stanovení edukačních diagnóz

Příprava edukačního plánu - stanovení priorit a edukačních cílů

Realizace edukačního plánu

Vyhodnocení efektivnosti edukace

Druhy edukace:

- základní - pacient a nebo skupina pacientů nejsou o problematice informováni
- komplexní - zpravidla se realizuje v edukačních kurzech
- reedukační - pokračující, rozvíjející a napravující, která navazuje na předcházející vědomosti. Zahrnuje i opakování a aktualizaci základních informací, poskytuje další informace

Cíle edukace dělíme na:

- kognitivní: soustřeďují se na poskytování informací, vysvětlování, na to, aby pacient informaci rozuměl, aby se dovedl správně rozhodnout a jednat
- afektivní: zaměřené na postoje, názory, hodnoty, přesvědčení. Jsou orientované na vytváření vztahu k novému období života, hodnotové orientaci, která dá smysluplnost dalšímu nemocí změněnému životu
- psychomotorické: zaměřené na získání způsobilosti a maximální zručnosti

Metody edukace

Edukace je cílevědomý, promyšlený postup při odevzdávání vědomostí, cesta k osvojení si návyků a zručností. Rozeznáváme:

- Metodu mluveného slova, kterou dělíme na:
 - *monologickou* - přednáška, výklad, mluvení, opis, vysvětlování
 - *dialogovou* - diskuze, beseda, rozhovor
- Metodu tištěného slova: heslo, leták, článek, brožura, časopis, kniha...
- Metodu primární zkušenosti a názorných pomůcek: dávají prostor k přesvědčování a srozumitelnějšímu působení. Patří sem metody skutečných předmětů a jevů - film, fotografie.

Formy edukace:

- individuální: umožňuje realizovat zásadu individuálního přístupu a respektovat osobitost pacienta
- skupinová: realizuje se působením na skupiny. Vytváří podmínky pro vzájemnou interakci, diskusi, spolupráci, vede k vzájemné výměně vědomostí, zkušeností učení se jeden od druhého.

V Příloze N je uveden vzor zpracování edukačního procesu u pacienta s diagnózou myastenia gravis.

4.2.3.4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU/PRŮZKUMU

Existují tři způsoby, jak lze prezentovat výsledky průzkumu:

- prezentováním na odborných fórech (přednáška, poster)
- elektronicky
- publikováním (písemná studie, závěrečná zpráva)

Výsledky a závěry průzkumu, který byl realizován v rámci bakalářské práce, lze zveřejňovat až po úspěšné obhajobě, která je součástí státní závěrečné zkoušky. Pokud výstupem a součástí bakalářské práce jsou brožurky, letáky atd., uvádíme na nich účel, pro který byly vypracovány včetně názvu školy.

4.2.4 ZÁVĚR

Tato kapitola obsahuje stručné shrnutí nejvýznamnějších poznatků z teoretické části práce a vlastního zjištění autora podloženého provedenou analýzou. Autor by zde měl zhodnotit, zda bylo dosaženo stanoveného cíle a shrnout doporučení pro další zkoumání nebo praktické využití získaných údajů v praxi. Píše se v **akademickém plurálu nebo třetí osobě jednotného/množného čísla trpného rodu (viz kapitola 2).**

VZOR:

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit úroveň vědomostí všeobecných sester v praxi o zdravotnických a medicínských etických kodexech s následným srovnáním vědomostí respondentů akreditovaného a neakreditovaného zdravotnického zařízení. Výsledky jasně poukazují na význam vzdělávání v etické problematice. Vyšší vzdělání nezaručuje „etickou uvědomělost“, ale zvyšuje pravděpodobnost respektování a využívání etických kodexů ve prospěch pacienta.

V současnosti se všeobecné sestry podrobněji seznamují s etickou problematikou až při studiu na vyšší odborné nebo vysoké škole (viz kapitola o vzdělávání 1.7, s. 30), přestože nejpočetnější skupinu všeobecných sester tvoří střední zdravotnický personál (ze 132 celkem 66 respondentů – 50 %). Otázkou je, zda bude mít do budoucna podíl vysokoškolsky vzdělaných sester stoupající tendenci, či nikoliv. Etické kodexy nejsou právně vymahatelné. Nelze donutit všeobecné sestry, aby se jednotlivé statě učily nazpaměť. Zejména pokud tematiku etických kodexů neshledávají jako příliš atraktivní.

Důkazem se stala položka zjišťující zájem o vzdělávání v etických kodexech (položka č. 14, s. 54). Celkem 67 respondentů (52 %) se z různých důvodů nechtělo dále vzdělávat. Přesto 71 respondentů (53,79 %) uvedlo, že znalosti mohou zajistit lepší péči o pacienty (položka č. 17, s. 57).

Pomocí průzkumu se nám naskytla možnost nahlédnout a srovnávat dvě zdravotnická zařízení v Praze. Respondenti z neakreditovaného zdravotnického zařízení uváděli ve větším podílu nezájem o vzdělávání v problematice etických kodexů (42 respondentů – 63,63 %). Často hovořili o nedostatku personálu a větší časové vytíženosti. Důvody mohly vypovídat o mnoha skutečnostech (např. špatná personální situace, z níž vyplývají přesčasy a málo odpočinku, převaha kolektivu zaměstnanců spíše konzervativních osob, vyššího věku s nezájmem o jakékoliv změny). V akreditovaném zdravotnickém zařízení respondenti projevovali zájem o rozšíření znalostí v etických kodexech (40 respondentů – 60,6 %). Mezi zkoumaným souborem se nacházela skupina současných nebo budoucích studentů vysoké školy.

Vědomosti zkoumaného vzorku všeobecných sester v oblasti zdravotnických a medicínských etických kodexů nejsou dostačující. Ze 132 respondentů „prospělo“ 26 respondentů. Ze sdělení jedné respondentky: „Záleží na přístupu, ne na vědomostech etických kodexů.“ Samozřejmě, záleží na přístupu všeobecné sestry, ale jak může všeobecná sestra, neobeznámená s etickými kodexy, rozhodnout o tom, co je a není etické? Jak dokáže poučit pacienta o jeho právech a respektovat je, pokud je sama nezná? Znalost etických kodexů je podle našeho názoru prioritní. Poskytněme pacientům vysokou morální úroveň, a splňme tak podmínku optimálního plnění požadavků ošetrovatelské péče (GOLDMAN, CICHÁ, 2004). (VOJTĚCHOVÁ, 2009, s. 71-72).“

4.3 ZÁVĚREČNÁ ČÁST PRÁCE

V závěrečné části práce uvádíme zdroje informací neboli Seznam použité literatury a Přílohy. **Diskety, vzorky a CD ROMy se vkládají do zadního předeští.**

4.3.1 ZDROJE INFORMACÍ

Zdroje informací pro psaní práce jsou k dispozici buď v tištěné podobě v knihovnách, nebo v elektronické podobě na internetu. Nejsilněji preferovaným zdrojem jsou odborné knihy a časopisy. Při citování ostatních internetových zdrojů dáváme přednost renomovaným institucím (mezinárodní instituce, výzkumné ústavy, statistické úřady) a vždy pečlivě zvažujeme důvěryhodnost citovaného pramenu.

Mezinárodní standardizační organizace ISO připravila novou mezinárodní normu pro potřeby citování a strukturování bibliografických záznamů ISO/DIS 690, která je jen jedna a nahradí obě dříve platné normy ISO 690:1987 a ISO 690-2:1997. Po více než šesti letech příprav bylo 15. června 2010 organizací ISO oficiálně publikováno v pořadí již 3. vydání mezinárodní normy ISO 690, a to paralelně v anglické i francouzské verzi. Oficiální překlad byl publikován v dubnu roku 2011 pod názvem **ČSN ISO 690: 2011 = Pravidla pro bibliografické odkazy a citace informačních zdrojů**. Norma umožňuje více volnosti při tvoření bibliografických citací, avšak **je třeba dodržovat jednotný styl v jedné práci** (viz Příloha O).

Obecná pravidla:

- citující si **sám** určí počet uvedených autorů, pokud jich je více. Lze tak uvádět všechna jména nebo jméno prvního autora s latinskou zkratkou et al.
- ISBN **lze** dělit (tak jak jej rozdělí textový editor)
- u jmen vydavatelů se **neuvádějí** obchodní zkratky např. a. s., o. p. s.
- před dvojtečkou se **nedělá** mezera (ani za místem vydání, ani mezi názvem a podnázvem)
- za slůvkem "In" se **dělá** dvojtečka

- cituje-li se celé dílo, **neuvádí** se celkový počet stran
- u periodika je nově **povinným údajem** ISSN
- za názvem periodika **je** tečka
- dostupnost z internetu se uvádí **pouze** slovy "Dostupné z:", **nikoliv** dříve nejednotnými výrazy "Dostupné z World Wide Web:", "Dostupné z WWW:", "Dostupné z internetu:" či jiných
- URL adresa se **může** dělit (tak jak ji rozdělí textový editor)
- URL adresa se již **nevyděljuje** znaky <, > a tento údaj není zakončen tečkou
- druh vysokoškolské kvalifikační práce **není** podnázvem
- pokud záznam končí údajem o ISBN nebo ISSN, **dělá** se za ISBN/ISSN tečka

Seznam použité literatury je uveden na samostatné straně za závěrem. Uvádíme v něm všechny zdroje domácí i zahraniční, včetně internetových, použité při vypracovávání práce.

U bakalářské práce by měl autor čerpat minimálně z **20** literárních zdrojů, u magisterské práce minimálně ze 40 literárních zdrojů a u doktorandské práce je požadováno minimálně 70 literárních zdrojů. **Internetové zdroje bez ISBN nebo ISSN do tohoto počtu počítané nejsou.** Povinností autora je uvést všechny literární prameny, ze kterých čerpal (absolventská práce může být pouze jedním ze zdrojů!). Jednotlivé literární zdroje řadíme za sebe podle abecedy a nerozdělujeme je podle druhu (internet, časopis). **Pokud nepoužíváme citování podle číselných odkazů, jednotlivé literární zdroje v seznamu nečíslujeme!**

V této souvislosti je nezbytné také upozornit, že Systém mezinárodního standardního číslování knih – ISBN (International Standard Book Numbering) vznikl koncem 60. let ve Velké Británii původně jako národní systém. Postupně se rozšířil do více než 190 zemí. V České republice je zaveden od roku 1989 a je tedy nutno počítat s tím, že pokud jsou citovány starší publikace, nebude v nich ISBN uvedeno a tento údaj se vynechává.

Při výběru literatury se doporučuje vyhnout se online encyklopedii Wikipedie. Ačkoli má Wikipedie nepopíratelné klady, z odborného hlediska převažují negativa. Wikipedie není považována za odborný pramen. Její obsah se rychle mění, takže mnohdy by citace z Wikipedie již nebyla zpětně dohledatelná. Obsah na Wikipedii navíc může vytvářet a upravovat opravdu jakýkoliv uživatel internetu, takže je velmi těžké posoudit kvalitu a relevanci informací.

4.3.1.1 TIŠTĚNÉ MONOGRAFICKÉ PUBLIKACE (HARVARDSKÝ ZPŮSOB)²

Autor, Rok. *Název*. Podnázev (nepovinné). Podřízená odpovědnost (např. překladatel, editor, ilustrátor apod.). Vydání. Nakladatelské údaje (místo a nakladatel). Počet stran (nepovinné). Edice. Poznámky. ISBN.

Křestní jméno autora díla může být vypsáno celé nebo zkráceno iniciálou. Obě verze jsou správné a možné, ale **je třeba dodržet jednotnost** v textu celé práce.

VZOR:

- **Jeden autor**

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *Lékařská etika*. 3. rozšíř. a aktualiz. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-132-7.

- **Dva autoři**

VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK, 2003. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0705-5.

- **Dva autoři – překlad**

RICHARDS, Ann a Sharon EDWARDS, 2004. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Z angl. orig. přel. Simona Sedlová. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0932-5.

² V celém oddíle 4.3.1.1 jsou příklady uvedené tzv. Harvardským způsobem citování

- **Tři autoři**

DISMAN, M., V. POLANECKÝ a E. STEHLÍKOVÁ, 1995. *Drogy, alkohol, tabák a životní styl*. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.

STARCK, J.L., F. MURTAGH a A. BIJAUI, 2000. *Image processing and data analysis*. Cambridge: Cambridge University Press. ISBN 978-80-521-59914-8.

- **Více autorů**

HÁJEK, Z. a kol., 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0418-8.

- **Autorský kolektiv (více než 3 autoři, bez grafického zvýraznění jakéhokoliv jména)**

Porodnictví. 1999. Praha: Grada. ISBN 978-80-7169-355-3.

- **Tituly s podnázvem**

JANOSIKOVÁ, E.H. a J.L. DAVIESOVÁ, 1999. Psychiatrická ošetrovatel'ská starostlivost: duševné zdravie a psychiatrické ošetrovatel'stvo. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-017-8.

- **Tituly s podnázvem**

JANOSIKOVÁ, E.H. a J.L. DAVIESOVÁ, 1999. Psychiatrická ošetrovatel'ská starostlivost: duševné zdravie a psychiatrické ošetrovatel'stvo. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-017-8.

4.3.1.2 TIŠTĚNÉ SBORNÍKY A ČÁSTI MONOGRAFIÍ

Primární odpovědnost k příspěvku, Rok vydání. Název: podnázev příspěvku. In: Primární odpovědnost ke zdrojovému dokumentu. Název: *podnázev zdrojového dokumentu*. Vydání. Místo vydání*: Nakladatel*. Lokace ve zdrojovém dokumentu. Standardní číslo. Údaje o zdrojovém dokumentu (sborníku) jsou od předchozích údajů odděleny částicí „In:“. Role editorů se zapisuje podle dokumentu v rámci

primární odpovědnosti ke zdrojovému dokumentu pomocí zkráceného výrazu umístěného v kulaté závorce „(ed.)“. (* nepovinné údaje)

VZOR:

○ **Příspěvek ve sborníku**

DÓCI, Ivan a Mária KOVÁŘOVÁ, 2003. Zisťovanie stigmy schizofrenie – výsledky výskumu. In: *Aktuálne problémy zdravotného stavu populácie: zborník vedeckých prác z konferencie, 13.–14. mája 2003*. Košice: LF UPJŠ, Ústav sociálneho lekárstva, s. 34–39. ISBN 80-81565-80-5. Dostupný z: <http://www.aib.sk/infos/infos2000/19.htm>

MACÍK, Karel. Marketing vysokých škol – představy a skutečnost. In: *Marketing vysokých škol: sborník příspěvků mezinárodní konference, Projekt Tempus Phare CME 97-3026, Praha 16.-17. března 2000*. Ed. František FREIBERG et al. Praha: Fakulta strojní ČVUT, s. 117-126. ISBN 80-01-02163-7.

○ **Okdaz na část vícesvazkové publikace**

Akademický slovník cizích slov. 1995. I. díl, A-K. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-0523-4.

Ottův slovník naučný: Ilustrovaná encyklopedie obecných znalostí. 1988-1909. Praha: J. Otto, 1988-1909. 28 sv.

○ **Kapitola v knize**

JIRÁSEK, V., 2003. Endoskopické metody. In: KLENER, P. et al. Propedeutika. Vnitřní lékařství, sv. 1. Praha: Galén, Karolinum, s. 156–158. ISBN 978-80-7262-252-8.

NAVRÁTIL, J., 2003. Propedeutika. In: NAVRÁTIL, L. *Vnitřní lékařství pro nelékařské fakulty*. Praha: Manus, s. 45-57. ISBN 978-80-86571-02-5.

MCADAMS, D.P., 1998. The Development of a Narrative Identity. In: BUSS, D.M.; CANTOR, M. (Eds.). *Personality Psychology*. New York: Springer-Verlag.

4.3.1.3 TIŠTĚNÉ SERIÁLOVÉ PUBLIKACE (ČASOPISY, NOVINY, EDICE, ...)

Název: podnázev. Rok vydání. Odpovědnost k seriálové publikaci. Vydání. Údaje o vydávání (data a/nebo čísla). Standardní číslo.

Jestliže se citace vztahuje na celou publikaci, která nebyla dosud uzavřena, zapisuje se chronologické označení nebo číslování pouze prvního svazku (sešitu), po němž následuje pomlčka a mezera.

VZOR:

- **Záznam českého tištěného časopisu (jako celku)**

Národní knihovna: knihovnická revue. 1990- . Národní knihovna České republiky. 1(1). ISSN 0862-7487.

- **Záznam zahraničního tištěného časopisu (jako celku)**

Canadian and international education, 1972. Comparative and International Education Society of Canada. June 1972, 1(1). ISSN 0315-1409.

- **Záznam zahraniční edice tištěných materiálů (jako celku)**

Discussion paper. 1989- . International Finance Corporation, no. 1. ISSN 1012-8069.

4.3.1.4 TIŠTĚNÉ ČLÁNKY V ČASPISECH/NOVINÁCH

Autor, Rok. Název. Název zdrojového dokumentu (noviny, časopis). Lokace ve zdrojovém dokumentu. Číslo svazku. Rozsah (strana od-do). ISSN. Je možné vynechat popisné termíny (ročník/svazek, číslo, strany). Ročník/svazek se píše tučně a číslo se uvádí v kulaté závorce.

VZOR:

○ **Článek v časopise**

MENTLÍK, Václav a Pavel TRNKA, 2011. Aspekty zjišťování spolehlivosti elektrických zařízení – generátorů. *Elektro*. **66**(1), 6-10. ISSN 1210-0889.

GRUBER, J., 2005. Duševní hygiena. *Aperio*. **4**(3), 4-5. ISSN 1214-7389.

○ **Článek v novinách**

Koncepce vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy v České republice. *Učitelské noviny*. 1999, **102**(22), 11-22. ISSN 0139-5718.

4.3.1.5 CITOVÁNÍ SPECIFICKÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

○ **Legislativní dokument vydaný knižně**

Záznam zákona České republiky a jeho novely zveřejněné v tištěné Sbírce zákonů

V pozici primární odpovědnosti je v záznamu uvedeno jméno země (ve smyslu působnosti zákona). Konvenční jméno „ČESKO“ je převzato z národní databáze autoritních záznamů NK ČR a používá se jako záhlaví pro zákony vydané od 1. 1. 1993 a také pro dokumenty vydané do roku 1918. Dokumenty vydané v letech 1918-1992 se uvádějí pod geografickým jménem „Československo“.

VZOR:

ČESKO, 2003. Zákon České národní rady č. 66/1986 Sb. ze dne 20. října 1986, o umělém přerušení těhotenství. In: *Zdravotnictví a právo komentované předpisy*. 2003. Praha: Orac.

ČESKO, 1998. Zákon č. 111 ze dne 22. dubna 1998, o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. **39**, 5388-5419. ISSN 1211-1244. Dostupný z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv/1998/sbirka/1998/sb039-98.pdf>.

ČESKO, 2005. Zákon č. 552 ze dne 20. prosince 2005, kterým, se mění zákon č. 1121/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. In: *Sbírka zákonů České republiky*. **188**, 10776-10773. ISSN 1211-1244. Dostupný z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv/2005/sbirka/2005/sb188-05.pdf>

- **Záznam ministerské vyhlášky ČR zveřejněné v tištěné Sbírce zákonů**

ČESKO, 2004. Ministerstvo životního prostředí. Vyhláška č. 696 ze dne 21. prosince 2004, kterou se stanoví postup zjišťování, vykazování a ověřování množství emisí a skleníkových plynů. In: *Sbírka zákonů, Česká republika*. **235**, 12306-12358. ISSN 1211-1244. Dostupný z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv/2004/sbirka/2004/sb235-04.pdf>.

- **Technické normy**

Označení normy *Název normy*. Mezinárodní klasifikační kód. Pořadí vydání. Místo vydání: vydavatel, datum vydání.

VZOR:

ČSN ISO 690. *Informace a dokumentace - Pravidla pro bibliografické odkazy a citace informačních zdrojů*. 3. vyd. Praha: ÚNMZ, březen 2011.

ISO 5985:2002. *Animal feeding stuffs - Determination of ash insoluble in hydrochloric acid*. 2nd ed. Geneva: ISO, 2002.

ČSN EN 62270. *Automatizace vodních elektráren - Pokyn pro řízení pomocí počítače*. Praha: Český normalizační institut, březen 2005.

ČSN 01 0198. *Formální úprava rešerší*. Praha: Vydavatelství Úřadu pro normalizaci a měření. 1975. Zrušená norma (bez náhrady). Platnost ukončena v březnu 2002.

- **Patenty**

Přihlašovatel. *Název vynálezu*. Podřízená odpovědnost. Poznámky (např. mezinárodní klasifikace). Identifikace dokumentu: Země nebo vydávající úřad. Druh patentového dokumentu. Číslo. Datum vydání.

VZOR:

NOVÁ HUŤ, A. S., OSTRAVA. *Trysková sestava přestupníkového kolena*. Původce vynálezu: Jiří KOSE. Int Cl6 C 10 B 27/06. Česká republika. Patentový spis 279967. 29. 12. 1990.

- **Vysokoškolské kvalifikační práce**

AUTOR, J., Rok vydání. *Název: podnázev*. Místo vzniku. Typ dokumentu. Vysoká škola, Fakulta, Katedra.

VZOR:

ČÍŽKOVÁ, V., 1993. *Problémové úlohy jako prostředek realizace problémové výuky v přírodopise a biologii*. Praha: Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta. Dizertační práce. PřF UK.

KOTĚŠOVSKÁ, L., 2002. *Percepce mnohosti u dětí se specifickými poruchami učení a chování*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Dostupný z: <http://www.pedf.sk/infos/infos2000/19.htm>

PROVÁZEK, Pavel, 2004. *Aplikace zásad posilování po skončení gravidity: závěrečná práce* [online]. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu [cit. 2005-11-02]. Dostupné z: <http://www.bodybuilding.cz/diplomove-prace/posilovani-poskonceni-grav/aplikace-zasad.htm>

○ **Informace získané osobním kontaktem**

Jméno respondenta. Relevantní informace, podle tématu práce. Kde a kdy byl rozhovor veden.

VZOR:

Téma: Odchod sovětských vojsk

Interview s Michaelem KOCÁBEM, bývalým poslancem, 1990-1991 vedl komisi pro odchod sovětských vojsk. Praha 16. 7. 2008.

Téma: Nová vlna

Interview s Michaelem KOCÁBEM, spoluzakladatelem skupiny Pražský výběr. Praha 22. 9. 2010.

4.3.1.6 ELEKTRONICKÉ INFORMAČNÍ ZDROJE

Podrobnosti k některým prvkům popisu:

- základním pramenem údajů je samotný elektronický dokument, příp. doprovodná dokumentace. Údaje uváděné v citaci musejí odkazovat na exemplář dokumentu, který byl viděn nebo užíván při citování. Veškeré údaje mimo dokument se uvádějí do hranatých závorek
- za název uvádíme povinně v hranatých závorkách druh elektronického nosiče - např. [online], [CD-ROM] apod.
- místo údaje o pořadí vydání se u elektronických dokumentů zapisuje údaj o verzích a aktualizacích

- datum citování je povinné u online dokumentů a zapisujeme je v hranatých závorkách za datum vydání např. [cit. 2001-01-24], [cit. 4. dubna 2002]
- údaj o dostupnosti je povinný pro všechny online dokumenty. Uvádí se za výrazem „Dostupné na:...” nebo „Dostupné z:...”
- doprovodný materiál (např. uživatelské příručky) se uvádí do poznámky na konci záznamu
- do poznámky se u disket, CD-ROMů apod. uvádějí též tzv. požadavky na systém, tj. např. model počítače, velikost požadované paměti, název operačního systému a jeho verze, softwarové nároky apod. tak, jak jsou v dokumentu uvedeny

Elektronické seriálové publikace (časopisy, noviny, edice aj.)

Název: podnázev. Rok vydání. [druh nosiče]. Vydání a/nebo Verze. Místo vydání: Nakladatel/Vydavatel, Datum vydání, Datum aktualizace/revize. [Datum citování u online dokumentů]. Standardní číslo. Dostupnost a přístup.

Články v elektronických seriálových publikacích (časopisech, novinách aj.)

Primární odpovědnost k článku. *Název: podnázev článku.* Rok vydání. *Název: podnázev zdrojového dokumentu* [Druh nosiče]. Vydání. Datum vydání zdrojového dokumentu, Svazek (Ročník), Číslo, Datum aktualizace/revize. Lokace v rámci zdrojového dokumentu [Datum citování u online dokumentů]. Standardní číslo. Dostupnost a přístup.

Webová stránka

Název stránky [typ média]. Vlastník stránky. (rok vydání, copyright – nepovinné) [datum citování]. Dostupnost.

VZOR:

- **Příspěvky do elektronických dokumentů**

BROŽOVÁ, S., 2000. Zdroje informací o učitelích na středních školách a jejich vzdělávání v Evropě. In: *Sborník příspěvků: Učitelé a jejich univerzitní vzdělávání na přelomu tisíciletí: mezinárodní konference 23.-25. září 2000* [online]. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta [cit. 2001-01-24]. Dostupné z: <http://www.pedf.cuni.cz/svi/vydavatelstvi/ucitel/konfcz.html>

- **Části elektronických dokumentů**

NAVRÁTILOVÁ, Kristina, 2005. *Cvičení v šestinedělí* [online]. [cit. 2005-11-02]. Dostupné z: <http://www.mojedite.cz/article-detail.php?id=98>

- **Elektronická seriálová publikace jako celek**

Ikaros: Elektronický časopis o informační společnosti, 2001 [online]. Praha: Ikaros, c1998-2001. 10x ročně [cit. 17. dubna 2001]. ISSN 1212-5075. Dostupné z: <http://ikaros.ff.cuni.cz>

Informatorium Fakulty elektrotechnické, 2000 [online]. Praha: Pedagogická Fakulta UK v Praze, listopad 2000 [cit. 2001-04-17]. Dostupné z: <http://www.pedf.cuni.cz/pedf/informator>

Národní knihovna: knihovnická revue 1998 [online]. Národní knihovna České republiky. Praha: Národní knihovna ČR, 1990- [cit. 2006-03-30]. ISSN 1214-0678. Dostupný z: <http://full.nkp.cz/nkkv/NKKR.html>

JEP: The Journal of Electronic Publishing, 2006 [online]. Ann Arbor (MI): University of Michigan 1995- Přerušené vydávání v letech 2003-2005 [cit. 2005-04-20]. ISSN 1080-2711. Dostupný z: <http://www.hti.umich.edu/jjep/>

Forum: časopis Univerzity Karlovy, 2002. Praha: Univerzita Karlova, 1995-2002. ISSN 1211-1724. Dostupný také z: <http://forum.cuni.cz/>

○ **Článek v elektronickém časopisu**

HEMOLA, Hanuš, 2003. Koordinační porada k problematice meziknihovních služeb. *Ikaros* [online]. Leden 2003, roč. 7, č. 1 [cit. 2006-03-30]. ISSN 1212-5075. Dostupný z: <http://www.ikaros.cz/node/1273>

HAGEN, J.H., S. DOBRATZ a P. SCHIRMBACHER, 2003. Electronic Theses and Dissertations Worldwide: Highlights of the ETD 2003 Symposium. *D-Lib Magazine* [online]. vol. 9, no. 7/8 [cit. 2006-03-30]. ISSN 1082-9873. Dostupný z: <http://www.dlib.org/dlib/july03/hagen/07hagen.html>

KUBÁLKOVÁ, Petra, 2006. Instrukce k citování literatury dostupné v prostředí WWW na vysokých školách v ČR. *Ikaros* [online]. 10(12), 23-26 [cit. 11. 10. 2011]. ISSN 1212-5075. Dostupné z: <http://www.ikaros.cz/node/3733>

○ **Webová stránka a webová stránka organizace**

The ABC's of Nuclear Science [online]. Nuclear Science Division - Lawrence Berkeley National Laboratory. Last updated: April 25, 2011 [cit. 11.10.2011]. Dostupné z: <http://www.lbl.gov/abc/>

Univerzita Karlova v Praze, 2004 [online]. Praha: Univerzita Karlova, poslední úpravy 23. 11. 2004 [cit. 2004-12-03]. Dostupné z: <http://www.cuni.cz> Dostupné též na: uk@cuni.cz

4.3.2 POZNÁMKY

Poznámky označujeme většinou v textu horní indexovou číslicí (pouze pro názornost je index vyznačen tučně); mohou být uvedeny na příslušné stránce pod čarou, za kapitolou nebo na závěr práce, a to v pořadí, v jakém je na ně odkazováno v textu. Autor v nich uvádí další podrobnosti, které chce zmínit, ale které přímo nesouvisí s obsahem jeho práce. Poznámky jsou krátké. Delší poznámky je vhodnější zařadit jako samostatnou přílohu.

VZOR:

Monitoring inzerátů pracovních míst ve zdravotnictví

Ve zdravotnictví, stejně jako i v jiných odvětvích, dochází ke stálému pohybu pracovních sil. Vzhledem k tomu, že v programu společnosti LMC (zahrnující internetový portál www.jobs.cz a www.prace.cz) tvoří lékařská místa zhruba dvě až tři procenta z celkového počtu inzerovaných pracovních míst, bylo v této části pro stanovení potřeb lékařů čerpáno z výsledků projektu Riziko odlivu lékařů, v rámci něhož byl realizován monitoring inzerátů volných pracovních míst ve vybraných nemocnicích³.

3. Realizace proběhla v období od září 2005 do srpna 2006 a šetření navazovalo na průzkum ve stejných zdravotnických zařízeních v září 2004 až srpnu 2005. Podrobnější informace o metodice obou šetření jsou zpracovány ve výše uvedeném projektu.

4. Vnitřní lékařství představuje jeden z hlavních medicínských oborů a dělí se na další podobory (s velkým počtem lékařů), poptávka po těchto odbornících je tedy logická a nelze z ní vyvozovat nedostatek lékařů.

Mezi nejvíce vyhledávané profese patří lékaři se specializací z vnitřního lékařství⁴ a stomatologové. Z tzv. malých oborů (tj. oborů s menším počtem lékařů s danou specializací) jsou nejčastěji vyhledáváni specialisté v oboru oftalmologie, pediatrie, chirurgie, radiodiagnostika a patologie (viz Tabulka 2). Zároveň se ukazuje nebezpečný růst potřeby resp. zvýšená poptávka po stomatologích.

Tabulka 2 Srovnání pěti nejžádanějších lékařských specialistů

požadované lékařské specializace v období 2004/2005	požadované lékařské specializace v období 2005/2006
1. vnitřní lékařství (interna)	1. vnitřní lékařství (interna)
2. chirurgie	2. stomatologie
3. ARO	3. oftalmologie
4. gynekologie a porodnictví	4. pediatrie
5. pediatrie	5. chirurgie

Zdroj: Vavrečková, 2007, s. 105.

Metoda poznámek je využitelná také pro bibliografickou citaci přímo na konkrétní stránce pod čarou, což je velmi pohodlné. Nastavení poznámek pod čarou je navíc velice jednoduché. Na druhou stranu je ale nutné i uvedení abecedního seznamu bibliografických citací na konci dokumentu, takže citace v dokumentu jsou uváděny dvakrát, což je samozřejmě práce navíc.

4.3.3 PŘÍLOHY

Do příloh se umísťují rozsáhlé textové výpisy, podrobné popisy zařízení, mapy, ale i tabulky, fotografie, souhlasy např. etické komise, zdravotnického zařízení (k realizování sběru údajů) apod. Pokud jsou přílohy do práce zařazeny, uvede se nejprve jejich úplný seznam. Jednotlivé přílohy označujeme velkými písmeny (pozor písmeno „CH“ se vynechává!) a čísla stránek se píší římskými číslicemi. Každá příloha je zařazena na samostatné straně a její nezbytnou součástí je i uvedení zdroje, ze kterého bylo čerpáno, a to včetně roku vydání a strany. V obsahu se přílohy již nečíslojí a neuvádí se u nich stránka a také nejsou započítávané do celkového rozsahu práce. Jednotlivé přílohy označujeme buď velkým tiskacím písmenem, nebo číslem.

VZOR:

PŘÍLOHY

Příloha A - Charakteristika donošeného novorozence	I
Příloha B - Charakteristika jednotlivých fází edukačního procesu	III
Příloha C – Fotografie	V

Pokud přílohu vytvořil autor práce, je nutné tuto informaci také uvést i včetně roku vzniku.

Součástí příloh je informace o získaných rešerších, a to buď přímo odpověď z knihovny (fotokopie), nebo zápis, který obsahuje informaci o počtu nalezených záznamů vztahujících se k zadaným klíčovým slovům. Také zde platí, že zdroje by neměli být starší než 10 let.

VZOR:

„Příloha D - Rešerše

NÁZEV PRÁCE

Jméno a příjmení autora

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: etika sestry – nurse ethics, historie kompetencí – history of competences, vzdělanost sester – education of nurses, zdravotnický personál – health care personnel

Časové vymezení: 2005-2015

Druhy dokumentů: vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje

Počet záznamů: 62 (vysokoškolské práce: 8, knihy: 29, články a příspěvky ve sborníku: 14, elektronické zdroje: 11)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny: - katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)

- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- online katalog NCO NZO
- specializované databáze (EBSCO, PubMed)“

5 POWERPOINTOVÁ PREZENTACE

Měchura Ondřej

Prezentace písemného projevu prostřednictvím PowerPointu (dále PP) je nedílnou součástí přednášek, všech druhů obhajob a dále i konferencí apod. Při přípravě PP prezentace je nutné dodržovat následující body:

- zohlednit velikost místnosti, kde budeme prezentovat, a to s ohledem na volbu velikosti písma a kontrastu
- volíme pouze jeden druh písma (Times New Roman, Arial, Verdana, Tahoma)
- text je psán velikostí 22–24 bodů, nadpisy 32 bodů, podnadpisy 26–28 bodů
- časový rozsah prezentace je cca 10–15 minut
- prezentováno je cca 13–15 snímků
- na jednom snímku je umístěno cca 5–7 řádků a řádek obsahuje cca 6–7 slov
- graf obsahuje maximálně 6 vertikálních nebo 3 horizontální sloupce
- tabulka má nejvíce 4 sloupce a 6 řádků

Není vhodné, aby byla prezentace složená pouze z tabulek nebo grafů, naopak by měla být vyvážená v zastoupení textu a obrázků s jejich logickou návazností. U všech přejatých tabulek a grafů je nutné uvést jejich zdroj.

Úvodní obrázek obsahuje název práce, jméno autora, název instituce, v rámci které vznikl a časový údaj vzniku. Jednotlivé obrázky mohou obsahovat i logo instituce. Poslední obrázek obsahuje poděkování posluchačům za pozornost.

Autor v rámci PP prezentace seznamuje posluchače se strukturou práce, obsahem jednotlivých částí a nejzajímavějšími výsledky.

5.1 OBHAJOBA PRÁCE

V rámci obhajoby práce by měl student:

- a) shrnout stručně výsledky práce
- b) odpovědět na písemné dotazy oponentů
- c) odpovědět ad hoc na dotazy komise

Vychází se z toho, že členové komise mají k dispozici jak oponentské posudky, tak vyjádření vedoucího práce a exemplář práce. Proto je vhodné při její obhajobě velmi stručně a názorně předložit přínos práce a některá zajímavá zjištění (promítnout graf apod.). Vzhledem k tomu, že odpovědi na otázky oponentů je možné si připravit, je žádoucí, aby (s ohledem na délku prezentace) byly stručné a podložené relevantními argumenty. Také při obhajobě práce je **používán akademický plurál**.

V souvislosti s prezentací práce je potřeba si uvědomit, že pozornost posluchačů je zaměřena na celou osobu prezentujícího. Pozornost je třeba věnovat i verbální a neverbální stránce prezentace. Verbální stránka zahrnuje jasnost, plynulost přednesu a používání správných jazykových výrazů. Nutné je vyvarovat se neodborných a slangových výrazů. Neverbální stránka pak představuje vhodnou úpravu a přiměřený oděv, dále zahrnuje řeč těla – mimiku, gestikulaci, zrakový kontakt, intonaci a rychlost projevu.

5.2 NEJČASTĚJŠÍ CHYBY

Práce s textem

- jednotlivé kapitoly jsou špatně označeny, jsou příliš krátké nebo příliš obsáhlé
- jednotlivé části práce jsou špatně zařazené např. literatura za přílohami

- není respektována stanovená velikost písma, řádkování, chybí stránkování nebo jsou číslovány všechny stránky

Seznam používaných zkratek

- autor seznam vůbec neuvede, přitom text práce zkratky obsahuje
- zkratky nejsou v seznamu řazeny abecedně
- autor nezpracuje seznam zkratek a použité zkratky v textu nevysvětlí při jejich prvním uvedení
- autor používá zkratky v nadpisech
- běžné zkratky jako například – např., viz, hod., t.j., atd., apod. se nevysvětlují
bakalářské práce vznikají ve vysokoškolském prostředí a zkratky tohoto druhu jsou čitatelům již známé

Interpunkce

- místo závorky je použito lomítko, které nerozlišuje začátek a konec

Jazyková čistota textu

- v každé práci je nutné dodržovat jazykovou čistotu, tedy buď používáme výrazy v jazyce českém, nebo v jazyce latinském
- velmi často jsou v jednom odstavci nebo i větě používány kombinace obojího jako např. slepé střevo a appendix
- velmi často dochází také ke komolení odborných výrazů a k používání jejich slangového ekvivalentu

- pozor na dodržování jednotného jazykového stylu v celém textu, tzv. akademického plurálu

Errata

- v textu se vyskytují chyby a errata nejsou vložena resp. chybí

Seznam obrázků, tabulek a grafů

- seznam chybí nebo u jednotlivých tabulek, obrázků a grafů není uvedena strana
- v souvislosti s jednotlivými obrázky, tabulkami a grafy upozorňujeme na nutnost (pokud jsou přejaté) uvádět údaj (zdroj) o jejich původu, a to včetně strany
- pokud obrázky, tabulky a grafy vytváří sám autor, je také nutno tuto skutečnost uvést

Seznam použitých odborných výrazů

- seznam chybí nebo není zpracován podle abecedy
- pozor na záměnu vypsání zkratky slovy a její vysvětlování
- u seznamu odborných výrazů není uveden zdroj nebo následně tento zdroj není uveden v seznamu literatury

Struktura odevzdávané práce

- práce je obsahově nevyvážená, tedy je patrný nepoměr mezi teoretickou a empirickou částí práce. K tomuto stavu zpravidla dojde, když si pisatel zvolí problematiku, která je podložena množstvím odborné literatury a ve snaze popsat řešené téma co nejširěji předimenzuje teoretickou část. Typickým

příkladem je popisování anatomické stavby. O obsahové nevyváženosti mluvíme při poměru např. 40 stran teoretické části k 20 stránkám části empirické

- další častou chybou je, že není oddělena část teoretická od části empirické. Součástí empirické části není stanovení cílů průzkumu, nejsou stanoveny průzkumné otázky nebo jsou špatně formulované, chybí popis a odůvodnění zvolené metodiky eventuálně charakteristika průzkumného vzorku
- Součástí empirické části není stanovení cílů průzkumu nebo výzkumu, nejsou stanoveny průzkumné otázky nebo jsou špatně formulované hypotézy (neobsahují proměnnou), chybí popis a odůvodnění zvolené metodiky eventuálně charakteristika průzkumného/výzkumného vzorku
- nezbytnou součástí práce je zařazení diskuze vázané k již publikovaným výsledkům uvedeným v empirické části a z této diskuze pak pramení i doporučení pro praxi, která zahrnují konkretizaci jednotlivých dopadů pro laickou nebo odbornou veřejnost

Abstrakt

- abstrakt neobsahuje všechny požadované identifikační údaje v hlavičce
- text abstraktu nedodržuje stanovený počet znaků nebo nemá požadovaný obsah
- součástí abstraktu nejsou klíčová slova
- klíčová slova jsou nevhodně zvolena a nevedou k identifikaci textu, jsou psána s malým počátečním písmenem nebo nejsou abecedně řazená

Úvod

- klinická otázka není formulovaná ve formátu PICO(T)
- není uveden popis rešeršní strategie

- autor ambiciózně určuje práci nebo její výstupy jak odborníkům, tak i laické veřejnosti

Teoretická část

- kapitoly neobsahují text nebo jen jeden odstavec a hned je uvedena rozsáhlá podkapitola

Diskuse

- v rámci diskuse neprobíhá polemika zjištěného stavu s údaji v odborné literatuře event. s vlastním názorem ve vztahu ke zjištěným datům
- diskuze obsahuje pouze interpretaci výsledků
- při formulování doporučení pro praxi jsou používány nekonkrétní a obecné proklamace

Doporučení pro praxi

- úplně chybí
- obsahuje obecné proklamace
- není zřejmé, komu a co je doporučováno

Závěr

- závěr je zaměřen s diskusí nebo zcela chybí
- autor opět nepoužívá akademický plurál

Citace

- přímé citace jsou v textu nesprávně označeny, např. jsou používány najednou oba způsoby označení (kurzíva i uvozovky), nebo jsou způsoby označení v jedné práci používány oba (někde uvozovky a jinde kurzíva)
- za přímou citací je v závorce uveden pouze autor a rok vydání, ale chybí číslo strany
- u jména autora v závorce není dodržena jednotnost uvádění. Tedy psáno buď tiskacím písmem, nebo jen s velkým počátečním písmenem

Zdroje informací

- v textu chybí odkazy na použitou literaturu a informační zdroje
- opomíjené jsou internetové zdroje
- v seznamu odborné literatury, pokud je použit Harvardský styl, nejsou bibliografické zdroje seřazené podle abecedy
- nepochopení systému citování při použití číselného systému a stále dodržování abecedního pořadí autorů
- jména autorů nejsou uváděna jednotně např. Kaucký, Ivan/KONRÁD, L./KOPECKÁ, Jana
- literární zdroje uvedené v textu jako citace nejsou zahrnuté v seznamu odborné literatury
- v seznamu odborné literatury jsou uvedeny zdroje, ze kterých autor při zpracování práce nečerpá

Přílohy

- v přílohách není zařazen souhlas instituce s realizováním sběru dat nebo podkladů

- jednotlivé přílohy nejsou označeny písmenem, ale číslem
- příloha je označena písmenem“CH“
- u příloh není uveden zdroj
- pokud se jedná o materiály, které autor sám vypracoval, není tato skutečnost na materiálu uvedená, a to včetně informace, že materiál je součástí práce, která vznikla na vysoké škole

PowerPointová prezentace

- autor vytvoří použitím různých druhů písma, množstvím obrázků a tabulek doprovázených zvukovými a dalšími animacemi zábavnou show, která naprosto odvede pozornost od obsahu prezentace. Naopak záplava textu psaného malým písmem na nekонтрастním pozadí bez tabulek a obrázků je zbytečnou námahou autora a posluchače nezaujme
- chyby ve verbálním projevu mohou být zapříčiněny nervozitou. Řečník se zakoktává, přeřikává, používá slangové výrazy, mluví příliš potichu nebo příliš rychle
- neverbální stránka také představuje významný prvek při celkovém hodnocení. Nevhodná extravagantní nebo naopak nulová úprava (více než pět doplňků u žen, silné parfémy nebo nedostatečná hygiena) a nepřiměřený oděv (špinavý, vyzývavý, sportovní). Nevhodné jsou průsvitné, flanelové, kožené a džínové materiály. Dále tzv. řeč těla – mimika, gestikulace a nedostatečný zrakový kontakt může negativně ovlivnit celkový dojem
- velkou chybou je stát zády k auditoriu nebo komisi a číst text uvedený na jednotlivých obrázcích!

V celém textu je nutné dávat pozor na porušení autorského zákona (uvádění např. obrázků, symbolů, log z webových stránek). Také uvedení názvu výrobků, firem apod. může být vnímáno jako propagace nebo skrytá reklama.

6 AUTORSKÝ ZÁKON A JEHO APLIKACE

Mauritzová Ilona a Petr Hulinský

Jednotlivé státy si vypracovávají vlastní zákony chránící autorství – autorské zákony. Tyto zákony se v jednotlivých zemích nejen liší, ale i mění, proto je nevyhnutelné orientovat se v konkrétní situaci podle nejnovější právní normy.

Zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), v platném znění zajišťuje autorské právo k literárním, vědeckým a uměleckým dílům – copyright ©:

- nevztahuje se na právní předpisy a rozhodnutí, veřejné listiny, úřední spisy, denní zprávy, projevy
- autorské právo je nepřenosné, platí po dobu autorova života a ještě 70 let po jeho smrti (§ 27)
- kopírování vědeckých a uměleckých děl je možné jen pro vlastní potřebu (ke studiu, vlastní četbě), nikoliv pro obchodní účely
- předkladatel práce je ze zákona jejím jediným autorem (§ 5, odst. 1). Školitel, konzultant, případně vedoucí práce není ani ze zákona (§ 8, odst. 2), ani z podstaty věci spoluautorem. Práci předkládá sám uchazeč jako podklad pro získání profesní kvalifikace nebo k získání příslušného titulu

6.1 COPYRIGHT

Copyright (značka ©) je právní termín označující zabezpečení autorských práv na díla, která majitel copyrightu vytvořil. Neexistuje „mezinárodní“, „univerzální“ copyright, který by chránil jakékoliv dílo na celém světě. Většina zemí

však podepsala **Bernskou konvenci a Všeobecnou copyrightovou konvenci** (Universal Copyright Convention, UCC), na základě kterých je chráněný produkt autora i v zemích, kde není státním příslušníkem.

Podle UCC se vyžaduje uvedení poznámky o copyrightu ve tvaru Copyright, značka Copyrightu, rok prvního publikování a jméno vlastníka copyrightu (např. Copyright © 2002 Jan Golden). Práci nebo její část chráněnou copyrightem možno obvykle použít na edukační, nekomerční účely. Při každém, i přiměřeném použití, musí být uveden odkaz na zdroj a autora práce. Práce se nemůže měnit, nebo modifikovat, může se však komentovat, parafrázovat.

Zákony copyrightu garantují autorovi jako držiteli *exkluzivní práva* na reprodukci, vytvoření odvozených prací, na prodej a distribuci a zveřejnění práce. Takováto práva má *vylučně* autor výtvaru, ne jeho uživatel nebo někdo jiný (mimo situaci, když tato práva přenesl na někoho jiného, na jiný subjekt).

Kdy začíná ochrana autorských práv? Jak již bylo uvedeno, ochrana se nevztahuje na vlastní myšlenkový obsah, ale jen na jeho tvořivé ztvárnění, začíná tedy v momentě, kdy byla práce vytvořena a fixovaná v jakékoliv vnímatelné podobě (např. při tvorbě počítačového produktu začíná v momentě, kdy je uložena na hard disk, v případě knihy to může být po dokončení rukopisu, ale i po dokončení jednotlivé části apod.). Od tohoto momentu je možné přiložit k práci značku copyrightu © bez ohledu na to, zda byl produkt registrovaný nebo ne.

Výtvar konkrétního autora je však chráněný i tehdy, když symbolem © není označený. Jiný zájemce může používat takovýto produkt jen po získání písemného souhlasu autora a v rozsahu, který autor určil. Dílo chráněné copyrightem nesmí být bez souhlasu použito v jakékoliv formě, ať už jde o kopie, reprodukce, distribuci nebo komerční použití.

Jako užití neporušující copyright (*fair use*) se hodnotí použití části nebo celého produktu chráněného copyrightem na mediální účely (novinové články, zprávy), na výzkum nebo vzdělávání související s produktem. Jakékoliv jiné použití třeba jen části produktu/práce se hodnotí jako „neférové použití“.

Rozdíl mezi „férovým“ použitím a porušením copyrightu může být nejasný a nedá se vždy přesně vymezit nebo definovat. Rozsah „čestného“ použití produktu není možné definovat počtem slov či řádků, i když se můžeme setkat s tím, že za přijatelné použití se pokládá například text v rozsahu 150-250 slov nebo do 500 znaků.

Za porušení copyrightu (tj. použití práce nebo její části bez souhlasu autora) se pokládá přenesení části práce jakoukoliv formou do nového prostředí (kopírování, skenování, fotografování nebo jiná forma reprodukce – mimo kopie pro vlastní potřebu). Je slušné a právně přiměřené raději požádat autora produktu o povolení použít část jeho práce pro vlastní potřebu (nesmí být komerční), než se vystavit potencionálnímu porušení zákona o copyrightu. V této souvislosti upozorňujeme, že ne vždy se „povolení“ na použití části produktu poskytuje zadarmo, někdy můžou být poplatky poměrně vysoké a povolení se omezuje jen na určité období, případně na jedno vydání knihy, jednu jazykovou mutaci nebo jen na určitý účel a žádný jiný.

Kdy skončí platnost copyrightu a dílo se stává veřejným vlastnictvím? Přesto, že lokální legislativa je v této oblasti relativně pestrá, respektují se v zemích, které podepsaly Bernskou konvenci, určité společné zásady. Podle nich copyright trvá po dobu života autora a dále ještě minimálně 50 let po jeho smrti. Jednotlivé země si můžou upravit pravidla podle svých zvyklostí, minimálně však v uvedeném rozsahu.

Fakta, databáze a kompilace nemůžou být chráněné copyrightem, protože ochrana se vztahuje na tvořivý aspekt, ne na fakta obsažená v databázi nebo kompilaci.

Veřejná sféra (public domain) zahrnuje také práce, které nejsou chráněné copyrightem a jsou veřejně přístupné. Můžou se používat kýmkoliv, kdekoliv a kdykoliv bez povolení, licence nebo poplatku. Takovýmto veřejným vlastnictvím se může stát produkt/výtvor tehdy, když skončí období copyrightu nebo se autor copyrightu vzdal. Copyright může být také přenesený na jiného autora/jinou stranu po písemném prohlášení.

Všechna pravidla o ochraně autorských práv se vztahují i na seminární a ročníkové práce a explicitně na práce závěrečné (bakalářské - Bc., diplomové - Mgr., doktorandské - PhDr., Ph.D. a habilitační - doc., prof.).

6.2 ELEKTRONICKÉ INFORMAČNÍ ZDROJE A AUTORSKÁ PRÁVA

Ve světové informační síti internet je k dispozici velké množství odborných informací. Informace získané z volně dostupných zdrojů však mohou přinášet uživatelům i **některé problémy** (například nejistotu z hlediska důvěryhodnosti informací, jejich nestálost v dostupnosti nebo nespolehlivost). Základním zprostředkovatelem a poskytovatelem kvalitních informací nadále zůstávají tradiční (klasická) vydavatelství, i když jejich metody a formy práce se výrazně mění.

Zajímavá je otázka ochrany autorských práv v době globalizace internetu. Jeho uživatelé si často neuvědomují, že i informace dostupné na internetu, texty, kódy, obrázky, video a hudba jsou chráněné copyrightem a myslí si, že z něj mohou cokoliv kopírovat do vlastního počítače. Je to však nesprávný názor. Minimálně údaje označené značkou copyrightu © jsou chráněné stejně jako jiné formy takto označených produktů. Například když jsou obrázky na webové stránce „volně“ použitelné (tj. neplatí se za ně), neznamená to, že po stáhnutí se jejich příjemce může chránit značkou copyrightu a stát se jejich vlastníkem. *Většinou získává jen právo použít zveřejněné materiály podle pravidel, která určil vlastník webové stránky* (např. nepřeje si měnit obrázek, dovoluje použít obrázek jen pro vlastní potřeby, nebo pro edukační účely).

Je třeba si pamatovat, že značka © na dolním okraji webové stránky se vztahuje jen na obsah, který jsme sami vytvořili, nevztahuje se na nic z toho, co jsme na svoji webovou stránku stáhli z jiné webové stránky.

Povinnost samostatně vypracovat seminární, ročníkové a bakalářské práce vyplývá studentovi ze zákona, stejně jako povinnost zúčastnit se osobně na příslušné obhajobě.

I na školní práce a jejich autora se vztahují paragrafy týkající se ochrany autorských práv, a proto není potřebné zdůrazňovat autorství písemnou formou v úvodních částech písemných seminárních, ročníkových a bakalářských prací ve formě čestného prohlášení. Rozhodujícím a právně jediným relevantním faktem se všemi eventuálními následky je to, že autor je uvedený v práci jako autor a vztahuje se na něho autorský zákon a autorské právo (zákon č. 121/2000 Sb.).

Autorem díla, a tedy i seminární, ročníkové a bakalářské práce je podle autorského zákona fyzická osoba, která vlastní tvořivou činností vytvoří dílo (tedy i student).

Autor jakékoliv školní práce je povinný v seznamu bibliografických odkazů uvést všechny použité prameny a zdroje v souladu se zákonem. Je samozřejmé, že všechna pravidla o ochraně autorských práv se vztahují i na seminární, ročníkové a bakalářské práce; dokonce to platí i tehdy, když jsou příslušné části práce jiných autorů „parafrázované“, musí se uvést původní zdroj informace (reference), jinak se jedná o plagiátorství. Když je třeba, může v předmluvě uvést, že dokumenty chráněné copyrightem byly použity, kopírovány, přebrány se souhlasem autora, copyrightových organizací apod. Pochopitelně, použité zdroje se mohou uvést na příslušných místech práce. Přitom je třeba si pamatovat, že copyrightem mohou být chráněné i nepublikované a elektronické dokumenty.

Na vysokých školách se práce pokládají za školní díla (§ 35, odst. 3, „autorského zákona“). V případě školního díla se škole umožňuje použít dílo bez souhlasu autora v rozsahu uvedeném v zákoně (§ 31 a § 35 výše uvedeného zákona). Škola má také nárok získat od autora díla souhlas (licenci) na použití díla. Ochrana investic školy je také upravena v uvedeném zákoně.

SEZNAM LITERATURY

ANON, 2011. Změny v bibliografickém záznamu. *Pedagogika*. **51**(2), 389-393. ISSN 0031-3815.

ANON, 2008. Systém Masarykovy univerzity na odhalování plagiátů již může využívat 17 škol. *Aula*. **16**(2), 69-70. ISSN 1210-6658.

BRATKOVÁ, E., 2010. Co přináší třetí vydání mezinárodní normy ISO 690:2010. *Ikaros* [online]. **14**(9) [cit. 06-02-2011]. URN-NBN:cz-ik6358. ISSN 1212-5075. Dostupné z: <http://ikaros.cz/node/6358>

BÁRTLOVÁ, S., P. SADÍLEK a V. TÓTHOVÁ, 2006. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-416-X.

ČSN ISO 690: 2010, 2011. *Informace a dokumentace – Pravidla pro bibliografické odkazy a citace informačních zdrojů*. Praha: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví. Třídící znak 01 0197.

DVOŘÁKOVÁ, M. a V. JANŮ, 1999. *Jak psát diplomovou práci*. 2. přeprac. vyd. Praha: Credit. ISBN 80-213-0494-4.

FARKAŠOVÁ, D., 2006. *Výzkum v ošetrovatelství*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-229-4.

GEISLEROVÁ, L., 2008. *Ošetrovateľská péče o pacientku s dg. diabetes mellitus*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, Katedra ošetrovatelství.

GLOGAR, A., 2001. *Metodický manuál pro vypracování bakalářské a diplomové práce*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, Fakulta managementu a ekonomiky. ISBN 80-7318-011-1.

HANIČÁKOVÁ, N., 2013. *Kvalita života pacienta se stomií*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, Katedra ošetřovatelství.

HENDL, J., 2006. *Přehled statistických metod zpracování dat*. 2. opr. vyd. Praha: Portál, 2006. 583 s. ISBN 80-7367-123-9.

HRINOVÁ, L., 2013. *Kvalita života pacienta s Crohnovou chorobou*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, Katedra ošetřovatelství.

HULINSKÝ, P., 2010. *Trestněprávní minimum pro občany*. Praha: POLICE HISTORY. 360 s. ISBN 80-254-8403-6.

HUŠÁK, V., 2007. *Jak napsat publikaci? Jak připravit prezentaci?* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta. ISBN 80-244-1736-3.

NOVOTNÝ, F., J. SOUČEK, B. PIKNA, M. VOLEVECKÝ, P. KŘEPELKA, J. KOLOUCH a P. HULINSKÝ, 2007. *Trestní právo hmotné*. 2. roz. vyd. Plzeň: Aleš Čeněk. 379 s. ISBN 80-7380-083-3.

KOUBOVÁ, D., 2013. *Praxe založená na důkazech se zaměřením na nefarmakologické tlumení chronických bolestí hlavy* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetřovatelství. Bakalářská práce [cit. 06-08-2015]. Dostupné z: <http://portal.upol.cz/wps/portal/StudyingAndTeaching/>

JAHODOVÁ, I., 2009. *Pády seniorů – ošetřovatelský problém*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctví a sociální práce svätej Alžbety. Diplomová práce. VŠZaSP, Katedra ošetrovateľstvá.

JAROŠOVÁ, D., 2014. *Ošetrovateľstvá založené na dôkazoch*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-5345-4.

JAVORSKÁ, K., 2012. *Kvalita sexuálneho života klientů po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctví a sociální práce svätej Alžbety. Bakalářská práce. VŠZaSP, Katedra ošetrovateľstvá.

KÁBRT, M., 2011. *Aplikovaná statistika* [online]. Test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce [cit. 18-08-2015]. Dostupné z: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/index.php>

KLAPKA, O., 2013. *Role sestry ve screeningu kolorektálního karcinomu*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, Katedra ošetrovateľstvá.

KRATOCHVÍLOVÁ, I., 2008. *Eutanázie ano či ne*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, Katedra ošetrovateľstvá.

LAMASOVÁ, A., 2013. *Prevence pohlavně přenosných chorob*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, Katedra ošetrovateľstvá.

MASTILIAKOVÁ, D., 2002. *Úvod do ošetrovateľstvá*. I. díl. Systémový přístup. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0429-9.

MEŠKO, D., D. KATUŠČÁK, J. FINDRA a kol., 2005. *Akademická příručka*. 2. vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-200-6.

MICHALÍK, P., Z. ROUB a V. VRBÍK, 2002. *Zpracování diplomové a bakalářské práce na počítači*. Plzeň: ZČU. ISBN 80-7082-921-4.

PEŠKOVÁ, V., 2008. *Migréna u žen středního věku*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, Katedra ošetřovatelství.

POLIŠČÁKOVÁ, K., 2013. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s graves - basedowovou chorobou*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, Katedra ošetřovatelství.

POSPÍŠILOVÁ, Z., 2013. *Karcinom děložního hrdla a možnosti jeho prevence*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, Katedra ošetřovatelství.

SOUDSKÁ, D. a J. BÍLKOVÁ, 2003. *Pravidla pro bibliografické citace* [online]. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2003 [cit. 11-05-2003]. Dostupné z: <http://beta.pedf.cuni.cz/biblcit.htm>

SNÁŠELOVÁ, A., 2008. *Míra informovanosti žen o prevenci karcinomu prsu*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, Katedra ošetřovatelství.

SPOUSTA, V., 2000. *Vádemékum autora odborné a vědecké práce: (se zaměřením na práce pedagogické)*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. ISBN 80-210-2387-2.

STUHLÍKOVÁ, K., 2012. *Edukační proces u pacienta s diagnózou myastenia gravis*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. Seminární práce. Vysoká škola zdravotnická, Katedra ošetrovatelství.

SYSEL, D., H. BELEJOVÁ a O. MASÁR, 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno: Tribun. ISBN 80-2630-001-4.

WEBER-VULFF, D., Ch. MÖLLER, J. TOURAS a E. ZINCKE, 2013. Plagiarism Detection Software Test 2013 [online]. [Http://plagiat.htw-berlin.de/](http://plagiat.htw-berlin.de/) [cit. 2015-08-25]. Dostupné z: <http://plagiat.htw-berlin.de/software-en/test2013/report-2013/>

VOJTĚCHOVÁ, V., 2009. *Etické zásady v ošetrovatelské praxi*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, Katedra ošetrovatelství.

VOKURKA, M. a J. HUGO, 2010. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-202-5.

VOSTRIKOVÁ, I., 2010. *Ošetrovatelská péče u pacienta s roztroušenou sklerózou mozkomíšní*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, Katedra ošetrovatelství.

ZVÁROVÁ, J., 1998. *Základy statistiky pro biomedicínké obory*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998. 215 s. ISBN 80-7184-786-0.

PŘÍLOHY

Příloha A - Vzor šablony

Příloha B - Směrnice rektorky k zadávání, úpravě, odevzdávání a zveřejňování
bakalářských prací

Příloha C - Vzor Úvodu

Příloha D - Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Příloha E - Příklady průzkumů realizovaných v rámci bakalářských prací

Příloha F - Formulace klinické otázky

Příloha G - Chyby při tvorbě otázek dotazníku

Příloha H - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské
práce

Příloha I - Statistické zpracování dat

Příloha J - Kazuistika: obor zdravotnický záchranář

Příloha K - Ošetrovatelský proces u pacientky s akutním infarktem myokardu

Příloha L - Příklad zpracování ošetrovatelské diagnózy u pacienta s akutní
pankreatitidou dle NANDA I taxonomie II

Příloha M - Edukační listy

Příloha N - Příklad zpracování edukačního procesu

Příloha O - Citování podle normy ČSN ISO 690: 2010

Příloha P - Pokyny k odevzdávání bakalářské práce

Příloha Q - Postup pro zasílání bakalářských prací ke kontrole originality

Příloha R - Doklad o převzetí bakalářské práce

Příloha S - Přihláška na státní závěrečnou zkoušku v akademickém roce 20../20..

Příloha A

Pokyny pro příspěvky mezinárodního recenzovaného sborníku na téma:

Téma vychází ze strategického vládního usnesení o přijetí **Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012**. Program předpokládá, že ke zvýšení kvality života ve stáří a k úspěšnému řešení výzev spojených s demografickým stárnutím je třeba akcentovat myšlenku inkluzivní mobility. Publikace prezentuje soubor vzájemně se doplňujících prací, které informují o současném stavu výzkumu předmětné oblasti přípravy na stárnutí populace v České republice i v zahraničí.

Prioritní témata sborníku:

aktivní stárnutí, prostředí a komunita vstřícná ke stáří, inkluzivní mobilita hendikepovaných osob, zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří, podpora rodiny a pečovatелů, podpora participace na životě společnosti.

Soubor s rozsahem cca 10 stran textu (včetně obrázků) nazvěte:

prijmeni_jmeno_pns.doc (ve verzi WORD 2000) a do předmětu zprávy uveďte

prijmeni_jmeno_pns.

Příspěvek, prosím, vpisujte přímo do šablony.

Členění příspěvku:

Název příspěvku v českém (slovenském) jazyce

Název příspěvku v anglickém jazyce

Jméno autora včetně titulů

pracoviště

tel.kontakt, mail kontakt

ABSTRACT:

text v anglickém jazyce - maximálně 1000 znaků.

ABSTRAKT:

Text v českém (slovenském) jazyce - maximálně 1000 znaků.

Vlastní text, obrázky, tabulky a grafy v černobílém provedení v **JEDNOTNÉ** úpravě vkládejte přímo do připravené šablony doc.

LITERATURA:

[1]PŘÍJMENÍ AUTORA, Iniciála jména. Název díla. In: *Název časopisu*. Rok vydání, ročník, číslo, strany od-do. ISSN.

[2]PŘÍJMENÍ AUTORA, Iniciála jména., Iniciála jména. PŘÍJMENÍ SPOLUAUTORA. *Název díla*. Místo vydání: vydavatel, rok vydání. Počet stran. ISBN.

[3]webová stránka Instituce <http://www.institute.cz/polozka> (on-line XX.XX.2011).

Kapitoly jednotlivých autorů budou otištěny bez úprav a neprojdou jazykovou korekturou.

Název příspěvku v českém jazyce

Název příspěvku v anglickém jazyce

Jméno autora včetně titulů

pracoviště

tel. kontakt, mail kontakt

ABSTRACT:

Text v anglickém jazyce - maximálně 1000 znaků. text text text text text text text text text text text text text text text text text text.

text text.

ABSTRAKT:

Text v českém jazyce - maximálně 1000 znaků. text text text text text text text text text text text text text text text text text text.

text text.

1 Nadpis

text text text text text text text text text text text text text text text text
text text text text text text text text text text text text text text text text.

text text text text text text text text text text text text text text text text
text text text text text text text text text text text.

1.1 Podnadpis

text text text text text text text text text text text text text text text text text
text text text text text text text text text text text text text text text text text
text text text text text text text text text text text.

1.1.1 Pod podnadpis

[illegible]

obr. 1 – Příklad obrázku, grafu

text text text text text text text text text text text text text text text text
text text text text text text text text text text.

tab. 1 – Příklad tabulky



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.

se sídlem Duškova 7, Praha 5, PSČ 15000

Směrnice

rektorky

Vysoké školy zdravotnické, o. p. s.

č. 2/2016

K zadávání, úpravě, odevzdávání a zveřejňování bakalářských prací.

Tato směrnice stanovuje termíny schvalování témat a termíny odevzdávání bakalářských prací. Dále předepsanou strukturu, jednotnou formální úpravu, způsob jejich odevzdávání, uchovávání a zveřejňování na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách, ve znění změn a doplňků.

Vydáno dne: 1. 8. 2016

Účinnost dne: 1. 8. 2016

Zadávání, formální úprava, odevzdávání a zveřejňování bakalářských prací

Preamble

Bakalářskou prací student zejména prokazuje schopnost samostatného tvůrčího řešení širších problémů daného studijního oboru, formulovat ucelený odborný text, pracovat s odbornou literaturou a aplikovat získané vědomosti a dovednosti v praxi.

Článek I

Témata bakalářských prací vypisuje rektor a studenti druhých ročníků podají nejpozději do 15. 4. písemnou žádost o schválení tématu bakalářské práce. Studenti kombinované formy přijatí po úspěšném absolvování shodného studijního oboru na VOŠZ podávají písemnou žádost o schválení tématu bakalářské práce nejpozději do 15. 10. Student si může vybrat téma bakalářské práce z témat vypsanych rektorem, popř. navrhne rektorovi vlastní téma.

Rektor schvaluje téma, vedoucího a oponenta bakalářské práce, kterým je akademický pracovník školy nebo jiný odborník z praxe s vysokoškolským vzděláním ukončeným rigorózní zkouškou (ev. probíhající doktorandské studium). Výjimky jsou možné v odůvodněných případech (významný odborník z praxe, neexistence rigorózního řízení, supervize akademického pracovníka VŠZ v HPP apod.).

Článek II

Při tvorbě bakalářských prací je nutné respektovat státní normy vztahující se k formálním požadavkům na písemné práce a na citování dokumentů a požadavky stanovené školou.

Článek III

Bakalářskou práci studenti odevzdávají do 31. 3., a to v trojím vyhotovení (dvě ve tvrdé vazbě, jednu hřebenovou vazbu) v předepsané úpravě a digitální verzi totožnou s verzí tištěnou v elektronickém dokumentu na CD nebo DVD v konverzi do formátu PDF. Součástí práce je originál a kopie zadání a čestné prohlášení studenta, že práci vypracoval sám a uvedl v seznamu veškerou použitou odbornou literaturu a práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického. Pokud student z vážných důvodů neodevzdá bakalářskou práci v určeném termínu, určí mu rektor náhradní termín pro její odevzdání, a to na jeho žádost.

Článek IV

Posudky se vypracovávají písemně na předepsaných formulářích. Součástí dokumentace k bakalářské práci je i výsledek kontroly originality závěrečné práce (tolerovaná míra shody textu práce s databází originálních textů je 20 %, k vyššímu % shody se vyjadřuje komise pro Státní závěrečnou zkoušku). Bakalářská práce, která prošla kontrolou originality, musí být obhajována. Obhajoba proběhne i v případě, že práce není doporučena k obhajobě vedoucím/oponentem nebo i oběma. Rektor umožní studentovi nejpozději 7 pracovních dnů před obhajobou bakalářské práce seznámit se s posudky. Bakalářské práce (včetně posudků) odevzdané k obhajobě budou pět dnů před jejím konáním uloženy v kanceláři rektora školy. Ze zveřejněných prací je možné si pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo kopie.

Článek V

Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje bakalářské práce, u kterých proběhla úspěšně obhajoba, včetně posudků, výsledků originality a záznamu o průběhu výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, která je přístupná:

- prezenční formou prostřednictvím databáze bakalářských prací v knihovně školy, a to jak v tištěné, tak i v elektronické podobě
- prostřednictvím informačního systému školy na SharePointu (Knihovny → Bakalářské práce).

Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce.

V Praze dne 1. 8. 2016

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

Příloha C

VZOR

„ÚVOD

Praxe založená na důkazech je aplikací teoretických závěrů vědecko-výzkumné činnosti při poskytování profesionální ošetrovatelské péče s ohledem na klinické zkušenosti ošetrovatelských profesionálů a holistické pojetí klienta spolu s jeho osobními zájmy a preferencemi (CILISKA et al., 2001, s. 520). Základním stavebním prvkem této vědecké oblasti ošetrovatelství je jedna ze základních rolí sestry a to role výzkumná. Vysokoškolsky vzdělaní ošetrovatelští profesionálové, kteří jsou k této výzkumné činnosti vedeni, svou prací přispívají nejen k rozvoji samotného ošetrovatelství jakožto vědního oboru, ale také produkují výsledky založené na validních důkazech, které při svém správném využití v praxi mohou zajistit kvalitní a efektivní ošetrovatelskou péči.

Poznatky získané výzkumnou činností mohou být nelékařskými zdravotnickými pracovníky aplikovány při řešení individuálních ošetrovatelských problémů, jakým je i chronická primární bolest hlavy. Skutečnost, že se s touto diagnózou mohou všeobecné sestry během své praxe setkat velmi často, potvrzují i epidemiologická data z roku 2010, jež ukazují, že chronickými bolestmi hlavy trpí až 4% Evropské populace, kdy nejvíce postiženými jsou ženy mezi 20 a 50 roky (STOVNER, 2010, s. 295).

Informace založené na důkazech prezentované v této bakalářské přehledové práci mohou být využity zdravotnickými pracovníky pro informování osob trpících tímto onemocněním, u kterých farmakologická léčba nepřinesla očekávané výsledky, vyvolala vedlejší nežádoucí účinky nebo byla ze zdravotních důvodů kontraindikována. V neposlední řadě mohou být tyto informace alternativou i pro jedince, kteří si užívání medikamentů z jakéhokoli důvodu nepřejí.

Využívání těchto nefarmakologických intervencí všeobecnými sestrami při tišení chronických bolestí hlavy dokládá klasifikace ošetřovatelských intervencí (Nursing Interventions Classification), která pro diagnózu chronická bolest doporučuje intervence, jako masáže, relaxace a autogenní trénink, biologická zpětná vazba, pohybová aktivita a další, jež jsou zahrnuty i v této bakalářské práci.

Hlavním záměrem přehledové bakalářské práce bylo předložit dohledané publikované poznatky založené na kvalitních vědeckých důkazech dokládající míru účinnosti vybraných nefarmakologických intervencí při tišení chronických primárních bolestí hlavy.

Pro tvorbu přehledové bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1.

Předložit dohledané publikované poznatky o vlivu alternativních nefarmakologických intervencí na chronické primární bolesti hlavy u dospělé populace.

Cíl 2.

Předložit dohledané publikované poznatky o vlivu psychoterapeutických intervencí na chronické primární bolesti hlavy u dospělé populace.

Cíl 3.

Předložit dohledané publikované poznatky o vlivu fyzikálních nefarmakologických intervencí na chronické primární bolesti hlavy u dospělé populace.

Formulace specifické otázky ve formátu PICO:

P (pacient): dospělá osoba trpící chronickou primární bolestí hlavy

I (intervention): nefarmakologické metody

C (porovnání intervencí)

– alternativní intervence: akupunktura, homeopatie, jóga

- psychoterapeutické intervence: biologická zpětná vazba, relaxace a autogenní trénink, kognitivně behaviorální terapie
- fyzikální intervence: fyzioterapie, pohybová aktivita, masáže, transkutánní elektrická neurostimulace

O (požadované výsledky): poznatky o vlivu nefarmakologických intervencí při tlumení chronických primárních bolestí hlavy založené na důkazech

Na základě těchto informací byla definována následující klinická otázka:

„Jaké byly publikovány poznatky o vlivu nefarmakologických metod zahrnující intervence alternativní, psychoterapeutické a fyzikální na chronickou primární bolest hlavy u dospělé populace?“

Vstupní literatura:

1. HEŘT, J., J. HNÍZDIL a P. KLENER, 2002. Akupunktura: mýty a realita. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-167X.
2. JANÁČKOVÁ, L., 2007. Bolest a její zvládání. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-210-2.
3. KOLEKTIV AUTORŮ, 2006. Vše o léčbě bolesti - příručka pro sestry. 4. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1720-4.
4. MAREK, J., 2003. Bolesti zad II. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-313X.
5. SOFAER, B., 1997. Bolest - příručka pro zdravotní sestry. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-309-X.
6. ŠEVČÍK, P. et al., 1994. Bolest a možnosti její kontroly. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-171-3.
7. ROKYTA, R., 2005. Bolest a jak s ní zacházet. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3012-7.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Praxe založená na důkazech se zaměřením na nefarmakologické tlumení chronických bolestí hlavy, proběhlo v časovém období

říjen 2012 až březen 2013. Pro vyhledávání bylo použito elektronických databází Bibliographia medica Čechoslovaca, EBSCO, Nursing & Allied Health Source, PubMed, vyhledávače Google Scholar a online verze periodika Bolest, které je zařazeno v seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v České republice.

Jako klíčová slova byla zvolena v jazyce českém: nefarmakologická léčba, alternativní metody, psychoterapeutické metody, fyzikální metody a ošetřovatelství v kombinaci s chronická bolest hlavy. V jazyce anglickém byly těmito slovy: nonpharmacological treatment, alternative methods, behavioral methods, physical methods, nursing v kombinaci s chronic headache.

Hlavní kritéria pro zařazení dohledaných článků do zpracovávání bakalářské přehledové práce byla - plnotext odborné publikace (meta-analýza, systematický přehledy nebo randomizovaná kontrolovaná studie), tematicky odpovídající stanoveným cílům bakalářské práce a specifické klinické otázky ve formátu PICO, v českém, slovenském nebo anglickém jazyce, vydaný odbornými recenzovanými periodiky v časovém období 1995 až současnost.

Vyřazovacími kritérii byla obsahová nekompatibilita se stanovenými cíli bakalářské práce a specifickou klinickou otázkou ve formátu PICO, publikace s nízkým stupněm důkaznosti (odborné názory jednotlivců, kazuistiky, série případů) nebo duplicitní nálezy publikace.

Pro tvorbu přehledové bakalářské práce bylo využito 14 relevantních plnotextů (3 meta-analýzy, 4 systematické přehledy, 7 randomizovaných kontrolovaných studií) pouze v anglickém jazyce z let 2002 až 2011 (KOUBOVÁ, 2013).“

Příloha D

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění
dotazníku, který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta		
Studijní obor		Ročník
Téma práce		
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů		
Jméno vedoucího bakalářské práce		
Vyjádření vedoucího bakalářské práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu/průzkumu	Výzkum/průzkum ☐ bude spojen s finančním zatížením pracoviště ☐ nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího bakalářské práce	☐ souhlasím ☐ nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	☐ souhlasím ☐ nesouhlasím	

V..... dne Podpis studenta

Příloha E

Příklady průzkumů realizovaných v rámci bakalářských prací

Průzkum 1

Ukázka schematického zjednodušeného kvantitativního průzkumu inspirovaného dotazníky kvality života. Zkoumá kvalitu života stomiků z hlediska bio-psycho-sociálních problémů. 100% návratnost dotazníků v tomto případě je zdůvodnitelná, neboť participanti se zúčastnili průzkumu v rámci setkání členů ILCO, kde byli přímo osloveni a požádáni o účast v průzkumu.

„Téma: Kvalita života pacienta se stomií

Z vědomostí, které jsme získali z poznatků v teorii a praxi, stanovujeme tento **průzkumný problém:** Jaká je kvalita života pacienta se stomií?

Cíle průzkumu:

Hlavní cíl – Zjistit, jaká je kvalita života pacienta po vytvoření stomie a jak ovlivnila bio-psycho-sociální oblast.

Dílčí cíl 1 – Zjistit, jak stomie ovlivnila život pacienta po stránce biologické.

Dílčí cíl 2 – Zjistit, jak stomie ovlivnila život pacienta po stránce psychické.

Dílčí cíl 3 – Zjistit, jak stomie ovlivnila život pacienta po stránce sociální.

Průzkumné otázky:

1. Ovlivňuje stomie život pacienta po stránce biologické?
2. Ovlivňuje stomie život pacienta po stránce psychické?
3. Ovlivňuje stomie život pacienta po stránce sociální?

Metoda:

Potřebná data jsme získali kvantitativní metodou technikou anonymního dotazníkového šetření. Dotazníky jsme rozdali členům pražského stomického klubu ILCO na jejich edukačním sezení. Počet rozdaných dotazníků byl 60, přičemž návratnost byla 100 %. Z počtu 24 položek v dotazníku bylo 20 otázek uzavřeného typu, kdy si respondenti mohli vybrat pouze jednu z nabízených možností. V dotazníku jsme uvedli také 1 otázku polootevřenou a 2 otevřené, na které mohli respondenti odpovědět libovolně. Výsledky anonymního dotazníkového šetření jsou zpracovány graficky v programech Microsoft Excel a Word pomocí grafů a tabulek včetně jejich interpretace.

Výběrový soubor tvořili pacienti s kolostomií, ileostomií či urostomií, kteří jsou členy pražského stomického klubu ILCO a zúčastnili se společného setkání dne 20. 9. 2012 a souhlasili se zapojením do průzkumu” (HANIČÁKOVÁ, 2013, s. 36).

Průzkum 2

Ukázka propracovanějšího kvantitativního průzkumu. Inspirací byl specifický dotazník kvality života. V dotazníku vlastní tvorby bylo 31 položek, což je více, než u průzkumu očekáváme. Zpracovat takové množství položek je náročné a i v této práci tím došlo k překročení stanoveného počtu stránek.

„Téma: Kvalita života pacienta s Crohnovou chorobou

Průzkumný problém: Jak pacient s Crohnovou chorobou hodnotí kvalitu svého života?

Průzkumné cíle:

Cíl 1 Zjistit, jak Crohnova choroba ovlivňuje fyzické zdraví dotázaných pacientů.

Cíl 2 Zjistit, zda má Crohnova choroba vliv na sociální oblast dotázaných pacientů.

Cíl 3 Zjistit, jak Crohnova choroba působí na psychické zdraví a prožívání dotázaných pacientů.

Cíl 4 Zjistit, zda dotázaní pacienti dodržují předepsanou léčbu.

Cíl 5 Zjistit, jak sami dotázaní pacienti vnímají kvalitu svého života, v období relapsu a v období remise.

Průzkumné otázky:

Otázka 1: Jsou dotázaní pacienti kvůli bolesti omezováni ve vykonávání běžných denních činností?

Otázka 2: Mají dotazovaní pacienti problém navázat intimní partnerský vztah?

Otázka 3: Jsou dotázaní pacienti kvůli své nemoci ve stresu, či pociťují smutek a frustraci?

Otázka 4: Dodržují dotázaní pacienti lékařem předepsanou medikaci?

Otázka 5: Pociťují dotázaní pacienti zlepšení kvality svého života v období remise?

Metoda:

Zvolili jsme nestandardizovanou metodu kvantitativní. K získávání informací byl vytvořen vlastní dotazník. Je tvořen z 31 otázek, u kterých nám byl inspirací mimo jiné i specifický dotazník kvality života při zánětlivém onemocnění střev. Pro lepší zpracování a vyhodnocení dotazníku jsou použity jen 2 polouzavřené otázky, zbytek je tvořen z otázek uzavřených. Součástí otázek jsou také 3 otázky rozřazovací. Před začátkem dotazníkového šetření jsme 5 dotazníků rozdali mezi studenty naší školy, abychom zjistili, zda jsou otázky pokládány srozumitelně a jasně. Dotazník byl studenty vyhodnocen jako srozumitelný.

Dotazník byl rozdělen do šesti pomyslných oblastí. K první oblasti (k průzkumné otázce 1) se vztahovaly položky 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 a zjišťovaly ovlivnění fyzického zdraví Crohnovou chorobou. K druhé oblasti (k průzkumné otázce 2), byly určeny

položky 12, 13, 14, 15, 16 a zabývaly se působením Crohnovy choroby na sociální oblast. Na třetí oblast (průzkumnou otázku 3) byly zaměřeny položky 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 a zkoumaly působení Crohnovy choroby na psychické zdraví a prožívání. K čtvrté oblasti (k průzkumné otázce 4) se vztahovaly otázky 17, 18, 19 a zjišťovaly dodržování léčby v souvislosti s touto chorobou. K páté oblasti (průzkumné otázce 5) byly určeny otázky 30, 31 a zabývaly se vnímáním kvality života v různých obdobích Crohnovy choroby. V poslední, šesté oblasti, byly položkami 1, 2, 3, 4 zjišťovány osobní/demografické údaje o participantech.

Výběrový soubor:

Dotazník byl určen pro muže i ženy s onemocněním Crohnova choroba, od 18 let. Dotazníkové šetření probíhalo prostřednictvím internetu, pomocí sociálních komunikačních sítí od 1. 9. do 30. 9. 2012. Nebyl potřeba žádný písemný souhlas pracoviště. Dotazník byl rozeslán i na internetová fóra určená medicíně, ošetřovatelství, speciálně tomuto onemocnění. Vyplněno bylo celkem 50 dotazníků” (HRINOVÁ, 2013, s. 35).

Průzkum 3

Respondenti v tomto kvantitativním průzkumu byli osloveni prostřednictvím Facebooku.

„Téma: Prevence pohlavně přenosných chorob

Průzkumný problém: Jsou mladí lidé ve věku od 15 do 25 let poučení o pohlavně přenosných chorobách, jejich prevenci a jak se k této problematice na základě získaných informací staví?

Průzkumné cíle a průzkumné otázky:

Cíl 1: Zjistit znalosti respondentů o pohlavně přenosných chorobách.

Průzkumná otázka 1a: Mají respondenti znalosti o problematice pohlavně přenosných chorob?

Průzkumná otázka 1b: Byla většina respondentů poučena o pohlavně přenosných chorobách a jejich prevenci v rámci školního preventivního programu?

Cíl 2: Zjistit, zda respondenti dodržují zásady bezpečnějšího sexu.

Průzkumná otázka 2a: Použili respondenti při prvním pohlavním styku prezervativ?

Průzkumná otázka 2b: Dodržují respondenti zásady bezpečnějšího sexu?

Cíl 3: Zjistit, kdo je prvotním zdrojem informací o problematice pohlavně přenosných chorob a jaké jsou dominantní zdroje informací.

Průzkumná otázka 3a: Je prvotním zdrojem informací rodina?

Průzkumná otázka 3b: Jsou dominantním zdrojem informací masmédiá?

Metoda:

K získávání potřebných dat jsme zvolili kvantitativní průzkumnou metodu, pomocí anonymního dotazníku, který tvoří 23 položek složených z dichotomických, filtračních, otevřených, uzavřených a polouzavřených otázek. Je rozdělen do tří částí. První se zabývá kategorizačními údaji, druhá část zjišťuje informovanost dotazovaných o STD a prevenci. Poslední třetí část mapuje chování v zahájeném pohlavním životě. Položky 1, 2, 3, 4, 5, 6, 13, 14, 15 slouží k získání kategorizačních údajů. K průzkumným otázkám 1 se vztahují položky 7, 10, 11, 12 a 23. Průzkumné otázky 2 jsme ověřovali položkami 16, 17, 18, 19, 20, 21 a 22. Na průzkumné otázky 3 odpovídají položky 8 a 9. Odpovědi jsme vyhodnotili v programu MS Office Excel 2003 a následně převedli do tabulek a grafického znázornění. Výsledky jsou zaznamenány v absolutních a relativních číslech. Relativní čísla jsou uvedena v procentuálním vyjádření. Celkem bylo vyplněno 73 dotazníků. Z tohoto počtu bylo možné použít 70 dotazníků. Pro uskutečnění průzkumného šetření jsme vytvořili elektronický dotazník, který jsme vyvěsili na sociální komunikační síti Facebook.

Časový harmonogram:

V září 2012 jsme kompletovali literární zdroje potřebné pro teoretickou část, v říjnu 2012 jsme si stanovili cíl práce a na základě průzkumných otázek jsme konstruovali dotazník. Vlastní sběr dat probíhal od 12. prosince 2012 do 12. ledna 2013. Zpracování získaných informací proběhlo během února 2013.

Výběrový soubor:

Soubor tvořili uživatelé sociální komunikační sítě Facebook, ve věku od 15 do 25 let různého stupně a typu vzdělání. Respondenty jsme pomocí přátel a rodiny oslovili rozesíláním a sdílením odkazu, který plnil funkci přesměrování na stránky s elektronickým dotazníkem. Věkovou kategorii 15-25 let jsme vybrali, z důvodu předpokládaného vyššího počtu sexuálních partnerů v tomto věku” (LAMASOVÁ, 2013, s. 31).

Průzkum 4

Ukázka velice hezky zpracovaného kvantitativního průzkumu se zcela konkrétními průzkumnými cíli.

Téma: Role sestry ve screeningu kolorektálního karcinomu

Vzhledem ke zvolenému tématu jsme se rozhodli uspořádat empirický průzkum mezi všeobecnými sestrami v ordinacích praktických lékařů a zjistit jejich názory a připomínky ke screeningu kolorektálního karcinomu a jeho provedení. Řada všeobecných sester má zkušenosti od začátku datování screeningu (2000). Některé začínaly s guajakovými testy, po roce 2009 jich řada přešla na testy imunochemické, část pravděpodobně setrvala u testů guajakových. V českých člancích zabývajících se

screeningem jsme se nesetkali se studií, která by byla orientována na všeobecné sestry, tedy na ty (stejně tak jako na praktických lékařích), na kterých screening spočívá, minimálně v samotném provedení (edukace, vydání testu, vyhodnocení testu, další informování pacienta atd.).

Průzkumný problém

Jakou roli hrají všeobecné sestry v ordinacích praktických lékařů při provádění screeningového programu sporadického kolorektálního karcinomu, jaké používají metody TOKS a jaký je jejich názor na své postavení v programu.

Průzkumné cíle

Průzkumné cíle a jejich skladba jsou voleny a zaměřeny na okolnosti týkající se všeobecných sester ve screeningu kolorektálního karcinomu. Konkrétně jsme volili průzkumné cíle ke zjištění níže uvedených skutečností:

Cíl 1 Zjistit, zda všeobecné sestry provádí test na okultní krvácení.

Cíl 2 Zjistit, zda všeobecné sestry používají na pracovištích novější imunochemické testy s vyšší senzitivitou, nebo setrvávají u testů guajakových.

Cíl 3 Zjistit, zda je dostatečná informovanost všeobecných sester o významu screeningu a jeho provedení, zda mají všeobecné sestry možnost prohlubování svých znalostí.

Cíl 4 Zjistit, jaké je postavení všeobecných sester při provádění screeningu KRCA.

Cíl 5 Zjistit, zda existují možnosti zvýšení efektivity screeningu z pohledu všeobecných sester.

Cíl 6 Zjistit, jestli bude dostatečná kapacita endoskopických pracovišť a histopatologů při narůstání provedených TOKS.

Cíl 7 Zjistit, jaký je pohled všeobecných sester na svoji roli ve screeningu KRCA.

Průzkumné otázky

Otázka 1 Provádí všeobecné sestry v ordinacích praktických lékařů screening KRCA?

Otázka 2 Používají všeobecné sestry při screeningu KRCA iTOKS nebo gTOKS?

Otázka 3 Jsou všeobecné sestry v ordinacích praktických lékařů dostatečně informovány o screeningu KRCA a přesvědčeny o jeho smysluplnosti?

Otázka 4 Provádí všeobecné sestry v ordinacích praktických lékařů screening KRCA tímto způsobem: vydávají TOKS, edukují a hodnotí výsledky vrácených TOKS včetně sdělování negativních výsledků TOKS?

Otázka 5 Mají všeobecné sestry v ordinacích praktických lékařů vlastní názory na aplikaci screeningového programu KRCA?

Otázka 6 Pokud je zjištěn pozitivní výsledek TOKS, čeká pacient na provedení screeningové koloskopie déle jak 1 měsíc?

Otázka 7 Hodnotí všeobecné sestry v ordinacích praktických lékařů svoji roli ve screeningu KRCA jako důležitou?

Metoda:

Metoda průzkumu je kvantitativní. K získávání informací byl vytvořen dotazník vlastní konstrukce. Je tvořen 24 otázkami. Dotazník byl vytvořen pomocí webové aplikace oursurvey (www.oursurvey.biz), byl rozeslán pouze v elektronické podobě na emailové adresy lékařských ordinací, které byly zjišťovány cestou internetu ve všech krajích. Nebyl tedy potřeba žádný písemný souhlas pracoviště. Celkem bylo odesláno 223 dotazníků, vrátilo se 100 správně vyplněných dotazníků, návratnost byla 44,8 %.

Dotazník byl rozdělen do osmi pomyslných oblastí dle předem stanovených průzkumných otázek. K první oblasti (průzkumné otázce 1) se vztahovaly položky 5, 6 a zjišťovaly, zda je screening v ordinacích vůbec prováděn a jak dlouho. K druhé oblasti (průzkumné otázce 2) se vztahovala položka 7, která byla zaměřena na typ testů okultního krvácení. Ve třetí oblasti se zabýváme průzkumnou otázkou 3, což se týká

položek 8, 9 a 10, kde jsme zkoumali, zda jsou všeobecné sestry dostatečně informovány o screeningu KRCA a přesvědčeny o jeho smysluplnosti. Ve čtvrté oblasti je zobrazena průzkumná otázka 4, týkající se položek 11 a 18, kde jsme zjišťovali, zda provádí všeobecné sestry screening KRCA tímto způsobem, zda všeobecné sestry vydávají TOKS, edukují a hodnotí výsledky vrácených TOKS včetně sdělování negativních výsledků TOKS. V páté oblasti jsme se zaměřili na vlastní názory všeobecných sester (průzkumná otázka 5), ke které se vztahovaly položky 24, 23, a 21. V sedmé oblasti (průzkumná otázka 7) se vztahuje na položku 24, kde všeobecné sestry vyjádřily svůj názor ohledně své role ve screeningu. V osmé oblasti jsou otázky, které se přímo netýkají průzkumných cílů, avšak byly zjišťovány především z demografických důvodů. Dotazník se dotýká i genderového problému, avšak získaná data nejsou v okruhu průzkumného problému, jedná se o položky 1, 2, 3 a 4.

Výběrový soubor:

Průzkumný soubor tvořily všeobecné sestry v ordinacích praktických lékařů. Dotazník byl odeslán elektronickou cestou do všech krajů ČR, lze ho tedy považovat za celorepublikový průzkum. Časový plán průzkumu byl stanoven na měsíc srpen až říjen 2012. Po rozeslání dotazníku byl po čtrnácti dnech rozeslán upomínající email pro ty, kteří nereagovali v prvním“ (KLAPKA, 2013, s. 46-49).

Průzkum 5

Ukázka přehledného kvantitativního průzkumu s větším počtem participantů.

„Téma:

Prevence karcinomu děložního hrdla

Průzkumný problém:

Rozsah povědomí žen a dívek o prevenci karcinomu děložního hrdla.

Průzkumné cíle:

Hlavním cílem průzkumu je zjistit, zda české ženy a dívky znají problematiku karcinomu děložního hrdla, a zda využívají možnosti prevence jeho vzniku. K tomuto cíli se vztahují následující dílčí cíle:

Cíl 1 Zjistit, zda respondentky znají problematiku karcinomu děložního hrdla a zda je pro ně velkým rizikem.

Cíl 2 Zjistit, jaká je informovanost o možnostech prevence.

Cíl 3 Zjistit, zda využívají prevenci vzniku karcinomu děložního hrdla a z jakého důvodu.

Průzkumné otázky:

Průzkumná otázka 1:

Znají respondentky nemoc a vnímají ji jako závažnou?

Verifikace v dotazníku: položky 1, 2, 3 a 4.

Průzkumná otázka 2:

Znají respondentky možnosti prevence?

Verifikace v dotazníku: položky 5, 6, 7, 8, 9 a 10.

Průzkumná otázka 3:

Je u respondentek nejčastější prevencí očkování?

Verifikace v dotazníku: položky 11, 12, 13, 14, 15, 16 a 17.

Metoda průzkumu

Šetření bylo koncipováno jako kvantitativní průzkum. Technikou sběru dat byl dotazník vlastní konstrukce. Časový plán šetření byl stanoven na měsíc listopad 2012.

Pro sběr dat byl sestaven strukturovaný dotazník složený z 19 položek. Dotazník obsahoval uzavřené a polootevřené otázky. Součástí dotazníku byl průvodní list, ve kterém byl objasněn respondentkám účel průzkumu a byly vyzvány k co možná nejupřímnějším odpovědím. V závěru dotazníku bylo uvedeno, že výsledky našeho průzkumu budou vyvěšeny na nástěnce v čekárně v září 2013. S cílem zajistit anonymitu odpovědí byla pro vhazování vyplněných dotazníků umístěna zapečetěná schránka v sesterské ordinaci gynekologického lékaře.

Průzkumný soubor

Průzkumný soubor tvořilo prvních 100 pacientek, které se dostavily na vyšetření od 1. 11. 2012 do privátní gynekologické ordinace, kde byl průzkum realizován. Ženám bylo rozdáno 100 dotazníků bez ohledu na jejich věk, přičemž 16 respondentek dotazník nevyplnilo. Návratnost dotazníků byla 84%, což představuje výběrový soubor 84 respondentů” (POSPÍŠILOVÁ, 2013, s. 38-40).

Příloha F

Formulace klinické otázky

Precizně stanovená klinická otázka ve formátu PICO (či v jeho modifikacích) přesně definuje zkoumaný klinický problém a pomáhá najít nejlepší zdrojové podklady pro jeho řešení tím, že pomáhá stanovit klíčová slova, podle nichž provádíme vyhledávání důkazů v elektronických databázích.

Dle Jarošové (2014, s. 23) lze PICO otázku definovat jako „...*jednotný, systematický způsob identifikace jednotlivých součástí klinického problému, který poskytuje účinný rámec pro vyhledávání v elektronických databázích.*“

Klinická otázka je prvním krokem v procesu **EBP** (Evidence-based practice) praxe založená na důkazech v ošetrovatelství nebo **EBN** (Evidence-based nursing) ošetrovatelství založené na důkazech.

Položíme-li si otázku co je EBP/EBN, pak je nutné zdůraznit, že jde o proces sepetí teorie s praxí, který v sobě zahrnuje to, že sestra vidí konkrétního pacienta, u něhož identifikuje konkrétní ošetrovatelský problém. Protože je profesionálka a chce pracovat po všech stránkách efektivně, stanoví precizní **klinickou otázku**, na niž začne vyhledávat co nejlepší důkaz v literatuře (zdrojích). Poté kriticky zhodnotí úroveň toho, co vyhledala a pokud je možné toto v místních podmínkách použít pro řešení problému, aplikuje důkaz (intervenci) do péče o svého pacienta. Ani pak proces neskončí, neboť je třeba ještě pečlivě monitorovat a hodnotit zavedené změny.

Je třeba zmínit, že záměrem EBP/EBN je hledat důkaz v již existujícím výzkumu, nikoli začít plánovat nový výzkumný projekt. EBP/EBN se nejvíce uplatňuje při tvorbě a implementaci klinických standardů a doporučených postupů. S tím úzce souvisí přínos a význam v oblasti vzdělávací, právní, etické a ekonomické.

Historicky jako první vzniká EBM (Evidence based medicine), za zakladatele je považován Archibald Cochrane (1909-1988) ředitel Centra epidemiologického výzkumu (Cardiff, UK). V roce 1993 byla založena Cochrane Library – digitální knihovna systematických přehledů a metaanalýz. Od konce 90. let se rozvíjí EBP v ošetrovatelství a to zejména v USA, Kanadě, Austrálii, na Novém Zélandu a v UK. K nejznámějším centrům v současnosti patří CCEBN (Canadian Centre for EBN) a RNAO (Registered Nurses Association of Ontario).

EBP/EBN v sobě nutně zahrnuje 4 aspekty:

1. nejlepší vyhledanou praxi, důkazy,
2. sesterskou odbornost a klinické zkušenosti,
3. preference pacienta,
4. možnosti (sestry, instituce, státu).

Fáze EBP/EBN, které na sebe logicky navazují:

0. Kritický postoj k praxi.

- 1. Formulace klinické otázky.**
- 2. Systematické vyhledání nejlepšího dostupného důkazu.**
- 3. Kritické posouzení důkazu.**
- 4. Aplikace důkazu (výsledků) do klinické praxe.**
- 5. Zhodnocení výsledku implementace důkazů (výkonu).**

0. Kritický postoj k praxi.

Jde o fázi, kdy v praxi nalézáme při péči o pacienta nějaký problém, překážku, rizika, která bychom chtěli efektivně řešit.

1. Formulace klinické otázky.

Nejdříve se rozhodujeme, zda stanovíme otázku základní či specifickou.

Základní (obecná) otázka – background question - odpovědi na ně jsou širší a poskytují obecné informace. Odpovědi nalézáme v učebnicích, odborných knihách, tedy ve zdrojích, které poměrně rychle stárnou. Příklady základních obecných otázek:

- Kdy se má vyměnit PŽK?
- Ovlivňuje močová inkontinence sexuální život žen?
- Jak lze zmírnit předoperační strach?
- Jaké jsou účinné metody tlumení bolesti u dětí?
- Jaké jsou efektivní intervence na prevenci pádu?
- **Jaká je specifická ošetrovatelská péče u pacienta s určitým onemocněním?**

Specifická (detailní) otázka – foreground question - odpověďmi na ně jsou vědecké důkazy, odpovědi vedou k určení, která z intervencí je efektivnější pro zlepšení stavu pacienta. Příklad specifické otázky:

- Snižuje pravidelné cvičení u seniorů v domácím prostředí riziko pádu ve srovnání se seniory, kteří cvičení neprovádějí?

I tuto otázku je možné ještě více specifikovat:

- Snižuje pravidelné **fyzické cvičení** u seniorů v domácím prostředí riziko pádu ve srovnání se seniory, kteří cvičení neprovádějí?
- Snižuje pravidelné **cvičení mentálních funkcí** u seniorů v domácím prostředí riziko pádu ve srovnání se seniory, kteří cvičení neprovádějí?

Čím precizněji si otázku specifikujeme, tím jednodušší vyhledávání důkazů pro nás bude. Z klinické otázky odvozujeme klíčová slova, podle nichž vyhledáváme v elektronických databázích. Velmi obecná otázka přinese příliš mnoho zdrojů, z nichž značná část je pro nás nepoužitelná. Naopak klíčová slova z velmi specifické otázky přinesou menší počet nalezených zdrojů, ale tyto zdroje budou pro nás užitečné.

Při tvorbě klinické otázky postupujeme dle standardizovaného formátu:

Patient – pacient, populace nebo problém

Intervention – intervence

Comparison – srovnatelná intervence (nebo nic)

Outcomes – očekávaný výsledek

Time – čas

Setting – místo, prostředí

Příklad:

- Snižují preventivní strategie (I) u seniorů (P) po dobu pobytu (T) v institucích (S) riziko pádů (O) oproti institucím, kde prevenci pádu neřeší (C)?

Rozlišujeme různé typy klinických otázek, podle jejich zaměření na:

- terapii,
- etiologii,
- diagnózu,
- prevenci,
- prognózu
- význam.

K tvorbě těchto otázek je možné použít pomocnou šablonu.

LÉČBA

U....., jaký je účinekna
..... ve srovnání s?

ETIOLOGIE

Jsou, kteří mají/nemají.....,v
.....riziku (čeho).....ve srovnání s.....
....., kteří mají/nemají.....?

DIAGNÓZA NEBO DIAGNOSTICKÝ TEST

Jsou (je).....přesnější pro diagnostiku.....
ve srovnání s.....?

PREVENCE

U, použití.....snižuje budoucí
riziko.....ve srovnání s.....?

PROGNÓZA

Můžemít vliv na.....u pacientů,
kteří mají.....?

VÝZNAM-SMYSL

Jak.....s.....vnímají.....
.....?

Obrázek - Zaměření klinické otázky, pomocná šablona v úpravě dle Jarošové

Zdroj: JAROŠOVÁ, 2014, s. 32-33

2. Systematické vyhledání nejlepšího dostupného důkazu.

V tomto kroku je třeba se rozhodnout, **jaké databáze** pro vyhledávání použijeme a **jaký typ studie** budeme vyhledávat.

Zdroje pro vyhledávání:

- EBN knihy,
- EBN časopisy,
- EBN databáze - CINAHL & MEDLINE, COCHRANE, (EBSCO, OVID, ProQuest a další),
- EBN guidelines – doporučené postupy, best practice - JBI, ARHQ, NICE,
- internet – Google, Google Scholar,
- manuální vyhledávání (podle bibliografie, doporučené postupy, sborníky, časopisy s tematikou),
- šedá literatura (nepublikované práce, kvalifikační práce).

Typ studie určí úroveň hodnoty nalezeného důkazu. Při hierarchickém uspořádání vědeckých důkazů nejvýše stojí sekundární studie – přehledové články (review):

- **Klasické review** – je subjektivní a nekvantitativní souhrn 2 a více vědeckých studií. Autor sám volí, které studie zařadit a které údaje z nich použít (selektivní přístup).
- **Systematické review** – kvantitativní kombinace 2 nebo více souvisejících studií. Vždy se uvádí:
 - počet zařazených studií a jejich design,
 - souhrnné počty pacientů.
- **Meta-analýza** používá statistické metody pro hodnocení přehledů. V pyramidě důkazů stojí nejvýše (JAROŠOVÁ, 2014), (HUŠÁK, 2007).

Pro vyhledávání důkazu používáme klíčová slova, která jsme zformulovali s pomocí klinické otázky.

3. Kritické posouzení důkazu.

Při vyhledávání ve vědeckých člancích si všimneme jednotné struktury článků ve formátu **IMRAD**:

I - Introduction

M - Methods

R - Results

and

D – Discussion (HUŠÁK, 2007).

Síla nebo **úroveň důkazu (level of evidence)** závisí na typu studie, ze které jsme čerpali. Existují hierarchie důkazů pro studie intervencí, kvalitativní studie, hodnocení kvality důkazů GRADE a další.

Stupeň doporučení (grade of recommendation) vyjadřuje úroveň doporučení jednotlivých společností dle množství aktuálních publikací na dané téma při určité úrovni důkazu.

V tomto třetím kroku musíme provést i kritické zamyšlení, zda nalezenou intervenci lze použít v našich podmínkách.

Další kroky EBN již neuvádíme rozpracované, neboť je neprovádíme v rámci tvorby bakalářské práce:

- 1. Aplikace důkazu (výsledků) do klinické praxe – implementace.**
- 2. Zhodnocení výsledku implementace důkazů (výkonu).**
- 3. Diseminace.**

Modifikace formátu PICOT

Klinická otázka nemusí obsahovat vždy všechny uvedené prvky. Čím více jich však obsahuje, tím je přesnější.

PIO – povinné prvky

CTS – nemusí obsahovat

PECO – E znamená expozici

PICo – Co je označení pro kontext

C – srovnání se nemusí vyskytovat u každé otázky. Pokud se vyskytuje, pak může být pasivní nebo aktivní:

- Pasivní: standardní péče, standardní postup, bez intervence, placebo.
- Aktivní: jiný typ intervence, péče.

Příklady jednotlivých otázek dle Jarošové (2014):

PECO

Zvyšuje expozice tabákovému kouři (E) u dospělých nekuřáků (P) riziko nádorů plic (O) ve srovnání s nekuřáky, kteří nejsou vystaveni tabákovému kouři (C)?

PICo

Jaké jsou zkušenosti (I) rodinných pečovatelů pečujících o své příbuzné s demencí (P) v domácím prostředí v českém sociokulturním kontextu (Co)?

PICO – intervence

Snižují nefarmakologické intervence (např. muzikoterapie) (I) předoperační úzkost (O) u dospělých pacientů (P) před plánovaným operačním výkonem (T) ve srovnání s pacienty se standardní péčí (C)?

PICO – etiologie, poškození

Mají děti (P), které byly vystavené expozici kokainu v prenatálním období (I, E), ve srovnání s dětmi, které kokainu vystaveny nebyly (C), vyšší výskyt poruch učení (O), ve věku šesti let (T)?

PICO – diagnóza, test, posouzení

Je Bradenova škála (I) ve srovnání se škálou Nortonové (C) přesnější pro diagnostiku rizika vzniku dekubitů (O) u hospitalizovaných dospělých pacientů (P)?

PICO – predikce, prognóza

Je rozvoj neuropatie (I) u pacientů s diabetes mellitus 2. typu (P) spojen s vyšším rizikem mortality (O) ve srovnání s pacienty bez rozvoje neuropatie (C)?

PICO – prevence

Vede zvýšená poloha pacienta (I) u dospělých pacientů na umělé plicní ventilaci (P) ve srovnání s polohou na zádech (C) k prevenci ventilátorové pneumonie (O)?

PICO – smysl, význam

Jaké jsou zkušenosti (I) pečovateli (P) s péčí o blízkou osobu s demencí (O)?

Jak ovlivňuje chronická bolest (I) kvalitu života (O) seniorů (P)?

Jakým způsobem se rodička (P) vyrovnává (O) se situací mrtvě narozeného dítěte (I)?

Ovlivňuje močová inkontinence (I) sexuální život (O) žen v produktivním věku (P)?

Příloha G

Chyby při tvorbě otázek dotazníku

- Obsahová nesrozumitelnost. Odpověď je všeobjímající, dotazovaný neví, na co se tazatel přesně ptá
- Jazyková nesrozumitelnost (tazatel používá odbornou terminologii)
- Příliš strohá otázka
- Nejednoznačné otázky. Příliš dlouhá otázka, mnohomluvná, dvojité otázky: „*Jste šťasten ve svém manželství a práci?*”
- Chybná nabídka odpovědí
- Hypotetická otázka: „*Jaký druh vzdělání byste chtěl/a, aby mělo vaše dítě?*”
- Sugestivní otázka. *Líbí se vám.....?*
- Otázka typu PROČ....?
- Zavádějící otázka: „*Proč jste šťastný jako voják základní služby?*”
- Otázka o názoru někoho jiného: „*Myslíte si, že Vaše rodiče potěšila výstavba nové školy?*”
- Otázka s výpadkem (předpokládá skutečnost, která však není univerzální): „*1. Kterému investičnímu fondu jste svěřil své kupóny? 2. Využijete možnosti odprodeje svých podílů fondu po roce za desetinásobek?*”
- Haló efekt - předchozí otázka by neměla obsahovat informace, které by mohly ovlivnit odpověď na následující otázku, proto takové otázky rozmístíme na jiná místa v dotazníku
- Pozor na tendence dotazovaných ke stereotypním odpovědím a na tendenci ke středové odpovědi (nutno otázky rozptýlit, nebo vynechat středovou variantu – vynucená volba)
- Pozor na výtvarné pojetí odpovědí – pak vkládáme přepólování odpovědí (měníme pozice kladných a záporných odpovědí)
- Nevkládáme neohleduplné otázky
- Otázka je v žargónu (hantýrce)

Příloha H

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracoval/a údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „.....“
v rámci studia/odborné praxe realizované na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s.,
Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne.....

.....

Jméno a příjmení studenta

Příloha I

Statistické zpracování dat – test nezávislosti chí-kvadrát (χ^2)

Běžným způsobem sběru dat o nejrůznějších, často složitých jevech, je dotazníkové šetření. Výsledkem je řada dat, z kterých se snažíme zjistit něco zajímavého a užitečného. Můžeme například zjistit, jestli spolu souvisí dvě kvalitativní veličiny nebo zda jsou na sobě nezávislé a případně jak silná je závislost. Při statistickém zpracování dat je často vhodné použít test nezávislosti chí-kvadrát. Pro výpočet testu lze použít program, který si vytvoříme např. v Excelu nebo můžeme použít již vytvořené programy. Velmi povedená je aplikace Milana Kábrty na <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/index.php>

Použitím této aplikace získáme rychle a snadno výsledky, které vyhodnotí statistický soubor. Pro měření síly vztahu můžeme použít korelační koeficienty. Jednoduchým způsobem lze vypočítat např. korigovaný koeficient kontingence pomocí Pearsona nebo Cramerův koeficient. Oba korelační koeficienty jsou z intervalu (0, 1). Na základě vypočtené hodnoty můžeme určit korelaci mezi hodnotami. Pokud je hodnota koeficientu 0, není mezi hodnotami žádný vztah. Je-li hodnota rovna 1, je mezi hodnotami v kontingenční tabulce silná závislost.

Test nezávislosti – test chí-kvadrát (χ^2)

Test nezávislosti chí-kvadrát se používá, pokud chceme zjistit závislost dvou kvalitativních veličin, které zjišťujeme na prvcích téhož výběru. Máme náhodný výběr rozsahu n rozdělený do dvou znaků (znak 1, znak 2). Úkolem testu je rozhodnout, zda znaky jsou na sobě závislé nebo nezávislé (zda znak 1 má vliv na znak 2).

Test chí-kvadrát porovnává skutečné (naměřené) a očekávané četnosti. Skutečné (naměřené) četnosti zjišťujeme z kontingenční tabulky. V kontingenční tabulce jsou ve sloupcích vyjádřené hodnoty znaku 1, v řádcích hodnoty znaku 2. Očekávané četnosti vypočítáme. Při výpočtu předpokládáme, že platí nulová hypotéza. Nulová hypotéza předpokládá, že znaky jsou nezávislé. Velikost rozdílů mezi skutečnými (naměřenými) a očekávanými četnostmi se posuzuje pomocí testové statistiky chí-kvadrát. Porovnává se vypočtená hodnota s kritickou hodnotou chí-kvadrát na dané hladině významnosti. Hladina významnosti se volí obvykle 0,05 nebo 0,1. Hladina významnosti představuje pravděpodobnost chyby při zamítnutí nulové hypotézy. Je-li hladina významnosti 0,05 (0,1), je pravděpodobnost, že jsme se dopustili chyby 5 % (10 %). Kritickou hodnotu pro daný stupeň volnosti najdeme v tabulkách. Počet stupňů volnosti zjistíme podle vztahu $(a-1)*(b-1)$, kde a je počet řádků a b je počet sloupců. Je-li kritická hodnota menší než vypočtená hodnota testového kritéria, zamítáme nulovou hypotézu a na dané hladině významnosti a přijímáme hypotézu o závislosti. Je-li kritická hodnota větší než vypočtená hodnota testového kritéria, nezamítáme nulovou hypotézu na dané hladině významnosti a platí, že znaky jsou nezávislé.

Hypotézy

- Nulová hypotéza: znaky 1 a 2 jsou nezávislé
- Alternativní hypotéza: mezi znaky 1 a 2 existuje závislost

Postup výpočtu

- Sestaví se tabulka skutečných (naměřených) relativních četností
- Vypočte se tabulka očekávaných četností
- Proveďte se kontrola podmínek pro použití testu nezávislosti v kontingenční tabulce:
 - nejvíce 20 % očekávaných četností může být menších než 5

- žádná očekávaná četnost nesmí být menší než 1

Pozn. Platí pro náhodný výběr $n > 40$. Pro tabulku 2x2 je nutná úprava testového kritéria, pokud $20 < n < 40$, provádí se pomocí Yatesovy korekce. Pokud $n < 20$, používá se Fisherův test.

- Vypočte se testové kritérium (dosazení do vzorce – výsledek hodnota)
- Testové kritérium se srovná s kritickou hodnotou (tabulková hodnota, je potřeba zohlednit počet stupňů volnosti)
- Je-li testové kritérium $<$ kritická hodnota, potom nezamítáme hypotézu o nezávislosti a nezávislost lze předpokládat
- Je-li testové kritérium $>$ kritická hodnota, potom zamítáme hypotézu o nezávislosti a lze předpokládat závislost

Korigovaný koeficient kontingence pomocí Pearsona

Korigovaný koeficient kontingence pomocí Pearsona udává sílu vztahu. Nabývá hodnot z intervalu (0,1). Hodnota 0 znamená, že mezi hodnotami v kontingenční tabulce není žádný vztah, hodnota 1 znamená silnou závislost.

Korigovaný koeficient kontingence pomocí Pearsona vypočteme podle vztahu

$$C_{kor} = \frac{\sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2 + n}}}{\sqrt{\frac{m-1}{m}}}$$

kde χ^2 je hodnota testového kritéria, n je rozsah souboru, m je počet řádků nebo počet sloupců v kontingenční tabulce (je-li větší počet řádků, je m počet řádků; je-li větší počet sloupců, je m počet sloupců).

Cramerův koeficient

Cramerův koeficient udává sílu vztahu. Nabývá hodnot z intervalu (0,1). Hodnota 0 znamená, že mezi hodnotami v kontingenční tabulce není žádný vztah, hodnota 1 znamená silnou závislost.

Cramerův koeficient V vypočteme podle vztahu

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{n(m-1)}}$$

kde χ^2 je hodnota testového kritéria, n je rozsah souboru, m je počet řádků nebo počet sloupců v kontingenční tabulce (je-li větší počet řádků, je m počet řádků; je-li větší počet sloupců, je m počet sloupců).

Pro lepší pochopení zpracování dat uvádíme dva příklady.

Příklad 1

Chceme zjistit, zda spolu souvisí péče o zrak a nejvyšší dosažené vzdělání. Máme k dispozici 660 dotazníků týkajících se vad a ochrany zraku (náhodný výběr o

rozsahu $n=660$). Z dotazníku vybereme otázky týkající se péče o zrak a dosaženého vzdělání.

Vybrané otázky z dotazníku:

Nejvyšší dosažené vzdělání

- a) základní
- b) středoškolské
- c) vyšší odborné
- d) vysokoškolské

Domníváte se, že se dostatečně pečujete o svůj zrak?

- a) ano
- b) ne
- c) někdy

Znak 1 – nejvyšší dosažené vzdělání

Znak 2 – péče o zrak

Úkol testu – rozhodnout, zda nejvyšší dosažené vzdělání má vliv na péči o zrak

Postup výpočtu

1. Sestavíme tabulku skutečných (naměřených) relativních četností

Tab. 1a Skutečné (relativní) četnosti

	á k l a d n í		O Š		e l k e m
n o	3		8		6 2
ě k d y					5 0
e	1				4 8
e l k e m	0		4		6 0

Ve sloupcích tabulky jsou vyjádřené hodnoty znaku 1 – nejvyšší dosažené vzdělání, v řádcích hodnoty znaku 2 – péče o zrak. V jednotlivých buňkách tabulky

je zaznamenáno, jak odpovídali respondenti z dané skupiny. Např. 33 respondentů se základním vzděláním odpovědělo, že se domnívá, že se dostatečně pečuje o svůj zrak.

	základní	SŠ	VOŠ	VŠ	celkem
ano	19,85	132,59	13,5	96,07	262
někdy	11,36	75,91	7,73	55	150
ne	18,79	125,5	12,78	90,93	248
celkem	50	334	34	242	660

Pro výpočet použijeme následující odkaz:

<http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/index.php>

Spustíme aplikaci a podle pokynů aplikace doplníme počet skupin znaku 1 a počet skupin znaku 2. Znak 1 má celkem 4 skupiny (základní, SŠ, VOŠ, VŠ), znak 2 má celkem 3 skupiny (ano, někdy, ne). Dále musíme doplnit hladinu významnosti α . Obvykle se volí 0,1 nebo 0,05. Zvolíme 0,05 a dále stiskneme tlačítko pokračovat. V následujícím kroku zadáme do tabulky naměřené relativní četnosti a dále stiskneme tlačítko pokračovat. Zobrazí se nám výsledky testu – tabulka očekávaných četností, hodnota testového kritéria, kritická hodnota testového kritéria pro daný počet stupňů volnosti a rozhodnutí.

Zkontrolujeme podmínky pro použití testu nezávislosti v kontingenční tabulce:

- nejvíce 20 % očekávaných četností může být menších než 5
- žádná očekávaná četnost nesmí být menší než 1

Tab. 1b Očekávané četnosti

	základní	SŠ	VOŠ	VŠ	celkem
ano	19,85	132,59	13,5	96,07	262
někdy	11,36	75,91	7,73	55	150
ne	18,79	125,5	12,78	90,93	248
celkem	50	334	34	242	660

Podmínky pro použití testu jsou v našem případě splněny a můžeme použít test nezávislosti chí-kvadrát. Hodnota testového kritéria je 54,792. Počet stupňů volnosti je 6 (počet řádků 3, počet sloupců 4, odtud $(3-1) \cdot (4-1) = 2 \cdot 3 = 6$). Kritická hodnota pro hladinu významnosti 0,05 a počet stupňů volnosti 6 je 12,592 (viz tabulka 3). Protože kritická hodnota je menší než vypočtená hodnota testového kritéria, zamítáme nulovou hypotézu a na dané hladině významnosti a přijímáme hypotézu o závislosti.

Závěr: Zjišťovali jsme, zda péče o zrak souvisí s nejvyšším dosaženým vzděláním. Pro testování jsme použili test nezávislosti chí-kvadrát. Při výpočtu jsme použili program pro statistiku test nezávislosti chí-kvadrát <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/index.php>

Porovnali jsme skutečné (naměřené) a očekávané četnosti. Skutečné (naměřené) četnosti jsme zaznamenali do kontingenční tabulky. Očekávané četnosti jsme vypočítali. Při výpočtu jsme předpokládali, že platí nulová hypotéza.

Nulová hypotéza: Péče o zrak nesouvisí s nejvyšším dosaženým vzděláním.

Alternativní hypotéza: Péče o zrak souvisí s nejvyšším dosaženým vzděláním.

Velikost rozdílů mezi skutečnými (naměřenými) a očekávanými četnosti jsme posoudili pomocí testové statistiky chí-kvadrát. Porovnali jsme vypočtenou hodnotu

s kritickou hodnotou chí-kvadrát na hladině významnosti 0,05. Hladina významnosti 5 % představuje pravděpodobnost chyby při zamítnutí nulové hypotézy. Počet stupňů volnosti je v našem případě 6, kritická hodnota pro 6 stupňů volnosti a hladinu významnosti 0,05 je 12,592. Vypočtená hodnota testového kritéria je 54,792. Kritická hodnota je v našem případě menší než vypočtená hodnota testového kritéria, zamítáme nulovou hypotézu a na hladině významnosti 0,1 (10 %) a přijímáme hypotézu, že mezi péčí o zrak a nejvyšším dosaženým vzděláním existuje určitá závislost.

Výpočet korigovaného koeficientu kontingence pomocí Pearsona

Dosadíme do vztahu pro korigovaný koeficient kontingence pomocí Pearsona a

dostaneme:
$$C_{kor} = \frac{\sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2 + n}}}{\sqrt{\frac{m-1}{m}}} = \frac{\sqrt{\frac{54,792}{54,792 + 660}}}{\sqrt{\frac{4-1}{4}}} = 0,320$$

Výpočet Cramerova koeficientu

Dosadíme do vztahu pro Cramerův koeficient a dostaneme:

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{n(m-1)}} = \sqrt{\frac{54,792}{660(4-1)}} = 0,166$$

Získané hodnoty koeficientů naznačují, že mezi hodnotami v kontingenční tabulce je jenom slabá závislost. Nejvyšší dosažené vzdělání má vliv na péči o zrak, ale tato závislost není silná.

Příklad 2

Chceme zjistit, zda spolu souvisí péče o zrak a pohlaví. Máme k dispozici 660 dotazníků týkajících se vad a ochrany zraku (náhodný výběr o rozsahu $n=660$). Z dotazníku vybereme otázky týkající se péče o zrak a pohlaví.

Vybrané otázky z dotazníku:

Pohlaví

a) žena

b) muž

Domníváte se, že se dostatečně pečujete o svůj zrak?

a) ano

b) ne

c) někdy

Znak 1 – pohlaví

Znak 2 – péče o zrak

Úkol testu – rozhodnout, zda pohlaví má vliv na péči o zrak

Postup výpočtu

1. Sestavíme tabulku skutečných (naměřených) relativních četností

Tab. 2a Skutečné (relativní) četnosti

	muž	žena	celkem
ano	58	204	262
někdy	40	110	150
ne	47	201	248
celkem	145	515	660

Ve sloupcích tabulky jsou vyjádřené hodnoty znaku 1 – pohlaví, v řádcích hodnoty znaku 2 – péče o zrak. V jednotlivých buňkách tabulky je zaznamenáno, jak odpovídali respondenti z dané skupiny. Např. 58 mužů odpovědělo, že se domnívá, že se dostatečně pečuje o svůj zrak.

Pro výpočet použijeme následující odkaz:

<http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/index.php>

Spustíme aplikaci a podle pokynů aplikace doplníme počet skupin znaku 1 a počet skupin znaku 2. Znak 1 má celkem 2 skupiny (muž, žena), znak 2 má celkem 3 skupiny (ano, někdy, ne). Dále musíme doplnit hladinu významnosti α . Obvykle se volí 0,1 nebo 0,05. Zvolíme 0,05 a dále stiskneme tlačítko pokračovat. V následujícím kroku zadáme do tabulky naměřené relativní četnosti a dále stiskneme tlačítko pokračovat. Zobrazí se nám výsledky testu – tabulka očekávaných četností, hodnota testového kritéria, kritická hodnota testového kritéria pro daný počet stupňů volnosti a rozhodnutí.

Zkontrolujeme podmínky pro použití testu nezávislosti v kontingenční tabulce:

- nejvíce 20 % očekávaných četností může být menších než 5
- žádná očekávaná četnost nesmí být menší než 1

Tab. 2b Očekávané četnosti

	muž	žena	celkem
ano	57,56	204,44	262
někdy	32,95	117,05	150
ne	54,48	193,52	248
celkem	145	515	660

Podmínky pro použití testu jsou v našem případě splněny a můžeme použít test nezávislosti chí-kvadrát. Hodnota testového kritéria je 3,253. Počet stupňů volnosti je 2 (počet řádků 3, počet sloupců 2, odtud $(3-1) \cdot (2-1) = 2 \cdot 1 = 2$). Kritická hodnota pro hladinu významnosti 0,05 a počet stupňů volnosti 2 je 5,991 (viz tabulka 3). Kritická hodnota je větší než vypočtená hodnota testového kritéria, nezamítáme nulovou hypotézu a na dané hladině významnosti, platí, že znaky jsou nezávislé.

Závěr: Z našeho šetření vyplynulo, že péče o zrak a pohlaví na sobě nezávisí. Závislost jsme ověřili pomocí kontingenčních tabulek a použili jsme test chí kvadrát. Kritická mez pro hladinu významnosti byla zvolena 0,05. Vypočtená hodnota testového kritéria je 3,253. Počet stupňů volnosti je 2, kritická hodnota pro 2 stupně volnosti je 5,991. Protože kritická hodnota je větší než vypočtená hodnota, z provedeného testu vyplývá, že veličiny jsou na sobě nezávislé.

Výpočet korigovaného koeficientu kontingence pomocí Pearsona

Dosadíme do vztahu pro korigovaný koeficient kontingence pomocí Pearsona a

$$\text{dostaneme: } C_{kor} = \frac{\sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2 + n}}}{\sqrt{\frac{m-1}{m}}} = \frac{\sqrt{\frac{3,253}{3,253 + 660}}}{\sqrt{\frac{3-1}{3}}} = 0,086$$

Výpočet Cramerova koeficientu

Dosadíme do vztahu pro Cramerův koeficient a dostaneme:

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{n(m-1)}} = \sqrt{\frac{3,253}{660(3-1)}} = 0,050$$

Získané hodnoty koeficientů ukazují, že mezi hodnotami v kontingenční tabulce není závislost. Pohlaví nemá vliv na péči o zrak.

Kritické hodnoty testového kritéria chí-kvadrát

Tab. 3 Kritické hodnoty testového kritéria chí-kvadrát pro hladinu významnosti 0,05 a 0,01

Stupně volnosti	Hladina významnosti	
	0,05	0,01
1	3,841	6,635
2	5,991	9,21
3	7,815	11,341
4	9,483	13,277
5	11,070	15,086
6	12,592	16,812
7	14,067	18,475
8	15,507	20,09
9	16,919	21,666
10	18,307	23,209
11	19,675	24,725
12	21,026	26,217
13	22,362	27,688
14	23,685	29,141
15	24,996	30,578
16	26,296	32
17	27,587	33,409
18	28,868	34,805
19	30,144	36,191
20	31,410	37,566

Zdroj: www.milankabrt.cz/testNezavislosti/index.php

Příloha J

Kazuistika: obor zdravotnický záchranář

KAZUISTIKA ČÍSLO 1

ANAMNÉZA

Žena, 73let

OA: ICHS - St. p. IM nemoc 2 tepen, St. p. implantaci stentu do ACD 2013, LBBB nejasného stáří

St. p. TIA s levostrannou parézou VII., organická depresivní porucha, demence kombinované etiologie

St. p. levostranné nefrektomie pro Grawitzův tumor (2005)

St. p. amputaci proc. articularis mandibulae l. sin. pro susp. meta proces (2008) histologie benigní

Arteriální hypertenze na terapii

DM 2. typu na dietě

Chronická bronchitida, pleuris calcarea bilat

St. p. asymptomatické infekční hepatitidy v.s. typu B

St. p. plicní TBC v dětství, pleuritis calcarea

St. p. CHCE

St. p. APPE

SA: důchodkyně, žije v Domě s pečovatelskou službou

RA: nevýznamná

Abusus: nekouří 40 let

AA: Neguje

FA: Anopyrin 100 mg tbl. 1-0-0, Trombex 75 mg tbl. 1-0-0, Betaloc ZOK 50 mg 1-0, Prestarium Neo 5 mg 1-0-1, Agen 10 mg 1-0-0, Ebrantil 60 mg 1-0-1, Tenaxum 1-0-1, Sortis 20 mg 0-0-1, Euphyllin CR 200 mg 1-0-1, Helicid 20 mg 1-0-0, Buronil 25 mg tbl. na noc

1.1 KATAMNÉZA

Nynější onemocnění

Pacientka nalezena ošetřovatelkou v bezvědomí nejasné etiologie a doby vzniku, volána 155.

čas výzvy: 15:25, čas výjezdu: 15:26, čas příjezdu: 15:40, na místo vyslány vozy RZP a RLP.

Při příjezdu RZP na místo: pacientka stáří cca 75 let, ležící na zemi v poloze na zádech, gasping, cyanóza, pulz nehmatný, tlak neměřitelný. Posádkou RZP okamžitě zahájena rozšířená KPR v poměru 30:2, na EKG maligní arytmie - KF hrubovlnná, proveden 1. defibrilační výboj 200 J, kontinuálně pokračováno v nepřímé srdeční masáži. Po příjezdu lékaře na místo události zajištěna i. v. linka a podán Adrenalin 1 mg i. v. opakovaně v celkové dávce 5 mg, dále FR 200 ml. Opakované defibrilační výboje 200 J, 300 J. Poslední defibrilace kombinovaná s nepřímou srdeční masáží, změna srdečního rytmu cca po 9 minutách, na EKG: KT – SR, dochází ke spontánní obnově oběhu, periferní pulz hmatný, zornice obleněná reakce na osvit. Následně provedena OETI č. 8.0, UPV (Oxylog1000), FiO₂: 1.0, bez známek aspirace. Dále bylo podáno: Dormicum 10 mg i. v., Norcuron 4 mg i. v., Atropin 1 amp, Cordarone 300 mg ve 100 ml 5% glukózy i. v., FR 200 ml i. v. Pacientka transportována na ARO.

Dg: NZO, spon. obnova oběhu, úspěšná KPR

Průběh terapie na ARO

Status praesens při příjmu na ARO:

GCS: 3 (1-1-1)

S: nelze

TK: 139/67 (81), SpO₂ 99 %, P 120, ETCO 38 %

Neurologie: Pacientka kontinuálně sedována, GCS 1-1-1, bez lateralizace ve svalovém tonu, bez reakce na algický podmět. Bulby paralelně, OCR horizontální +, vertikální -, mydriáza, fotoreakce ++. Horní a dolní meningeální dráždění negativní. Uši i nos bez

výtoku, ústa čistá, kariézní chrup, ET fixována u 22 cm u horních řezáků. Thyroidea nehmatná, karotidy symetrické, bez šelestu, bez zvýšené náplně krčních žil.

Dýchání oslabené bilaterálně. Ventilační režim SIMV, PEEP 6, Ps 12, f 16/min, FiO₂ 0,50, Saturace 99 %.

TK 120/min, MAP (střední arteriální tlak) nad 80 mmHg, periferie teplá, kapilární návrat pod 2 sekundy. Poslechově 2 ozvy, bez šelestu.

Břicho v niveau, měkké, prohmatné, orientační IAP (nitrobřišní tlak) normální, bez hmatné rezistence. Peritonitida negativní. Játra pod oblouk, slezinu nehmatám. Peristaltika neslyšná. DK bez asymetrických otoků, trofických změn a patologických eflorescencí. Bez známek pozičního traumatu. Vstupně na EKG KT 120/min. Dle SKG ACS bez stenóz, nevýznamná stenóza RIA I kolem 30 %, odstupová, stenóza kolem 50 % na RD2. Nevýznamný plát na silném RM2 ACD s dobře průchodným stentem, bez významné stenózy. Vzhledem k AV bloádě III. stupně s frekvencí komor 45/min zavedena stimulační elektroda z arteria femoralis. Pacientka hemodynamicky stabilní bez nutnosti podpory oběhu katecholaminy. Zajištěny invaze, arteriální a centrální kanyla, bez komplikací. Orientačně dle USG bez známek PNO. Pro přetrvávající mydriázu provedeno CT mozku, s kontrastem, které je bez aktuálních patologických změn, jen staré post ischemické změny v capsula ext., dále CT hrudníku, kde nález atypické polohy stimulační elektrody - z pravé komory proniká do perikardu, obtáčí se kolem levé komory, kde končí. Velmi malé množství tekutiny v perikardu, nelze dle CT vyloučit hemoperikard. Dle TTE nález - lehce globálně snížená systolická funkce, EFLK 50 %, naznačen D shape, středně významně rozšířená pravá komora, plicní hypertenze, PAPs 40 mmHg. Komorová elektroda hrotem PK do perikardu, bez známek hemoperikardu. Poté stimulační elektroda vytažena za ECHO kontroly, bez známek tamponády. Domluven kardiochirurgický sál dle potřeby.

Závěr při přijetí:

St. p. KPR - úvodní rytmus KF - 3x DF, 4 amp. Adrenalinu, 2 amp. Atropinu, Cordarone 300 mg – rozšířená KPR cca 9 minut, úplná spon. obnova oběhu.

AVB III. st. se stimulační elektrodou zavedenou při AG

AG nález bez akutní intervence, jen staré změny, stent v ACD průchozí

Mydriáza, CT mozku negativní, jen staré postischemické změny v capsula ext.

Léčebný plán:

Sedace: Propofol, Dormicum, Sufentanil

UVP: SIMV, PEEP 6, Ps 12, f 16/min, FiO₂ 0,50

Chlazení 24 hod. na teplotu jádra 34 °C, poté odtlumení a ozřejmění stavu CNS

Snaha o optimální tekutinovou náplň srdce, SR

ECHO kontrola perikardiální tamponády po vytažení KS elektrody při její malpozici

Mikrobiologické stěry provedeny, zatím bez ATB

Ponechána zatím bez Heparinu - vysoké APTT

Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA Taxonomie II. u pacientky po úspěšné obnově krevního oběhu:

Potencionální diagnózy

Riziko neprůchodnosti dýchacích cest 00031

Riziko vzniku infekce 00004

Riziko poruchy kožní integrity 00047

Riziko deficitu tělesných tekutin 00028

Riziko imobilizačního syndromu 00040

Aktuální diagnózy

Deficit sebepéče při koupání a hygieně 00108

Deficit při vyprazdňování 00110

Zhoršená pohyblivost na lůžku 00085

Riziko imobilizačního syndromu 00040

Riziko neprůchodnosti dýchacích cest z důvodu zavedené endotracheální kanyly a neschopností pacientky vykašlat sekret z dýchacích cest.

Riziko vzniku infekce spojené se zavedením invazivních vstupů do krevního řečiště a zvýšeným rizikem invaze patogenních mikrobů do organismu.

Riziko poruchy kožní integrity spojené s imobilizací pacientky.

Riziko deficitu tělesných tekutin z důvodu bezvědomí a bez možnosti korekce na podkladě pocitu žízně.

Riziko imobilizačního syndromu z důvodu imobilizace pacientky v bezvědomí.

Ošetrovatelský plán u pacientky po úspěšné obnově krevního oběhu:

Riziko neprůchodnosti dýchacích cest:

Cíl: P má průchodné dýchací cesty – Priorita vysoká, cíl - dlouhodobý

Intervence:

Zajištění vhodné polohy pacientky.

Nácvik dechové rehabilitace.

Pravidelné odsávání sekretu z dýchacích cest à 2 hod.

Sledování charakteru odsávaného sekretu.

Podávání inhalace dle ordinace lékaře.

Kontrola SpO₂ a krevních plynů.

Zápis do ošetrovateľskej dokumentace

Riziko vzniku infekce:

Cíl: P nejeví známky infekce. – Priorita vysoká – cíl dlouhodobý

Intervence:

Dodržování aseptických zásad při invazivních výkonech.

Pravidelné výměny kanyly.

Označení datem výměny i. v. kanyly.

Kontrola okolí a péče o invazní vstupy.

Kontrola polohy a průchodnosti PMK.

Kontrola vzhledu, zápachu a množství moči.

Pravidelné zápisy do ošetrovateľskej dokumentace.

Riziko poruchy kožní integrity:

Cíl: P nemá narušenou kožní integritu, nejeví známky proleženin. – Priorita vysoká, cíl - dlouhodobý

Intervence:

Sledovat stav výživy.

Sledovat hydrataci P/K.

Sledovat predilekční místa.

Provádět pasivní a aktivní cvičení a polohování P/K.

Provádět pravidelnou hygienu u P/L.

Masírovat predilekční místa.

Stav kožní integrity zapisovat do ošetrovatelské dokumentace.

Riziko deficitu tělesných tekutin

Cíl: P má vyrovnanou bilanci. – Priorita vysoká, cíl - dlouhodobý

Intervence:

Sledovat množství a charakter moči.

Bilance za 24 hodin.

Pravidelné zápisy do ošetrovatelské dokumentace.

Riziko imobilizačního syndromu

Cíl: P nemá imobilizační syndrom, bez dekubitů a poruch na pokožce. –

Priorita vysoká, cíl - dlouhodobý

Intervence:

Pravidelné polohování.

Spolupráce s fyzioterapeuty.

Péče o pokožku.

Antidekubitní matrace.

Pravidelné zápisy do ošetrovatelské dokumentace.

Průběh 1. dne hospitalizace:

Pacientce byly zavedeny arteriální a centrální kanyly. Arteriální kanyla do arteria radialis lateralis dextra. Centrální žilní kanyla byla zavedena do vena jugularis lateralis dextra. Zavedena NGS do levé nosní dírky, ponechaná zatím na spád. Dále zavedena močová cévka s teplotním čidlem pro sledování teploty jádra. Pacientka

ochlazována matrací s vodní cirkulací a chladivými obklady přikládány na podávaná léčiva a infuze.

Monitorace:

Kontinuální:

EKG, SpO₂, TK z a. karotis, puls

à 1 hodina: TT z PMK, CVP, velikost zornic, otevření očí, pohyb rukou/nohou, diuréza bilance P/V à 6 hodin, celková bilance P/V za 24 hodin

Prováděné odběry:

ABR arteriální à 3 hodiny včetně glykémie a iontů

ABR venózní à 6 hodin včetně iontů

APTT, INR a KO à 12 hodin

Urea, kreatin, Mg, P, K, CRP, PCT, ALS, ALT, GGT, bilirubin à 24 hodin.

Vyšetření:

RTG srdce a plíce à 24 hodin

Podávána léčiva dle ordinace

(Kontinuálně v 50 ml FR/G5% perfuzoru i. v.)

Noradrenalin na hmotnost pacientky pro MAP 75-85 mmHg

Heparin 10 000 IU dle APTT 40-45

KCl 7,45% pro K⁺ v arteriálním ABR 4-5 mmol/l

Propofol 1% pro RASS - 4

Dormicum 100 mg pro RASS - 4

Sufenta forte 250 µg pro RASS - 4

Medikace:

Degan 1 amp. à 6 hodin i. v.

Quamatel 1 amp. à 12 hodin i. v.

Berodual 5 ml/20 ml FR à 4 hodiny 4 ml MNB

Infuze:

1000 ml Isolyte + 20 ml 20% MgSO₄ + 1 amp. Thiamin r = 40 ml/h

Den hospitalizace 2

GCS: 3 (1-1-1)

Léčebný plán:

Po 24 hodinách ukončit mírnou terapeutickou hypotermii a začít ohřívat rychlostí 0,2 °C za hodinu

Po ohřátí na normotermii zahájit rehabilitaci

Snižování sedace dle tolerance pacientky k ETI

Průběh dne:

Ukončení fyzikálního chlazení.

Snižování sedace.

Ukončeno fyzikální chlazení a ohřátí na normotermii. Během dne probíhá standardní ošetrovatelská péče - hygiena na lůžku s otočením. Péče o kůži pacientky. Polohování a využití antidekubitní matrace a polohovacích pomůcek proti vzniku dekubitů a otlaků. Péče o dutinu ústní a oči à 2-3 hodiny (dle potřeby). Odsávání z ETR a dutiny ústní à 1-2 hodiny (dle potřeby). Převazy invazních vstupů dle aseptických zásad nemocničního zařízení. Přepolohování a převaz ETR à 12.

Den hospitalizace 3

GCS: 5 (1-1-3)

Léčebný plán:

Weaning : SIMV, PEEP 6, Ps 12, f 16/min, FiO₂ 0,50 - snižování Ps a FiO₂ dle saturace možnost změnit na SPONT

Ukončení sedace

Vyšetření moče chemicky + sediment

Průběh dne:

Snižování ventilační podpory. Snižování sedace. Dechová rehabilitace a fyzioterapie. Změna ventilačního režimu na SPONT PEEP 6, Ps 6, a FiO₂ 0,4. Pacientka se začíná probouzet do kontaktu.

Hodnocení ošetrovatelské péče 1-3 den u pacientky po úspěšné obnově krevního oběhu:

Riziko neprůchodnosti dýchacích cest:

Po dosažení normotermie probíhá u pacientky 2x denně dechová rehabilitace. Pacientka je polohována se zvýšenou horní polovinou těla + 30°. První den je odsávání z dýchacích cest s malou příměsí krve. Druhý a třetí den je sputum žluté a vazké. Odsávání každé 2 hodiny. Nebulizace podávána dle ordinace lékaře à 4 hodiny. Kontrola krevních plynů ABR à 3 hodiny. Hodnota SpO₂ je zapisována do ošetrovatelské dokumentace à 1 hodina.

Riziko vzniku infekce:

Invazivní vstupy do krevního řečiště zavedeny za aseptických podmínek. Převazy invazivních vstupů jsou prováděny asepticky, okolí desinfikováno peroxidem vodíku a Cutasept F. Zakrytí invazivních vstupů provedeno krytím Tegaderm.

Okolí vstupů klidné bez zarudnutí, hematomů a známek infekce. Stav invazí zaznamenáván do ošetrovatelské dokumentace službu konajícím personálem. PMK ošetřen desinfekcí Octanisept. PMK odvádí čistou moč bez příměsí. Bilance počítána za 24 hodin.

Riziko poruchy kožní integrity:

Nutriční stav pacientky hodnocen při vizitě ošetřujícím lékařem. Kožní tonus v normě, pacientka vyživována NGS. 2x denně probíhá fyzioterapie. Predilekční místa klidná a ošetřena zinkovou a lenies mastí. Kůže ošetřena mentolovým chladivým gelem a hydratačním krémem. Polohování pacientky po dosažení normotermie pravý bok - záda - levý bok s využitím antidekubitální matrace a polohovacích pomůcek.

Riziko deficitu tělesných tekutin

Permanentní močový katétr je průchodný. Moč bez příměsí. Udržována vyrovnaná bilance za 24 hodin. Celkem + 260 ml za 3 dny hospitalizace. P močí bez podpory diuretik.

Riziko imobilizačního syndromu

Po dosažení normotermie probíhá u pacientky pravidelné polohování à 3 hodiny. Sledování hodnoty APTT pro prevenci žilní trombózy.

Všechny stanovené cíle byly splněny.

Den hospitalizace 4

GCS: 5 (1-1-3)

Léčebný plán:

Pro výraznou elevaci zánětlivých parametrů s pozitivním nálezem v moči po konzultaci s mikrobiologickým centrem nasazen Ciphin 400 mg/200 ml à 6 hodin i. v. Extubace ETK dle kontaktu s pacientkou.

Průběh dne:

HD i respiračně stabilní, ABR vyhovuje. Přes den ukončena sedace, pro mírný neklid Propofol i. v. kontinuálně na noc k odpočinku, do té doby kontakt nepřilíš validní.

Den hospitalizace 5

GCS: 11 (4-1-6)

Léčebný plán:

ATB pro močovou infekci

Extubace ETK dle kontaktu s pacientkou

Průběh dne:

Pacientka fixuje pohled, odpoví kývnutím a vyhoví jednoduché výzvě - vyplázne jazyk. Během dopoledne extubace ETK. Přejít na ventilaci za pomoci Kendal přes lehkou masku. FiO₂ dle saturace 0,4-1. Rehabilitace pro pomoc s odkašláním hlenů z dýchacích cest. V rámci rehabilitace sed v křesle. Odpoledne vytažení NGS. Večer pacientka schopna sama jíst i pít.

Den hospitalizace 6

GCS: 14 (4-4-6)

Léčebný plán:

ATB pro močovou infekci

Vytažení invazivních vstupů

Překlad na interní JIP

Průběh dne:

Během dne zaveden PŽK. Vytaženy a. karotis a CŽK - konce odeslány na mikrobiologii. TK sledován NIBP (neinvazivní manžetou). Překlad na interní JIP.

Hodnocení ošetrovatelské péče 4-6 den u pacientky po úspěšné obnově krevního oběhu:

Riziko neprůchodnosti dýchacích cest:

Pokračování v dechové rehabilitaci 2x denně. Pacientka je polohována se zvýšenou horní polovinou těla + 30°. Do vytažení ETK je odsáváno sputum žluté a vazké. Poté je pacientka schopna sama odkašlat sekret z dýchacích cest a je podáván zvlhčený O₂ přes Kendal. Inhalace podávána dle ordinace lékaře à 4 hodiny. Kontrola krevních plynů ABR à 3 hodiny. Hodnota SpO₂ je zapisována do ošetrovatelské dokumentace à 1 hodina.

Riziko vzniku infekce:

Převazy invazivních vstupů jsou prováděny asepticky, okolí desinfikováno peroxidem vodíku a Cutasept F. Zakrytí invazivních vstupů provedeno krytím Tegaderm. Okolí vstupů klidné bez hematomů a známek infekce. Stav invazí zaznamenáván do ošetrovatelské dokumentace službu konajícím personálem. PMK ošetřen desinfekcí Octanisept. PMK odvádí čistou moč bez příměsí. Dle laboratorních výsledků pozitivní močová infekce. Balance počítána za 24 hodin.

Riziko poruchy kožní integrity:

Nutriční stav pacientky hodnocen při vizitě ošetřujícím lékařem. Kožní tonus v normě, pacientka vyživována NGS. Po vytažení NGS je pacientka schopna sama přijímat potravu a tekutiny. 2x denně probíhá fyzioterapie. Predilekční místa klidná a ošetřena zinkovou a lenies mastí. Kůže ošetřena mentolovým chladivým gelem a hydratačním krémem. Polohování pacientky pravý bok - záda - levý bok s využitím antidekubitální matrace a polohovacích pomůcek. Od 5. dne je pacientka schopna sama zaujmout vhodnou polohu a spolupracuje při hygieně a manipulaci.

Riziko deficitu tělesných tekutin

Permanentní močový katétr je průchodný. Moč bez příměsí. Udržována vyrovnaná bilance za 24 hodin. Celkem + 1200 ml za 6 dní hospitalizace. P/K močí bez podpory diuretik. Od 5. dne hospitalizace pacientka schopna přijímat výživu a tekutiny per os.

Riziko imobilizačního syndromu

Probíhá pravidelné polohování à 3 hodiny. Sledování hodnoty APTT pro prevenci žilní trombózy. APTT v normě na minimální dávce heparinu. Pacientka bez dekubitů a oruchy pokožky.

Závěr:

Pacientka se po doléčení uroinfekce na JIP a následně na interním oddělení vrátila do domu s pečovatelskou službou.

Hodnocení ošetrovatelského procesu u pacientky po úspěšné obnově krevního oběhu:

Riziko neprůchodnosti dýchacích cest:

Pacientka po extubaci. Dýchací cesty průchodné, hodnoty ABR a SpO₂ v normě.

Cíl byl splněn.

Riziko vzniku infekce:

Arteriální a centrální kanyla odeslány po vytažení na mikrobiologické vyšetření.

Bez nálezu infekce. V moči pozitivní nález infekce.

Cíl nebyl splněn.

Riziko poruchy kožní integrity:

Kožní integrita neporušena. Vizuální kontrola ošetřujícím personálem a subjektivně pacientka bez obtíží.

Cíl byl splněn.

Riziko deficitu tělesných tekutin

Pacientka netrpí deficitem tělesných tekutin. Celkem + 1200 ml za 6 dní hospitalizace.

Cíl byl splněn.

Riziko imobilizačního syndromu

Pacientka netrpí imobilizačním syndromem.

Cíl byl splněn.

Do ošetrovateľskej péče byl začleněn edukační proces v oblasti dodržování léčebného režimu v domácej péči P/K, s ohľadom na kardiovaskulárny ochorenie.

Dodržovanie životosprávy – doporučit vhodné potraviny a vyloučit škodlivé.

Pohyb – doporučit procházky.

Dodržovanie pitného režimu – kolik vypít.

Pravidelné mērenie TK, P.

Pravidelné dodržovanie medicíny.

Pravidelné kontroly u odborných lekárov.

Pokud možno, začlenenie rodiny, či blízkých, alebo niekoho z pečovatelskej služby do edukačného procesu.

1.2 ANALÝZA KAZUISTIKY

Pacientka byla přijata na ARO od ZZS pro náhlou zástavu oběhu. Po přijetí a zajištění životních funkcí byly stanoveny ošetrovateľské problémy: Riziko neprůchodnosti dýchacích cest, riziko vzniku infekce, riziko poruchy kožní integrity, riziko deficitu tělesných tekutin a riziko imobilizačního syndromu. Byl stanoven ošetrovateľský cíl a ošetrovateľský plán. Stanovili jsme priority u jednotlivých ošetrovateľských problémů.

Ošetrovateľský proces byl zapisován při předání směn do ošetrovateľské dokumentace. Zde je hodnocen po 3 dnech. Ošetrovateľské cíle 1.-3. dne byly splněny. Ošetrovateľské cíle 4.-6. dne nebyly splněny z důvodu uroinfekce pacientky. Ošetrovateľský proces byl ukončen 6. den hospitalizace překladem na interní JIP.

V průběhu péče o pacientku bylo používáno nemocniční lůžko Multicare zapůjčené firmou Linet. Lůžko umožňuje oproti ostatním lůžkům naklánět pacienta na pravou či levou stranu. Náklon do stran ulehčoval především hygienu a rehabilitaci. Po

probuzení pacientky byla využívána možnost vytvoření křesla z lůžka. Po edukaci byla pacientka schopna sama úpravy polohy nastavením lůžka, což mělo příznivý vliv na její psychiku z důvodu pocitu menší závislosti na ošetřujícím personálu. Ošetřujícím personálem bylo hodnoceno velmi kladně z důvodu jednoduchého ovládání a ulehčení práce při manipulaci s pacientem. Výhody tohoto lůžka se jistě projeví více u pacientů trpící obezitou. Doporučujeme využívání v praxi.

KAZUISTIKA č. 2

Výjezdové stanoviště:

České Budějovice

Posádky účastné na výjezdu:

RZP a RV

Indikace:

Úraz, pád

Místo zásahu:

Město ležící západně od Českých Budějovic

Vzdálenost: 15 km

Popis místa úrazu:

Podzimní víkendový den, teplota vzduchu okolo 15 °C, v zadní části oplocené parcely se nachází vzrostlý strom, výška zhruba 12 metrů. Ve čtyřech metrech je opřen žebřík. Dopadová plocha pod stromem je trávník.

Popis úrazu:

Muž 54 let, zařezával větve stromu, po odklonění od žebříku následuje pád. Výška podle rozloženého žebříku změřena na 4 metry. Nekontrolovaný pád na záda. Úraz se stal přibližně 9:45.

Status praesens:

Krátkodobé bezvědomí, amnézie na období před nehodou zhruba 20 minut. ZZS volá manželka, která pád viděla. Pacient má defigurovanou pravou dolní končetinu v oblasti bérce. Pacient si stěžuje na bolesti hlavy dorzálně, krku dorzálně, hrudníku dorzálně a beder. Citlivost horních končetin zachována, od oblasti pupku kaudodistálně ztráta citu a hybnosti. Pacient je ležící, jeví známky zmatenosti GCS 3-4-6, komunikuje s okolím. Kardiopulmonálně kompenzovaný hypotenzní 90/50, dýchání bilaterální čisté, bez vedlejších fenoménů SpO2 92 % dispnoe. Tachykardický AS pravidelná 138/min. Barva kůže a sliznic fyziologická, bez cyanózy či ikteru. V okolí nosu a úst nalezeno malé množství zaschlé krve.

Hlava ve střední čáře, na poklep nebolestivá, uši bez výtoků, nos s malým množstvím zaschlé krve, jazyk poraněn drobnou ránou v délce 5mm, jazyk plazí středem, dále dutina ústní bez známky traumatu. Zornice isokorické s fyziologickou reakcí na osvit bez zneokrouhlení, bez nystagmu.

Krk ve fyziologickém postavení, bez zvýšené náplně krčních žil. Páteř bolestivá v oblasti krčního a bederního segmentu.

Hrudník je vizuálně symetrický, palpačně hrudní stěna nestabilní, krepitace přítomny. Bolest vzestupná při dýchání.

Břicho v úrovni, měkké volně prohmatné, nebolestivé, bez rezistence. Od úrovně pupku dále ztráta citu.

Pánev pevná, nebolestivá.

Pravá dolní končetina mírně defigurována tibiálně v bérce, dále končetiny bez otoků. Citu a hybnost na horních končetinách zachováno, na výzvu stiskne s latencí a slabší svalovou silou. Dolní končetiny, jeví známky ztráty citu i hybnosti.

Terapie:

Za použití fixačních hmatů, u ležícího pacienta naměřen a naložen krční límec. Dále zajištěn žilní vstup, kanylou 18G na levé horní končetině v kubitální jamce. Druhý žilní vstup, kanylou 18G na pravé horní končetině také v kubitální jamce. Následuje podání fyziologického roztoku pro udržení průchodnosti žilních linek. Podán Diazepam 5 mg tbl. p. o. Pacientovi je podán Fentanyl 100 ug i. v. frakcionovaně. Pravá dolní končetina v mírném tahu fixována vakuovou matrací. Pod pacienta naložen scoop rám za neustálé fixace krční páteře jedním zachráncem a krčním límcem. Pacient přenesen na celotělovou vakuovou matraci. Poté rám rozložen a pacient je ponechán pouze na vakuové matraci na nosítkách. Po odsátí vzduchu z vakuové matrace a následném přichycení pacienta bezpečnostními pásy, jej transportuje RZP v doprovodu RV na Traumatologickou ambulanci Nemocnice České Budějovice a.s. bez komplikací během transportu.

Časová osa:

- ☐ Čas nehody 9:45 ± 5 minut
- ☐ Tísňové volání na linku KZOS: 9:47
- ☐ Čas výzvy: 9:48
- ☐ Výjezd vozidla RZP: 9:50
- ☐ Výjezd vozidla RV: 9:50
- ☐ Příjezd na místo zásahu: 10:02
- ☐ Zahájení terapie: 10:04
- ☐ Zahájení manipulace: 10:12
- ☐ Odjezd z místa zásahu: 10:20
- ☐ Předání pacienta: 10:35

KAZUISTIKA č. 3

ANAMNÉZA

Popis situace:

Podmínky: podzim, pracovní den, teplota ovzduší cca 7 °C, mokrá vozovka, čas nehody: krátce před 20 hodinou.

Vzdálenost výjezdových stanovišť zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS) od dopravní nehody v příslušném Územním oddělení: nejbližší výjezdové stanoviště vzdálené 13 km s možností využití jedné skupiny rychlé lékařské pomoci (dále jen RLP) a skupiny rychlé zdravotnické pomoci (dále jen RZP); další výjezdová stanoviště vzdálená 16 km – 1x RLP a 24 km – 1x RLP. Letecká zdravotnická záchranná služba (dále jen LZZS) není k dispozici.

Sít zdravotnických zařízení: nejbližší zdravotnické zařízení poskytující vyšší stupeň traumatologické péče vzdálené od nehody 13 km; Traumacentrum vzdálené 47 km po silnici I. třídy.

Průběh nehody: řidič osobního vozidla přijíždí krátce před dvacátou hodinou velmi vysokou rychlostí směrem do města. Při průjezdu nejdříve dlouhé pravotočivé a následně mírné levotočivé zatáčky nezvládá řidič ve vysoké rychlosti ovládání vozidla, dostává smyk a dochází k silnému nárazu levou stranou automobilu do jednoho z mohutných stromů po pravé straně komunikace.

KATAMNÉZA

Průběh zásahu u dopravní nehody z pohledu ZZS

19:58 hodin

Příjem tísňové výzvy na linku 155. Žena, svědkyně nehody volající z mobilního telefonu, hlásí dopravní nehodu kousek od jejího domu.

ZOS obdrželo datovou větu z tísňové linky 112 s informacemi o dopravní nehodě, její lokalizaci s upřesněním, že se jedná o osobní vůz ve stromě, tři zaklíněné osoby.

Dispečer ZOS vysílá z nejbližšího výjezdového stanoviště výjezdovou skupinu RZP ve složení: záchranář a řidič.

Jednotka HZS (č. 1) na základně vzdálené 13 km od místa nehody přijímá výzvu k výjezdu a současně je vyslána jednotka HZS (č. 2) ze základny vzdálené 11 km od nehody.

20:01

Výjezd ZZS (RLP, RZP) ze základny.

20:02

Výjezd hlídky PČR k události v místě dopravní nehody a současně vyjíždí dopravní Policie ČR k události ze základny vzdálené 24 km.

20:07

Hlídka PČR přijíždí na místo dopravní nehody jako první složka IZS a provádí průzkum a poskytnutí první pomoci zraněným.

20:08

RLP přijíždí na místo dopravní nehody. Ve vozidle cestovaly tři osoby. Ve značně zdemolovaném vozidle se na předních sedačkách nacházejí dvě zaklíněné osoby mužského pohlaví. Mladá žena, která cestovala na zadních sedačkách, byla vyproštěna z vozidla za pomoci svědků události a Policie ČR a nyní sedí na zemi opřená o strom. Motor vozidla je zastaven, ale světla svítí a kontrolky na palubní desce jsou zapnuty. Rozsah poškození přední kapoty neumožňuje provést odpojení autobaterie. Automobil není vybaven air-bagy a z důvodu velké destrukce volantu a palubní desky nelze provést vypnutí a vytažení klíčku ze zapalování. Lékařka zahajuje prvotní třídění zraněných a hodnocení jejich stavu. U stromu sedí 24 letá žena při vědomí a komunikuje. Udává bolest dolní končetiny a vyžaduje pomoc pro její kamarády uvnitř vozidla. U zraněné zůstává řidič ZZS, aplikuje krční límec a provádí ošetření dolní končetiny. Lékařka zjišťuje skrze boční okénko stav mladého muže na sedadle

spolujezdce a na základě zjištěných skutečností konstatuje smrt v důsledku poranění neslučitelných se životem. Přes boční okno z levé strany vozidla zjišťuje lékařka kvantitativní poruchu vědomí u 18 letého nepřipoutaného řidiče nereagujícího na slovní ani algické podněty se zachovaným spontánním dýcháním, který pohybuje horní končetinou a občas slabě zasténá. Lékařka a záchranář nasazují zraněnému krční límec, je mu podáván kyslík maskou a zajištěn vstup do cévního řečiště na horní končetině s aplikací infuze.

20:11

Velitel hasičů kontaktuje zasahující lékařku a na základě zjištěných informací a provedeného průzkumu organizuje zajištění vozidla proti pohybu, protipožární opatření, pomocí vyprošťovacího zařízení otevření kapoty a odpojení akumulátoru a přípravu na vyproštění zraněného řidiče z havarovaného vozidla.

20:13

Lékařka RLP v průběhu vyprošťování zraněného řidiče příslušníky HZS za pomoci vyprošťovacího zařízení předává zraněnou ženu k vyšetření a ošetření posádce RZP. Zraněná je přeložena na vakuovou matraci a nosítka, načež je naložena do sanitního vozidla RZP. Lékařka informuje ZOS prostřednictvím radiostanice o situaci na místě nehody, počtu zraněných a jejich stavu na základě prvotního vyšetření. Dispečer ZOS kontaktuje službu konajícího lékaře pro zajištění ohledání mrtvého spolujezdce.

20:15

Příjezd jednotky HZS č. 2 na místo zásahu a zastavení vozidla za vůz jednotky HZS č. 1. Kontakt velitele vozu jednotky č. 2 s velitelem zásahu a provádění přidělených činností – asistence při provádění záchranných a likvidačních prací a udržování spojení s krajským operačním střediskem (KOPIS).

20:20

Zraněný řidič je uvolněn ze sevření havarovaného vozidla příslušníky HZS pomocí vyprošťovacího zařízení a je provedeno jeho vyjmutí natažením na scoop-rám, pomocí kterého je přenesen a uložen řidičem RLP na nosítkách přichystanou vakuovou matraci. Scoop-rám je vyjmut z pod pacienta a po odsátí vakuomatrace je pacient naložen do vozidla RLP. V sanitním voze lékařka provádí za asistence řidiče intubaci a napojení pacienta na UPV za použití farmak. Záchranář obnažuje zraněného a provádí měření krevního tlaku, monitoraci EKG, SpO₂ a kapnometrii. Lékařka zahajuje druhotné vyšetření „od hlavy k patám“ přičemž zjišťuje rozsáhlé poranění skeletu hrudníku a vnitřních orgánů. Neprodleně je provedena drenáž hrudníku. Záchranář zajišťuje druhý vstup do cévního řečiště a zraněnému je aplikována substituční terapie přetlakem. Pacientovi jsou podána potřebná farmaka a kryty tržné rány na hlavě a horní končetině, na které je současně provedena imobilizace pomocí Kramerovy dlahy. Monitorace a měření krevního tlaku po 2 minutách probíhá po celou dobu vyšetřování a ošetřování. Lékařka přebírá od PČR doklady zraněného nalezené v havarovaném vozidle.

20:28

Výjezd povolane SKPV (dále jen Služba kriminální policie a vyšetřování) na místo události.

Příslušníci jednotek HZS provádí zajištění místa nehody, přikrytí zemřelé osoby v havarovaném vozidle a vyčkávají příjezdu SKPV. RZP provádí u zraněné ženy monitoraci EKG, SpO₂, měření krevního tlaku, zajištění dvou vstupů do cévního řečiště a na základě indikace lékařky RLP záchranář aplikuje potřebná farmaka a substituční infuzní terapii. Zraněné je podáván kyslík maskou. V průběhu druhotného vyšetření je ošetřena zraněná dolní končetina krytím a imobilizací Kramerovou dlahou. Žena byla

za jízdy připoutána a udává bolest hrudníku. Záchranář přebírá po zajištění pacientky její doklady. Lékařka RLP přechází mezi sanitními vozidly, provádí léčebné zákroky u pacientů a koordinuje činnost záchranářů.

20:40

RZP odjíždí z místa zásahu a na základě pozitivní Triáže směřuje zraněnou ženu ve stabilizovaném stavu do traumacentra vzdáleného 47 km.

20:45

Ukončení činnosti jednotky HZS č. 2 na místě nehody a odjezd na základnu.

20:53

PČR přes policejní dispečink povolává policejního psychologa k provedení intervence u příbuzných zraněného řidiče, kteří se dostavili na místo nehody.

21:02

Návrat na základnu jednotky HZS č. 2 a ukončení výjezdu.

21:20

Lékařka RLP ukončuje resuscitaci pacienta a konstatuje smrt. Mrtvý je odpojen od přístrojového vybavení, je ukončena veškerá probíhající terapie, jsou odstraněny všechny invazivní vstupy a je provedeno zakrytí mrtvého a jeho zajištění bezpečnostními pásy. Řidič prostřednictvím radiostanice oznamuje dispečerovi úmrtí pacienta při převozu do zdravotnického zařízení a je domluven transport mrtvého na nejbližší oddělení patologie, které se nachází v místě základny výjezdové skupiny. RLP transportuje tělo zemřelého na oddělení patologie bez použití světelného výstražného zařízení.

Dispečer ZOS informuje cílové zdravotnické zařízení a PČR o úmrtí pacienta při převozu. Dále dispečer zajišťuje nejbližší pohřební službu k zajištění převozu mrtvého z oddělení patologie na Ústav soudního lékařství.

21:25

RZP předává zraněnou ženu na UP traumacentra. Za stále probíhající terapie a monitorace je pacientka transportována ze sanitního vozidla na UP, kde je přeložena na lůžko příjímacího oddělení a přepojena na jejich přístrojové vybavení. Záchranář lékaři UP sděluje informace o mechanismu úrazu, zjištěných poraněních, provedených imobilizačních opatřeních, poskytnuté terapii a vývoji stavu během poskytování PNP. Věci jsou předány společně s pacientkou zdravotnickému personálu. Imobilizační prostředky jsou zčásti nahrazeny a zbývající jsou navraceny posádce RZP po sejmutí ze zraněné. Lékař potvrzuje převzetí pacientky razítkem a podpisem na kopii Záznamu o výjezdu a ponechává si jeho originál.

Policejní psycholog přijíždí na místo dopravní nehody a zahajuje krizovou intervenci u rodin zemřelých.

21:31

RZP oznamuje prostřednictvím radiostanice ZOS předání pacientky ve zdravotnickém zařízení a připravenost k dalšímu výjezdu. Dispečer posílá výjezdovou skupinu zpět na základnu.

21:44

RLP předává tělo zemřelého na oddělení patologie.

ANALÝZA A INTERPRETACE

Činnost zdravotnického operačního střediska

Převzetí výzvy o dopravní nehodě od volající proběhlo rychle a byly zajištěny všechny dostupné informace.

Vyhodnocení výzvy na základě získaných informací proběhlo s minimální časovou ztrátou. Byl vyslán dostatečný počet výjezdových prostředků z místa s nejlepší dosažitelností a zároveň byl zajištěn běžný provoz ZZS v daném územním obvodu (dále jen ÚO) dvěma výjezdovými skupinami RLP v protilehlých částech území.

Informace o dopravní nehodě byly okamžitě předány ostatním složkám integrovaného záchranného systému (dále jen IZS) a byla tak zajištěna jejich spolupráce.

ZOS po celou dobu průběhu činnosti výjezdových skupin zajišťovalo podporu včetně předávání informací do zdravotnického zařízení, zajištění pohřební služby a povolání ohledávajícího lékaře.

Činnost ZOS byla provedena rychle bez zbytečných časových prodlev, čímž pracovníci operačního střediska zajistili téměř okamžitou aktivaci všech složek IZS.

Činnost pracovníků ZOS byla provedena v souladu s postupy a doporučeními, uvedenými v odborné literatuře (Zákon č. 374/2011, Vyhláška 55/2011, dle § 17).

Činnost výjezdových skupin ZZS.

Přijetí výzvy a výjezd posádek ZZS k dopravní nehodě proběhl v časovém limitu.

Při jízdě k nehodě byla využita světelná a akustická výstražná zařízení dle závažnosti a naléhavosti výzvy.

Při rozhovoru se členy výjezdové skupiny RLP bylo sděleno, že na rizika, při provádění prvních zákroků u zraněných, ani nepomysleli.

Vzhledem k množství zraněných a zachraňujících v prvních okamžicích na místě nehody, provedla lékařka správně rychlé třídění všech zúčastněných.

Po vyhodnocení závažnosti stavu jednotlivých zraněných došlo, do doby příjezdu posádky RZP, k rozdělení týmu RLP tak, aby první pomoc byla poskytnuta oběma zraněným v dostatečném rozsahu vzhledem k závažnosti jejich zdravotního stavu.

Prvotní vyšetření zraněných proběhlo s ohledem na přístup k zaklíněnému pacientovi v dostatečném rozsahu.

Ihned po příjezdu RZP je zraněná převzata touto posádkou k vyšetření a ošetření.

Kontakt, výměna informací a spolupráce s velitelem hasičů.

Vzhledem k zaklínění a možnosti přístupu k pacientovi proběhlo dostatečné zajištění zraněného před jeho vyproštěním.

Komunikace se ZOS proběhla.

Provedeno správné a šetrné vyproštění za využití scoop-rámu a imobilizace na již připravené vakuomatraci.

Další vyšetření zraněného provedeno systematicky, a na jeho základě provedeno zajištění, léčba, léčebné zásahy a imobilizace.

Vyšetření zraněné posádkou RZP a provedená opatření, včetně poskytnuté léčby, byla provedena v dostatečné míře.

Lékařka se pohybuje u obou zraněných, přebíhá mezi sanitními vozidly.

Posádka RZP po dostatečném zajištění zraněné kontaktuje ZOS a transportuje ji podle Triáže do traumacentra (doporučený postup dle URGMED).

ZOS informuje traumacentrum o stavu zraněné a předpokládaném času dojezdu.

RLP po zajištění zraněného a po provedení všech léčebných úkonů, zahajuje po 55 minutách na místě zásahu transport pacienta do traumacentra.

RLP informuje ZOS o stavu pacienta a jeho směřování. ZOS předává tyto informace pracovníkům urgentního příjmu.

Lékařka informuje ZOS o úmrtí pacienta během transportu. Je domluveno předání na nejbližším oddělení patologie. ZOS zajišťuje pohřební službu a předává informaci o úmrtí PČR a na urgentní příjem.

Tělo mrtvého je řádně upraveno a předáno s věcmi zemřelého na oddělení patologie.

Předání pacientky v traumacentru je provedeno správně.

Dokumentace vypsána, zanesena do počítačového programu a řádně vyplněné tiskopisy předány v zalepené obálce pohřební službě.

Sanitní vozidla jsou očištěna, přístroje a nástroje desinfikovány a překontrolovány.

Zdravotnický materiál doplněn a posádky připraveny k dalšímu zásahu.

Při porovnání postupu uvedených v teoretické části a činnosti posádek RLP a RZP při zásahu u dopravní nehody uvedené v kasuistice lze konstatovat, že až na některé nedostatky byl zásah proveden v souladu s postupy. Jako hlavní nedostatky se jeví:

- příliš velký rozdíl v čase dojezdu jednotlivých posádek ZZS (vzdálenost 13 km na místo nehody, výjezd posádek ze základny ve stejné minutě – 5 minut rozdíl v dojezdu, provoz na silnicích v čase jízdy k zásahu minimální, podmínky dobré)

- členové první posádky ZZS si neuvědomili a tudíž nezhodnotili rizika, která jim hrozí při zásahu u zraněných ve vozidle

- příliš dlouhý čas strávený posádkou RLP na místě nehody (55 minut) vzhledem ke stavu pacienta („zlatá hodina“). Příliš časté přebíhání lékařky mezi pacienty, kdy jeden byl ve stabilizovaném a druhý v kritickém stavu.

DISKUZE⁵

Při srovnání postupu a doporučení uvedených v teoretické části bakalářské práce s postupem a činnostmi ZZS uvedenými v kasuistice bylo zjištěno, že průběh přijetí výzvy, její vyhodnocení a zpracování, spolupráce s ostatními složkami IZS, vyslání sil a prostředků a jejich podpora ze strany zdravotnického operačního střediska, jakož i postup výjezdových skupin ZZS při přijetí výzvy, postupu na místě dopravní nehody, spolupráci s ostatními složkami IZS, zajištění a ošetření zraněných, jejich směřování a transportu a dalších činnostech, nevykazoval žádné zásadní nedostatky. Zdravotnické operační středisko provádělo svou činnost prakticky bez chyby.

Činnost výjezdových skupin vykazovala určité nedostatky, týkající se hlavně časových prodlev, ať již posádky RZP při jízdě k zásahu, nebo příliš dlouhé setrvání posádky

⁵ V diskuzi je NUTNÉ doplnit doporučené postupy a stanoviska českých lékařských společností, podle kterých probíhá hodnocení kazuistiky, event. literatury.

RLP na místě události se zraněným pacientem v kritickém zdravotním stavu. Důvody pro tyto časové prodlevy však nelze z informací, které byly pro zpracování kasuistiky poskytnuty, zjistit. Není proto cílem kritizovat řidiče RZP za dlouhý dojezdový čas nebo posádku vozu RLP za příliš dlouhý čas strávený na místě nehody, neboť kdykoliv mohou nastat komplikace, které jsou nečekané a neovlivnitelné, a prodloužit tak dobu jakékoli činnosti. Cílem je spíše dát zjištěným závěrem impuls k zamyšlení, uvědomění si priorit a snaze eliminovat všechny nedostatky v budoucnu. Dále ze zhodnocení činnosti ZZS na místě nehody vyplývá, že posádka při příjezdu k nehodě neřešila případná rizika a prakticky se bezhlavě začala věnovat zraněným. Snaha co nejdříve pomoci je jistě chvályhodná, avšak podcenění hrozících rizik mnohdy způsobuje zbytečné poškození zachraňujících, což v tomto případě naštěstí nenastalo.

ZÁVĚR

Závěry, které z vyhodnocení kasuistiky vyplývají, se samozřejmě týkají konkrétního zásahu a nelze je tedy zevšeobecňovat. Je třeba si uvědomit priority, znát postupy a doporučení pro zásahy u dopravních nehod, rizika, stále se vzdělávat, poučit se z chyb vlastních i druhých, účastnit se cvičení IZS pro získání správných návyků a zručností a takto získané zkušenosti a znalosti aplikovat v praxi při výjezdech k dopravním nehodám.

Příloha K

Ošetrovatelský proces u pacientky s akutním infarktem myokardu – 1 krok

Posouzení

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: X. Y.

Datum narození: XXXX

Rodné číslo: XX.....

Věk: 60 let

Pohlaví: ženské

Bydliště: X

Zaměstnání: důchodkyně

Vzdělání: odborné učiliště s maturitou

Národnost: česká

Státní občanství: ČR

Stav: vdova

Jméno příbuzného: X. Y.

Bydliště příbuzného: X. Y.

Datum příjmu: 20. 9. XXXX

Čas příjmu: 21:20 hodin

Typ přijetí: akutní dobrovolný

Účel příjmu: terapeutický

Oddělení: OAIM

Přijal: X. Y.

Ošetřující lékař: X. Y.

Obvodní lékař: X. Y.

Pacientka byla poučena o léčebném řádu:

Informovaný souhlas k léčbě: pacientka podepsala

Medicínská diagnóza při příjmu: Akutní anteroseptální infarkt myokardu

Vedlejší medicínské diagnózy: Ischemická choroba srdce

St. p. koronární příhodě v minulosti

Diabetes mellitus II. typu na dietě

Polyneuropathie

Osteoporóza

Důvod příjmu udávaný pacientkou: „Večer jsem měla silné bolesti za hrudní kostí, vystřelující pod lopatku. Hned jsem si zavolala sanitku.“

Vitální funkce při příjmu

P: 130/min., nepravidelný

Hmotnost: 60 kg

TK: 150/90 torr

BMI: 22

TT: 37,3 °C

Stav vědomí: orientovaná, při vědomí

D: 30/min.

Pohyblivost: omezená kvůli silným bolestem

Výška: 165 cm

Krevní skupina: 0 Rh. pozit.

Pacientka souhlasí s realizací lékařských vyšetření a výkonů. Prohlašuje, že byla dostatečně a pro ni srozumitelným způsobem poučena o povaze jejího zdravotního stavu, postupně navrhovaného způsobu vyšetření či lékařských výkonů, jako i o výsledku a možných komplikacích spojených se způsobem vyšetření.

Bere na vědomí zákaz kouření!

Zdroj informací: lékař, ošetřující personál, pacientka, dokumentace.

Nynější onemocnění

60 letá pacientka přijatá pro silné bolesti za hrudní kostí, vystřelující pod lopatku. Byla přivezena Rychlou záchrannou službou.

Anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka zemřela ve věku 64 let na cévní mozkovou příhodu. Otec zemřel ve věku 70 let na infarkt myokardu. Manžel zemřel před 2 roky na karcinom žaludku. Děti má 2, dceru

(30 let) vdaná na mateřské dovolené a syna (35 let) ženatý, bezdětný, živnostník. Oba jsou zdraví.

Osobní anamnéza

V dětství překonala neštovice, zápal plic, zápal průdušek. Hospitalizace a operace: cholecystektomie v roce 2000 pro kameny v žlučníku, hysterektomie v roce 2003 pro

srůsty v děloze, diabetes II. typu od roku 2003, osteoporóza, ischemická choroba srdce. Úrazy žádné, transfuze žádné. Očkování – povinné.

Léková anamnéza

Citalex, Stimox, Agent, Neurol, Betaloc, Corvaton, Tritace, Anopyrin.

Gynekologická anamnéza

2 děti, UPT: O, aborty: O. Menarche ve 14 letech, menstruace pravidelná, bez těžkostí. Antikoncepci neužívala. Samovyšetřování prsou neprovádí. Klimakterium v 53 letech bez problémů. Na gynekologické vyšetření chodí každý rok.

Alergologická anamnéza

Přecitlivělost na Abaktal (od roku 2001)

Abúzy

Alkohol neguje, káva 1x denně černá s umělým sladidlem, tabák neguje, léky – žádná závislost, drogy neguje.

Psychologická anamnéza

Vývojové období – vysoký dospělý věk, premorbidní osobnost – melancholik, emoční oblast – labilita, podpora rodiny.

Sociální a pracovní anamnéza

Pacientka je 2 roky vdova. Je důchodkyně od roku 2003. Bydlí sama v panelovém bytě 2+1, 3. poschodí s výtahem. Vztahy v rodině jsou dobré. Děti ji navštěvují. Vztahy mimo rodinu jsou také dobré. Záliby nyní nemá žádné. Volný čas věnuje procházkám v přírodě se svojí dcerou a vnoučaty.

Posouzení současného stavu ze dne 21. 9. 2009 v 10:00 hod.

<i>Assessment</i>	<i>Subjektivní údaje</i>	<i>Objektivní údaje</i>
<i>Hlava a krk</i>	„Hlava mě nebolí.“	Hlava normocefalická, na poklep nebolestivá. Tvář: oči – spojivky růžové, bez zánětu, brýle používá, vizení nevyšetřený, oči ve středním postavení, pohyblivé, skléry bílé, zorničky izokorické. Nos bez deformit a výpotku, uši bez výtoků, naslouchací přístroj nepoužívá. Kůže na tváři bledá, rty souměrné bez ragád, mírně cyanotické. Chrup – používá zubní protézy, jazyk bez povlaku a poranění, plazi ve střední rovině. Zápach z úst nepřítomný. Krk souměrný, bez otoků, lymfatické uzliny nehmatné, štítná žláza nezvětšená, náplň jugulárních žil v normě, šíje bez opozice.
<i>Hrudník a dýchací systém</i>	„Těžce se mi dýchá kvůli bolesti na hrudníku.“	Hrudník symetrický bez deformit a bez kožních eflorescencí. Prsa bez patologických změn. Ztížené dýchání se slyšitelnými chrapoty. Počet dechů: 30/ minute, nepravidelné. Na

		hrudníku nalepené hrudní svody na kontinuální sledování srdeční akce. Bolest identifikuje na škále bolesti stupněm 4.
<i>Srdeční a cévní systém</i>	„Bolí mě za hrudní kostí a bolest vystřeluje pod lopatku.“	Srdeční akce nepravidelná, frekvence 130/ minutu. TK 150/90 torrů. Puls je špatně hmatný. Pulsace na dolních končetinách je špatně hmatatelná. Dolní končetiny bez otoků a zánětlivých změn. Centrální katétr zavedený 21. 9. do v.. subclavia l. dex. kvůli sledování intravaskulárního objemu a možnosti parenterální výživy. Intravenózní kanyla zavedená 20. 9. na periferii pravé horní končetiny, bez patologií. Na levé končetině natočená manžeta pro neinvazivní sledování se TK.
<i>Břicho a gastrointestinální trakt</i>	„Břicho mě nebolí, problém se stolicí nemám.“	Břicho prohmatné, na dotyk nebolestivé. Přítomná nauzea a zvracení. Úbytek hmotnosti 2 kg za 24 hodin. Peristaltika auskultačně přítomná. Flatus = normální odchod plynů. Játra, slezina

		a pankreas nezvětšené. Na břiše zahojené jizvy po cholecystektomii a hysterektomii.
Močový a pohlavní systém	„S močením problémy nemám.“	Genitál ženský, zavedený permanentní katétr pro sledování hodinové diurézy. Moč je žlutá, zápachající. Při chemickém vyšetření glukóza +++, ketolátky +++. Tappotment oboustranně negativní. Hodinová diuréza je 65 ml.
Kosterní a svalový systém	„Chodím na procházky s hůlkou.“	Poloha pasivní. Hrubá i jemná motorika snížena při bolestech. Pohyblivost omezená. Páteř bez patologických změn. Svalový aparát – normotonus. Klouby bez patologie, bolestivost kloubů nepřítomná. Kosterní aparát bez deformit.
Nervový a smyslový systém	„Brýle používám na čtení. Jiné problémy nemám.“	Při vědomí. Orientovaná místem, časem, a osobou a prostředím. Tremor a tiky nepřítomné. Čich a sluch bez patologie. Je dalekozraká, používá brýle. Staropaměť i novopaměť bez problémů. Smyslová citlivost v normě. Reflexy výbavné.

<i>Endokrinní systém</i>	„Mám cukrovku.“	Diabetes mellitus II. typu na dietě. Bez zevních projevů endokrinních poruch.
<i>Imunologický systém</i>	„Neumím se vyjádřit“	Lymfatické uzliny nezvětšené. Infekty horních a dolních dýchacích cest nejsou časté. Alergie na Abaktal. TT: 37,3 °C.
<i>Kůže a její adnexa</i>	„Mám dvě jizvy.“	Kůže bledá, okolo rtů cyanotická, turgor snížený, bez erytému. Přítomný studený pot. Otoky nepřítomné. Levá dolní končetina je chladnější než pravá dolní končetina. Dekubity nepřítomné. Ochlupení přiměřené ženskému pohlaví. Vlasy krátké, čisté. Nehty čisté, upravené. 2 jizvy na břiše zahojené per primam.

Aktivity denního života

	<i>Subjektivní údaje</i>	<i>Objektivní údaje</i>
--	---------------------------------	--------------------------------

<i>Stravování a pitný režim</i>	„Snažím se dodržovat dietu. Jím pravidelně, vícekrát denně, v malých porcích. Piju 1,5–2 l tekutin.“	Doma dieta – diabetická, nesolená. 2 dny zvrací, nechutenství, úbytek 2 kg, BMI: 22 – normální hodnota. Výživa - parenterální. Nic per os. Verbalizuje pocit žízně, má snížený turgor.
<i>Vylučování moče a stolice</i>	„Problém se stolicí nemám.“	Zavedený permanentní katétr pro sledování hodinové diurézy (65 ml). Poslední defekace 20. 9. 2007. Laxativa se podávají pro snížení námahy při defekaci.
<i>Spánek a bdění</i>	„Problémy doma s usínáním nemám.“	Problém s usínáním v cizím prostředí. Usne cca do 1 hodiny. Spánek je nekvalitní, rušený kvůli léčebným procesům. Toleruje zvýšenou polohu.
<i>Aktivita a odpočinek</i>	„Chvilé si zkracuji posloucháním rádia.“	Přísný klidový režim. Během dne navštěvuje pacientku dcera.
<i>Hygiena</i>	„Doma se postarám o všechno sama.“	Hygienickou péči zabezpečuje ošetřující personál - celková koupel na lůžku ráno a večer včetně péče o dutinu ústní, oči, nos, uši. Péče o osobní a ložní prádlo.

<i>Samostatnost</i>	„Snažím se být samostatná.“	Podle Barthelové testu bazálních denních činností má pacientka momentálně těžký stupeň závislosti (20 bodů).
----------------------------	-----------------------------	--

Posouzení psychického stavu

Vědomí – lucidní.

Orientace – pacientka je správně orientovaná v čase, prostoru, osobě a situaci.

Nálada – obavy z dlouhodobé hospitalizace.

Paměť – staropaměť i novopaměť je výbavná bez poruch.

Myšlení – logické.

Temperament – melancholik.

Sebehodnocení – „Nevím co říct.“

Vnímání vlastního zdraví: „Bojím se o svoje zdraví, chci být aktivní a ještě užitečná“.

Popis sociálního stavu

Komunikace – pacientka využívá verbální i částečně neverbální komunikaci. Obě dvě jsou v souladu, je však málo komunikativní vzhledem na bolest a obavy.

Sociální role:

Primární – 60 letá žena – bez patologií

Sekundární – matka, babička – role momentálně nenaplněné

Terciární – jako pacientka chápe svoji situaci a snaží se adaptovat

Sociální interakce – dobře vychází se zdravotnickým personálem. Má velkou podporu rodiny. Momentálně pociťuje sociální izolaci.

Pacientka je plně informovaná o onemocnění, o diagnostických metodách a léčbě.

Péči po propuštění poskytne rodina.

Má ráda pohodlí v domácím prostředí, návštěvy sousedky. Chodí ráda do přírody na procházky se svojí dcerou a vnoučaty.

Jak hospitalizace ovlivní ekonomickou situaci

Pacientka je v důchodu. Hospitalizace neovlivní její ekonomickou situaci.

Popis spirituálního stavu

Pacientka je katolička, římsko-katolického vyznání. Náboženské obřady navštěvuje s dcerou a jejími příbuznými nebo sousedy. Neverbalizuje duševní tíseň.

Medicínský management

Ordinované vyšetření: odběry krve, kontrola glykémie

Výsledky: ↑ kardiomarkery (troponin), ↑ CK-MB, ↑ leukocyty, ↑ AST, ranní glykémie 7,34 mmol/l

Sledovat EKG, krevní tlak, CVP, srdeční frekvenci, hodinovou diurézu, dýchání, oxygenaci a PVT. Sledovat bolest.

Konzervativní léčba:

Dieta: nic per os. Pohybový režim: přísný klidový režim RHB: 0

Výživa: parenterální Structo Kabiven 25 ml/hod + 1 amp. Elotrace, Soluvit, Vitalipid

Medikamentózní léčba:

- Per os: Laktulóza Per rectum: Paralen supp. podle potřeby.
- Intra venózně: Morfin 5 mg i. v.

F 1/1 500 ml + Agapurin 1 amp.

F 1/1 200 ml + Isoket 2 amp. rychlostí 20 ml/h

Heparin 5 000 j rychlostí 3,3 ml/h

Furosemid 40 mg + Quamatel 1 amp. – ráno

- Per rectum: Paralen supp. podle potřeby
- Jiná: Kyslík 6 l/min. – kyslíkové brýle

Chirurgická léčba: 0

Situační analýza

60 letá pacientka hospitalizovaná ve 21:20 hod. dne 20. 9. 2009 na OAIM pro silné bolesti za hrudní kostí vyzařující pod lopatku. Druhý den hospitalizace je bledá, rty mírně cyanotické. Dýchání ztížené se slyšitelnými chrupkami. Počet dechů 30/minutu. Saturace O₂ 94 %. Přítomná akutní bolest za hrudní kostí, kterou pacientka označuje stupněm 4 na analogové škále bolesti. Puls je nepravidelný, špatně hmatatelný 130/minutu. Krevní tlak 150/90. Levá dolní končetina je chladnější než pravá dolní končetina. Zavedený centrální katétr do v. subclavia l. dx. Zavedená kanyla v levé horní končetině (kubitální žíla) bez komplikací. Tělesná teplota je 37,3 °C. Pacientka 2 dny zvracela, je dehydratovaná, sliznice dutiny ústní je suchá, úbytek hmotnosti 2 kg. Pohyblivost je omezená pro bolest na hrudníku, držení těla je pasivní, snížená motorika, přísný klidový režim. Zavedený permanentní močový katétr 2 den, pro sledování hodinové diurézy. Hygienickou péči zabezpečuje ošetřující personál. Barthelové test bazálních denních činností u pacientky vykazuje těžký stupeň závislosti. Pacientka má narušený spánek. Je tichá, málo komunikativní, občas plačtivá. Má strach z dlouhodobé opakované hospitalizace, a má strach o svoje zdraví. Stýská se jí po rodině a vnoučatech. Vykazuje deficit ve vědomostech o správném životním stylu.

Příloha L

Příklad zpracování ošetrovatelské diagnózy u pacienta s akutní pankreatitidou dle NANDA I taxonomie II

Ošetrovatelská diagnóza byla stanovena dle NANDA I taxonomie II - NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012-2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození (mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

Určující znaky:

- ochranné chování (hlavně při polohování pacientky)
- vyhledávání antalgické polohy
- kódovým číselným záznamem (slovní vyjádření hodnocení pacientky intenzity 7 – na desetistupňové stupnici bolesti, kdy 10 [maximum], 0 [žádná bolest])
- výrazem v obličeji (zbitý pohled)

Související faktory:

- průvodci zranění (biologičtí)

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá bolest (intenzita bolesti – 0) při propuštění z nemocnice.

Cíl krátkodobý: Pacientka po zahájení analgetické terapie má zmírněnou bolest (intenzita bolesti klesne z hodnoty 7 na hodnotu 3) do 2 dnů.

Očekávané výsledky:

Pacientka chápe příčiny vzniku bolesti do 24 hod.

Pacientka je schopná o bolesti a jejích projevech hovořit od 1. dne hospitalizace.

Pacientka je schopna sledovat a zaznamenávat bolest do 2 hod.

Pacientka ovládá metody zmírňující bolest od 1. dne hospitalizace.

Pacientka dodržuje farmakologický režim, pohybový režim a dietní omezení od 1. dne hospitalizace.

Pacientka zná a provádí relaxační techniky od 1. dne hospitalizace.

Pacientka klidně spí od 2. dne hospitalizace.

Ošetřovatelské intervence:

1. Posud' bolest ve spolupráci s pacientkou (lokalizace, charakter, nástup, trvání, četost, intenzitu - stupnice 0-10), zhoršující faktory, změny bolesti během dne, sestra průběžně (po 2 hodinách maximálně) a v případě zvýšení intenzity ihned informuj lékaře a proved' záznam do ošetřovatelské dokumentace.
2. Podávej pravidelně analgetickou terapii dle ordinace lékaře a posud' její efekt a zaznamenej do lékařské dokumentace, sestra.
3. Zhodnot' vliv bolesti na spánek pacientky, tělesnou a duševní pohodu (sestra 1x denně před usnutím) a v případě potřeby aplikuj analgetickou terapii (při bolesti) a proved' záznam do lékařské dokumentace.

4. Edukuj pacientku o spolupráci při hodnocení intenzity, charakteru bolesti (à 2 hod) a o analgetické terapii (sestra do 2 hodin a dále dle aktuálního stavu) následně proved' záznam do záznamu o edukaci pacienta – ihned.
5. Posud' ovlivnitelnost bolesti specifickými strategiemi proti bolesti (používání odpoutávacích technik, používání relaxačních technik, používání představivosti, používání terapeutického dotyku) – sestra, do 2 dnů.
6. Posud' možné patofyziologické či psychologické příčiny bolesti, sestra, průběžně.
7. Pozoruj a zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace neverbální projevy bolesti, sestra, vždy.
8. Všímej si chování pacientky a jeho změn a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace, sestra, vždy.
9. Monitoruj fyziologické funkce (TK, P, DF, TT) kontinuálně přístrojem (monitorem) à 24 hodin a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace à 1 hodinu a v případě výrazné změny ihned informuj lékaře, sestra.
10. Vezmi v úvahu předchozí zkušenosti pacientky s bolestí a jejím zvládnutím, sestra, vždy.
11. Zajisti klidné, komfortní prostředí, sestra, vždy.
12. Pečuj o pohodlí pacienta, sestra, vždy.
13. Sleduj účinky a vedlejší účinky léků, po podání léku (proved' záznam do lékařské dokumentace o nežádoucích projevech v případě jejich výskytu) sestra, vždy po podání léku.
14. Edukuj pacientku o úlevové poloze a proved' záznam o edukaci do edukačního formuláře do 1 hodiny, sestra.
15. Pomož pacientce se změnou polohy, sestra, dle potřeby pacienta.
16. Umožni pacientce kontrolu a účast na léčbě bolesti, sestra, vždy.
17. Ved' pacientku k provádění nefarmakologických přístupů pro zmírnění bolesti, sestra, vždy.

18. Ved' příbuzné k podpoře pacientky, sestra, průběžně.
19. Prováděj pečlivý záznam do dokumentace, sestra, denně.

Realizace:

4. 3. 2013

- 10:45 – pacientka je přivezena na JIP po zavedení centrálního žilního katetru.
- 11:00 - pacientka si stěžuje na zvyšující se bolest břicha o intenzitě 7 (0-10).
- 11:01 - kontrola fyziologických funkcí (TK 137/86, P 104, TT 36,7 °C).
- 11:02 - aplikována dle ordinací lékaře 1 amp. Dipidoloru s.c. - sestra u lůžka.
- 11:04 - doporučena úlevová poloha a pro lepší psychické pohodlí podán kyslík brýlemi - sestra u lůžka.
- 11:30 - kontrola intenzity bolesti (sestra u lůžka) - pacientka uvádí mírnou úlevu od bolesti, nadále bolest hodnotí číslem 5.
- 11:50 - pacientka vyžaduje další léky na bolest - bolest na stupnici 0-10 hodnotí číslem 6.
- 11:55 - po konzultaci s ošetřujícím lékařem podána 1 amp. 2 ml Novalginu i. v. - sestra u lůžka.
- 12:10 - kontrola intenzity bolesti (sestra u lůžka) - pacientka uvádí mírnou úlevu - nynější bolest hodnotí číslem 5.
- 12:30 – pacientka je v klidu a spí, ukončena oxygenoterapie.
- 14:00 – pacientka udává výrazný ústup bolesti, nyní intenzita bolesti 3, TK 130/70, P 77, TT 36,9 °C.
- Analgetika byla pacientce podávána v časových intervalech 1 amp. Dipidoloru s. c. po 8 hodinách a 2 ml Novalginu i. v. po 6 hodinách.
- Kontrola intenzity bolesti prováděna po 1-2 hodinách, pokud pacientka spí, není buzena.

5. 3. 2013

- Pacientka spolupracuje při sledování intenzity bolesti, pravidelné (à 2 hodiny) provádí záznam do formuláře ke sledování bolesti, který má k dispozici u lůžka, bolest v průběhu dne má klesající tendence v rozmezí jednoho stupně pacientka dobře reaguje na časově podávanou analgetickou terapii. V noci provedla záznam jednou, spala – sestrou nebyla buzena z důvodu načerpání sil.
- V průběhu dne nedošlo k významnému zvýšení intenzity bolesti, proto nebyla podávána další analgetická terapie, sestra pravidelně v časových intervalech zaznamenávala intenzitu (v rozmezí 4–3 stupně na desetistupňové škále) do ošetrovateľské dokumentace.
- Sestra pravidelně podávala léky dle ordinace lékaře, léčba je efektivní a vedlejší účinky ani komplikace farmakoterapie se neobjevily.
- Pacientka v průběhu dne využívala metodu odpoutávání, před spaním poslouchala relaxační hudby (Zvuky lesa), přes noc spala nepřetržitě 5 hodin.
- V průběhu dne dvakrát zaujmula úlevovou polohu ve spolupráci se sestrou (v 10:30 hod a v 16 hod), záznam provedla sestra do ošetrovateľské dokumentace.
- Fyziologické funkce (TK, P, DF, TT), byly kontinuálně monitorovány přístrojem (monitorem) à 24 hodin, hodnoty TK, DF, TT nepřekročily fyziologickou mez, v 10:30 hod a v 16 hod se zvýšila pulzová frekvence na 112 a 118 za minutu, lékař byl informován a byl proveden záznam do dokumentace.
- Příbuzní pacientky jsou informováni o stavu, snaží se maximálně spolupracovat – přinesly relaxační hudbu, kterou pacientka doma ráda poslouchá.

Hodnocení (2. den hospitalizace):

Efekt: částečný

Pacientka udává, že pociťuje zmírnění bolesti po aplikaci analgetik, udává ústup bolesti (na intenzitu 3) v průběhu dvou dnů hospitalizace.

Analgetická terapie a metody zmírňující bolest jsou přínosné, pacientka aktivně spolupracuje při sledování intenzity bolesti. V případě nutnosti automaticky zaujímá úlevovou polohu. Spolupracuje při zaznamenávání intenzity bolesti. Volně a otevřeně hovoří o svém stavu, je plně informovaná o příčinách vzniku bolesti a ví, že si v případě potřeby má ihned informovat sestru. Dodržuje farmakologický, pohybový a dietní režim. Cítí se na oddělení bezpečně, kladně vnímá spolupráci s rodinou a její informování o aktuálním stavu. Před spaním poslouchá relaxační hudbu a délka nepřetržitého spánku se postupně prodlužuje.

Pokračují intervence:

1., 2., 3., 5., 9., 11., 12., 13., 15., 17., 18., 19.

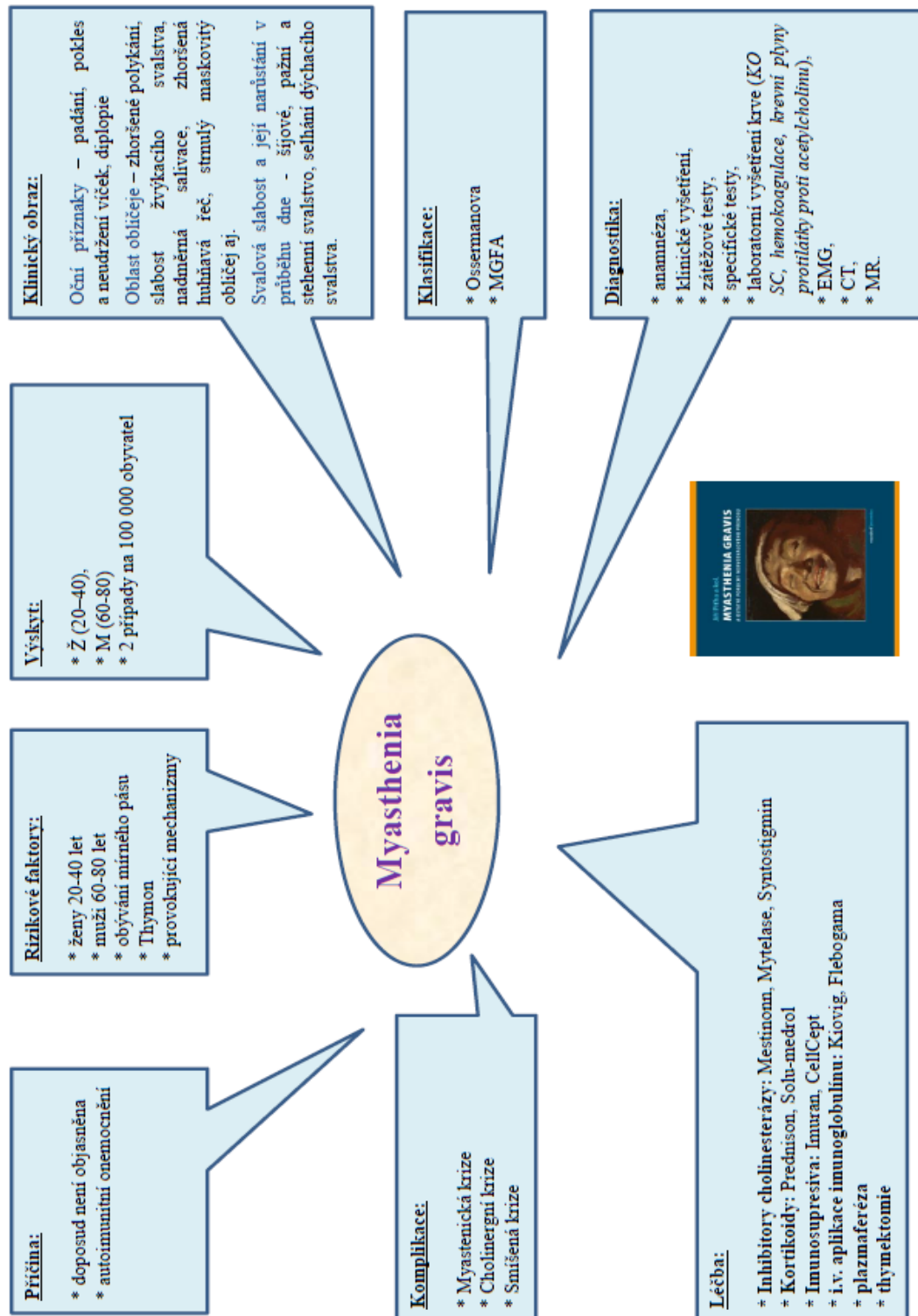
U pacientky je nutno dále monitorovat intenzitu bolesti, podávat analgetickou terapii a sledovat její efektivitu a možné vedlejší účinky. Ovlivňovat bolest specifickými strategiemi a úlevovou polohou. Sledovat kvalitu a délku spánku. Monitorovat fyziologické funkce, vytvářet vstřícné, klidné, komfortní prostředí. Prohlubovat spolupráci s rodinou a celkově vytvářet vstřícné prostředí.

Celá vzorová kazuistika je dostupná na Sharepointu:

[file:///C:/Users/PhDr.%20Ivana%20Jahodov%C3%A1/Downloads/VK_OP_U_PACIENTKY_S_AKUTNI_PANKREATITIDOU%20\(1\).PDF](file:///C:/Users/PhDr.%20Ivana%20Jahodov%C3%A1/Downloads/VK_OP_U_PACIENTKY_S_AKUTNI_PANKREATITIDOU%20(1).PDF)

Příloha M

Edukační karty



Výživa

- * Úprava stravovacích návyků.
- * Přizpůsobit dobu stravování užívání léků.
- * Příjem kalorií je třeba přizpůsobit věku, tělesné váze a fyzické aktivitě v průběhu dne.
- * Příjem tekutin by měl být 2-3 litry za 24 hodin.
- * Vyvarovat se alkoholu a omamným látkám.
- * Lehká strava - bílé maso, ovoce, zelenina, vláknina



Životní režim pacienta s myastenii

Cestování

- * V dobrém zdravotním stavu lze realizovat delší trasy i cestovat dovolenou.
- * Nutné vyložit dlouhé cesty vlakem či autobusem.
- * Cesta musí být dobře promyšlená a schválena lékařem.
- * Je podstatné mít s sebou potvrzení o užívání léků od ošetřujícího lékaře.

Je vhodné cestovat vždy s někým blízkým!!!



Domácí prostředí

- * Zajistit bezpečnost!!!
- * Při pobytu v koupelně - dbát na suchou podlahu, využít protiskluzové podložky.
- * Během chůze do schodu a ze schodu je nutné dbát na zvýšenou opatrnost.
- * Domácí práce rozdělit na krátké časové úseky, během jejich vykonávání je třeba dodržovat odpočinek.
- * Není vhodné vykonávat činnosti, které vyžadují vzpažení



Těhotenství a porod

- * V současně době, lze otěhotnět i porodit dítě.
- * Vždy se doporučuje plánované těhotenství.
- * Doporučuje nastoupit k hospitalizaci dříve, aby se zabránilo zbytečnému stresu.
- * Porod má být uskutečněn na pracovištích, kde mají s touto diagnózou zkušenosti.
- * Návrat do domácího prostředí - vyžaduje výpomoc blízkých především v šestinedělí.
- * Těhotenství, porod nebo šestinedělí může být provokující faktor pro vzplanutí myastenien.

Sociální zázemí

- * Každý pacient má právo na sociální příspěvky od státu.
- * Lze žádat o příspěvek na péči, bydlení, dopravu aj.

Invalidní důchod

- * Přiznání důchodu je individuální, a to podle stádia nemoci.
- * Žádost si podává pacient na důchodovém oddělení na okresní správě sociálního zabezpečení v místě bydliště.

Příloha N

Edukační proces u pacienta s diagnózou myastenia gravis

Kazuistika pacienta

Dne 06. 05. 2013 byla neplánovaně přijata 40 letá pacientka na neurologickou jednotku intenzivní péče ve FNO, pacientka přivezena rychlou záchrannou službou pro celkovou slabost těla, huhňavost, zhoršené dýchání, polykací potíže a dvojité vidění. V nemocnici bylo provedeno klinické vyšetření, krevní testy, EMG vyšetření, CT a následně byla stanovena, neurologem, u pacientky dg. myastenia gravis podle Ossermanovy klasifikace. Pacientka je přijata pro stabilizaci jejího zdravotního stavu, zejména myastenických obtíží a k vykonání série pěti plazmaferéz. Během hospitalizace zajištěna oxygenoterapie, perorální a intravenózní terapie, monitoring pacientky a komplexní ošetrovatelská péče. Subjektivně se cítí slabá, nervózní.

1. FÁZE - POSUZOVÁNÍ

Jméno: J. N.

Pohlaví: žena

Věk: 40 let

Bydliště: Vsetín

Rasa: europoidní (bílá)

Etnikum: slovanské (české)

Vzdělání: vysokoškolské

Zaměstnání: učitelka na SŠ

Anamnéza

Nynější onemocnění: celková svalová slabost, poruchy zraku, zhoršené dýchání, postupný rozvoj myastenické krize.

Osobní anamnéza: běžné dětské nemoci, operace strabismu v dětství, úrazy: 0, hypofunkce štítné žlázy (od roku 2004).

Alergická anamnéza: neudává žádné alergie.

Abúzy: nekouří, alkohol - příležitostně v případě rodinných oslav, káva – 1/den, závislost na jiných látkách: neuvádí.

Farmakologická anamnéza: per. antikoncepce (0-0-1), Euthyrox 25 mg (1-0-0)

Základní údaje

Tělesný stav	bez závažných patologií
Mentální úroveň	dobrá, orientována místem, osobou i časem
Komunikace	přiměřená
Zrak, sluch	bez omezení
Řečový projev	méně srozumitelný, vzhledem k akutní fázi onemocnění - mírná huhňavost
Paměť	krátkodobá a dlouhodobá paměť je nenarušená
Motivace	přiměřená, představuje zájem o nabytí vědomostí
Pozornost	přiměřená zdravotnímu stavu, zájem o svůj stav
Typové vlastnosti	pacientka se vidí jako melancholik, ale částečně i cholerik
Vnímavost	přiměřená
Pohotovost	reakce jsou přiměřeně rychlé
Nálada	negativní, obává se své nemoci
Sebevědomí	střední úroveň, úplně si nevěří
Charakter	hodná, upřímná, spolehlivá, méně trpělivá, pravdomluvná
Poruchy myšlení	neprojevují se, myšlení - jasné
Chování	přívětivé
Učení	typ - emocionální styl - vizuální, auditivní, systematické, logické postoj - zajímá se o nové informace o svém onemocnění bariéry - strach, celková únavnost organismu, prognóza onemocnění

Posouzení fyzického stavu, zdravotních problémů a edukačních potřeb

posouzení podle Marjory Gordonové

1. Podpora zdraví: Pacientka se léčí s výše uvedeným onemocněním. Nyní přichází pro zhoršení zdravotního stavu – svalová a dechová slabost, pokles víček, padání brady ap. Pacientka se snaží se svým onemocněním ztotožnit a zároveň doufá, že se její stav brzy zlepší a bude se moci co nejdříve vrátit ke své rodině. Hospitalizaci na neurologické JIP se snaží zvládat co nejlépe, ale i přesto se u pacientky projevují občasné psychické výkyvy, kdy dokáže být velmi smutná, neklidná a podceňuje dodržování léčebného režimu. Nachází sílu bojovat, velkou oporou v jejím životě je manžel, dítě a maminka. Během pobytu v nemocnici se o dceru pacientky stará převážně maminka, a to je pro ni velkým zatěžujícím faktorem. V běžném životě pravidelně podstupuje preventivní prohlídky u praktického lékaře, stomatologa a gynekologa. Nedodržuje všechny základní prvky správné životosprávy. V tomto případě bude muset přejít k řádným změnám vzhledem k její diagnóze.

2. Výživa: pacientka je velmi hubená, váží 54 kg, měří 170 cm, BMI = 18,9. Pravidelně se stravuje, jí skoro vše včetně ovoce a zeleniny, dietní režim nemá žádný. Nepreferuje kořeněná jídla. Ráda si dá čokoládu či nějakou jinou sladkost. Užívá vlákninu, vzhledem k časté zácpě. Denně vypije cca 1,5 litru tekutin, nejčastěji ovocné šťávy a minerálky, po ránu vypije jednu rozpustnou kávu s mlékem, alkohol pije pouze příležitostně. Pacientka má od 2. dne hospitalizace zavedenou nazogastrickou sondu pro zhoršené polykání, přijímá enterální výživu (Nutrison Multifibre) a postupně je převáděna na perorální stravu, dieta č. 11. Při jídle se zakašlává, uvádí občasné padání brady, musí si jí přidržovat. Z důvodu nízké váhy jsou pacientce podávány vysokoenergetické nutridrinky.

3. Vylučování: s močením potíže neudává. V akutní fázi nemoci má pacientka zavedený permanentní močový katétr, pro ochablost svalstva. Sledována je hodinová diuréza. Vyprazdňování stolice v domácím prostředí je pravidelné, potíže má se zácpou. Naopak v nemocnici trpí průjmem, dle ordinace lékaře aplikována antidiarrhoika.

4. Aktivita, odpočinek: neprovozuje žádný aktivní sport, vzhledem k její nemoci jí to ani zdravotní stav nedovoluje. Ráda chodí na procházky s dcerou, při kterých se odreaguje. Péči o domácnost zvládá prozatím sama. Denně spí cca 7 hodin, bez problémů. Při přijetí na JIP zajištěn klidový režim na lůžku, v rámci lůžka je soběstačná, snaží se spolupracovat, i přes velkou únavu. Aktuálně si stěžuje na poruchu spánku, která se projevuje nemožností usnout. Spánek je ovlivněn jak prostředím v nemocnici, tak jejím zdravotním stavem. Během hospitalizace si pacientka krátí čas vyplňováním křížovek, čtením knih a kreslením.

5. Vnímání, poznávání: Pacientka při vědomí, kontaktní, orientovaná. Potíže se zrakem ani sluchem neudává. O svém zdravotním stavu je poučena ošetřujícím lékařem. Onemocnění ji trápí vzhledem k nutnosti omezit se v určitých věcech. Mezi největší přání patří najít tu nejúčinnější léčbu na toto onemocnění. Pacientka má nedostatek vědomostí o svém onemocnění, způsobu léčby a životním režimu.

6. Sebepojetí: pacientka se hodnotí spíše jako pesimista, proto vyžaduje řádnou podporu a pomoc rodiny. Její pohled na život je spíše negativní, ale snaží se sama se sebou bojovat. Do komplexní ošetrovatelské péče se zdárně sama zapojuje.

7.Role, vztahy: Pacientka žije se svým manželem a dcerou v rodinném domě s velkou zahradou ve Vsetíně na Valašsku. Pravidelně se schází se svou rodinou, příbuznými, sousedy i kamarády. Rodinné vztahy jsou přiměřeně dobré. V nemocnici ji navštěvuje matka, manžel, dcera a kamarádka. Sociální kontakt se

svými blízkými je výborný. V době hospitalizace se převážně o její dceru stará babička.

8. Sexualita: menstruace pravidelná od 14 let, počet porodů: 1, neprodělala žádnou gynekologickou operací, ani netrpí žádným onemocněním. Pohlavní styk nehodnotí.

9. Zvládání zátěže: Pacientka neudává ve svém životě žádné výrazné změny. V současné době ji zatěžuje akutní ataka její nemoci. Když nastane konkrétní problém, snaží se ho co nejdříve vyřešit za pomoci svých blízkých. Stresové situace se snaží zvládat prozatím sama relaxací, ale především záleží na jejich obtížnosti.

10. Životní hodnoty: pacientka má plány do budoucna, těší se domů, klade velký důraz na životní hodnoty jako je zdraví, láska, rodina a přátelství. Pacientka se snaží spolupracovat.

11. Bezpečnost, ochrana: pacientku ovlivňuje negativně nemocniční prostředí, nejlépe a bezpečně se cítí doma ve svém prostředí se svými blízkými. U pacientky jsou zajištěna bezpečnostní opatření.

12. Komfort: pacientka je smutná, nervózní až neklidná z důvodu hospitalizace.

13. Jiné (růst a vývoj): růst a vývoj pacientky je fyziologický.

Profil rodiny

Pacientka je vdaná, bydlí s manželem a dcerou v rodinném domě, vztahy v rodině jsou dobré, otec zemřel v 55 letech na IM, maminka (65 let, ve starobním důchodě)

se léčí s hypertenzí a DM na dietě, má dva sourozence bratra a sestru, kteří jsou zdraví. Dcera (17 let) je také doposud zdravá, ambiciózní a plná elánu. Pacientka vystudovala vysokou školu, učí na střední ekonomické škole.

Zdroje pomoci a podpory rodiny, sociálně - ekonomický stav

Pravidelně se schází se svou rodinou, příbuznými, sousedy i kamarády. Rodinné vztahy jsou přiměřeně dobré. V nemocnici ji navštěvuje matka, manžel, dcera a kamarádka. Kontakt s blízkými je výborný. Sociální zázemí a finanční situace v rodině je přiměřená.

Životní styl, kultura, náboženství, hodnoty, postoje

Životní styl pacientky je velice rozmanitý. Nedodržuje všechny základní prvky správné životosprávy. Stravovací návyky - přiměřené, pravidelná strava, nemá ráda kořeněná a slaná jídla, ráda si dopřeje něco sladkého. Příjem tekutin je dostatečný (1,5 litru denně). Se spánkem potíže nemá - pravidelný režim, chodí spát cca ve 23 hod, před usnutím si čte knihy, denně naspí cca 7 hodin, občas má děsivé sny. Vykonává domácí práce, ráda zahradničí a má ráda procházky, kolo a tanec.

- **Kultura:** divadla, koncerty, knihy.
- **Náboženství:** římskokatolické vyznání, každou neděli navštěvuje bohoslužby.
- **Hodnota:** zdraví je to nejcennější co může být.
- **Postoj k nemoci:** s danou nemocí nemá prozatím skoro žádné zkušenosti, ví jen to, že se mohou tyto stavy stále opakovat.

Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí

Rodina je schopna efektivní spolupráce a komunikace, zabezpečuje pomoc, podporu pacientce. Dále je schopná efektivních rozhodnutí a řešení krizových situací. Největší oporu ji dává především manžel a dcera.

Porozumění současné situace rodinou

Manžel je informován o stavu a prognóze pacientky, rodina je ochotna spolupracovat při její léčbě. Pacientka se s rodinou shoduje v řešení jejího zdravotního stavu.

Na zjištění vědomostí pacientky byl použit následující vědomostní vstupní test, který obsahoval následující otázky:

Vstupní test

Otázky	A no/ne
Byla jste někdy v péči neurologů?	ne
Víte, co je myastenia gravis?	ano
Vyskytla se u Vás v rodině někdy myastenia gravis?	ne
Znáte příznaky myastenie?	ne
Setkala jste se s pojmem myastenická krize?	ne
Víte, co je plazmaferéza?	ne
Umíte vyjmenovat možné komplikace při plazmaferéze?	ne
Znáte zásady pravidelného režimu při této nemoci?	ne
Víte, jakému prostředí se máte vyvarovat?	ne
Znáte zásady správné životosprávy při myastenii?	ne
Slyšela jste o organizaci myasteniků?	ne

Na základě vstupního testu jsme zjistili, že pacientka má nedostatky ve vědomostech o své chorobě, jejích projevech, léčbě a o následných diagnostických postupech. Zároveň je potřebné, aby pacientka měla vědomosti o životním režimu myastenika. Vzhledem k této závažné chorobě a nedostatku vědomostí, jsme se rozhodli edukovat pacientku v rámci výše uvedené problematiky.

Motivace pacientky: je vysoká, projevuje zájem učit se, ztotožnit se se svou chorobou, uvědomit si, jak je nemoc závažná. Chce se seznámit se samotným nemocněním, s průběhem léčebného výkonu, životním režimem apod. K motivaci ji vede zdravotnický personál a především vlastní rodina.

2. FÁZE - DIAGNOSTIKA

Deficit vědomostí: o onemocnění

o komplikacích onemocnění

o dočasné imobilizaci

o klidovém režimu

o změně životního režimu

o sociální péči o myasteniky

o přípravě a průběhu výkonu - plazmaferéza

o zavedení Quintnova katétru k vykonání plazmaferézy

o relaxačních technikách na udržení psychické pohody

Deficit v postojích: strach z nemoci

obavy z hospitalizace

nejistota z vyléčení

obava z vnímání sama sebe

nejistota v dodržování správného režimu

Deficit zručností: v péči o cévní přístup

v péči o permanentní močový katétr

v péči o nazogastrickou sondu

3. FÁZE - PLÁNOVÁNÍ

Podle priorit: na základě vyhodnocení vědomostního vstupního testu jsme si stanovili priority edukačního procesu

- o onemocnění
- o preventivních opatřeních
- o průběhu výkonů - plazmaferéz
- o dodržování životního režimu

Podle struktury: 3. edukační jednotky.

Záměr edukace:

- mít co nejvíce vědomostí o nemoci
- seznámit s režimovými opatřeními

- dodržovat léčebný režim
- dodržovat životosprávu
- adaptace pacientky na změněnou životní situaci
- respektovat psychosociální pohodu

Podle cílů:

- **Kognitivní** – pacientka nabyла vědomostí o svém onemocnění, jeho vzniku, příznacích a jejich případné rozeznání v akutním stavu, o postupu léčby a životním režimu.
- **Afektivní** – pacientka má zájem získat nové vědomostí, je ochotná zúčastnit se edukačních sezení, vytvoří si kladný přístup ke spolupráci a uvědomuje si nutnou změnu životního stylu.
- **Behaviorální** – pacientka dodržuje léčebný režim a bude se podílet na doporučeném životním režimu, upraví si životosprávu, dokáže rozeznat zhoršení příznaků nemoci, které mohou přejít v myastenickou krizi, a adekvátně na ně reagovat.

Podle místa realizace: v nemocničním prostředí, u lůžka pacienta na JIP, zabezpečit klid a soukromí.

Podle času: edukační proces je rozdělen do dvou dnů, podle zdravotního stavu pacientky, v odpoledních hodinách. První dvě edukační jednotky byly realizovány 2. den hospitalizace, týkaly se samotného onemocnění a akutního seznámení s plazmaferézou.

Podle výběru: výklad, vysvětlování, rozhovor, názorná ukázka, programové učení, písemné pomůcky, vstupní a výstupní test, diskuze.

Edukační pomůcky: audiovizuální pomůcky, notebook, CD, obrázky, publikace, odborná brožura, edukační karty, písemné pomůcky, papír, tužka, ukázka Quintnova katétru.

Podle formy: individuální.

Typ edukace: prohlubující.

Struktura edukace

- 1. Edukační jednotka:** Myastenia gravis.
- 2. Edukační jednotka:** Plazmaferéza - příprava pacienta před výkonem, postup a průběh.
- 3. Edukační jednotka:** Životní režim u pacienta s myastenii gravis.

Časový harmonogram edukace

- 1. Edukační jednotka:** 07. 05. 2013 od 15:00 do 15:50 (50 minut).
- 2. Edukační jednotka:** 07. 05. 2013 od 16:00 do 16:50 (50 minut).
- 3. Edukační jednotka:** 09. 05. 2013 od 14:00 do 15:00 (60 minut).

4. FÁZE – REALIZACE

1. edukační jednotka

Téma edukace: Myastenia gravis

Místo edukace: u lůžka pacienta na JIP.

Časový harmonogram: 07. 05. 2013 od 15:00 do 15:50 (50 minut).

Cíl:

- **Kognitivní** - pacientka nabyla adekvátních vědomostí o vzniku choroby, rozezná projevy, zná postup léčby a umí specifikovat komplikace nemoci.
- **Afektivní** - pacientka má zájem o podané informace, verbalizuje spokojenost s nově získanými vědomostmi o chorobě.

Forma: individuální.

Prostředí: nemocniční, zabezpečit klid a soukromí.

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, zodpovězení na otázky pacienta, diskuze.

Edukační pomůcky: písemné pomůcky, papír, brožura, publikace, edukační karta.

Realizace 1. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut) pozdravit a představit se, vytvořit vhodné edukační prostředí, příjemnou atmosféru, povzbuzovat pacientku ke vzájemné spolupráci, vysvětlit význam získaných vědomostí.
- **Expoziční fáze:** (25 minut)

Myastenia gravis - je nejčastějším onemocněním nervosvalového přenosu. Průběh nemoci je různý, od mírnějších forem po těžší. Příčina onemocnění není doposud přesně objasněna. Typickým projevem této nemoci je abnormální nadměrná svalová slabost a unavitelnost, která je závislá na předchozí aktivitě. Tyto potíže se objevují zpravidla po ránu, kdy jsou nejmírnější, v odpoledních až večerních hodinách sílí. Vyžadují si odpočinek, po kterém ustupují. Včasná návštěva lékaře je nutná k dobrým výsledkům a výrazně zlepšuje Váš stav. Kdykoli se může opakovaně navracet zhoršení i v případě, kdy je onemocnění dlouho stabilizované a zdánlivě pod kontrolou neurology.

- **Seznámení pacientky s příznaky nemoci**

Myastenie má obvykle nenápadný průběh, hlavním příznakem je svalová únava a její nárůst během dne. Nyní uvádíme typické skupiny dalších příznaků:

Oční příznaky: jsou běžné příznaky, které upozorní na zhoršený stav, projevují se padáním jednoho nebo obou víček, které se zhoršuje při pohledu do ostrého světla. Dále se může vyskytnout dvojité nebo zamlžené vidění.

Příznaky v oblasti obličeje:

Často jsou postiženy svaly pro zpracování potravy, což vede ke zhoršenému polykání zejména při požívání tužších soust. Vážně i polykání tekutin, které mohou někdy vytékat i nosem. Horká strava i tekutiny zhoršují potíže. Během stravování je potřeba krátkých přestávek. Dalším příznakem je nadměrné slinění, huhňavá a nesrozumitelná řeč.

Příznaky v oblasti šíjového svalstva:

Dochází k poklesu hlavy, kdy je nutné si ji podepírat. V těžších stavech dochází k padání brady. Dále je oslabeno svalstvo trupu, které způsobuje potíže při vstávání z postele.

Příznaky v oblasti pažního a stehenního svalstva:

Slabost a unavitelnost se projevuje v obtížném česání, věšení prádla a jiné činnosti, které vyžadují práci se vzpažením. Při výrazně zvýšené slabosti se vyskytují problémy se sezením a chůzí. Občas dochází i k pádům při rychlejší chůzi nebo běhu. Při náhle zhoršených potížích či nedodržování léčebného režimu mohou vyústit příznaky v myastenickou krizi.

- **Myastenická krize – komplikace myastenie**

Je to akutní stav vyžadující rychlé rozpoznání lékařem. Jedná se o stav těžké slabosti a dechové nedostatečnosti – pocit dušení. Současně se zhoršují a stupňují myastenické potíže. Krize může vzniknout nečekaně i po náhlé zátěži organismu. Dalšími vyvolávajícími faktory mohou být: neužívání léku, psychický stres, koupel v horké vodě, pobyt na přímém slunci nebo prochlazení. Pro Vás je podstatné, abyste při výskytu výraznějších potíží navštívila ihned lékaře.

- **Seznámit pacientku s léčebným režimem:**

Během hospitalizace Vám budou podávány léky, infuze a terapie určená Vašemu onemocnění. Podstoupíte sérii výkonů, o kterém se zmíníme v navazující edukační jednotce.

V domácím prostředí budete užívat léky ke zlepšení nervosvalového přenosu. Tzv. inhibitory cholinesterázy – budete užívat lék, který má název Mestinon. Musí být užíván v pravidelných intervalech. Užívá se individuálně, podle rady lékaře a denních aktivit pacienta. Pokud je nutné, aby působil rychleji, především v ranních hodinách (například k zajištění možnosti příjmu potravy), užívá se nalačno. Po propuštění z nemocnice musíte pravidelně navštěvovat svého lékaře a musíte dodržovat zásady životosprávy – pravidelný režim, nenamáhat se, odpočívat, relaxovat apod.

- **Fixační fáze:** (10 minut) důkladné zopakování podstatných informací o nemoci pacientky, shrnutí opakovaných poznatků, zdůraznit závažnost onemocnění.
- **Hodnotící fáze:** (10 minut) zhodnocení zpětné vazby při diskuzi, kladení kontrolních otázek pacientce a vyhodnocení správnosti jejich odpovědí.

Kontrolní otázky pro pacientku:

Co je to myastenia gravis?

Můžete specifikovat příznaky myastenie?

Víte, proč je podstatné užívat pravidelně léky, které Vám lékař předepíše?

Zhodnocení edukační jednotky

Stanovené cíle byly splněny. Pacientka byla dotazována několika kontrolními otázkami, její správné odpovědi nás velmi potěšily a překvapily. Pacientky prokázala základní vědomosti o chorobě, jejích příznacích, léčbě a o možném vzniku komplikací. Pacientka přistupovala zodpovědně k edukaci, velmi se soustředila na danou problematiku, projevila aktivní zájem o nabytí nových vědomostí. V rámci diskuze jsme se utvrdili, že obsah 1. edukační jednotky byl určen správně. Edukační jednotka probíhala v rozsahu 45 minut.

2. edukační jednotka

Téma edukace: Plazmaferéza - příprava pacienta před výkonem, postup a průběh.

Místo edukace: u lůžka pacienta na JIP.

Časový harmonogram: 07. 05. 2013 od 16:00 do 16:50 (50 minut).

Cíl:

- **Kognitivní** - pacientka má vědomostí o plazmaferéze, jejím průběhu a nutnosti zavedení Quintnova katétru, k provedení této eliminační metody a s jeho manipulací.
- **Afektivní** - pacientka má zájem o podané informace, verbalizuje spokojenost s nově získanými vědomostmi, pacientka si uvědomuje nutné provedení plazmaferézy.
- **Behaviorální** - pacientka umí správně manipulovat a pečovat o Quintnův katétr.

Forma: individuální

Prostředí: nemocniční, zabezpečit klid a soukromí.

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, zodpovězení na otázky pacienta, diskuze

Edukační pomůcky: písemné pomůcky, audiovizuální pomůcky, ukázky Quintnova katétru, edukační karta, obrázky.

Realizace 2. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut) vytvořit vhodné edukační prostředí, příjemnou atmosféru, povzbuzovat pacientku ke vzájemné spolupráci, vysvětlit význam získaných vědomostí.
- **Expoziční fáze:** (25 minut)

Plazmaferéza: moderní léčebná metoda, která umožňuje odstranit z Vašeho krevního oběhu větší množství plazmy a nahradí ji náhradním roztokem. Jde o tzv. „čistění krve“. Tuto léčebnou metodu podstoupíte po předchozí domluvě s lékařem, který Vám dá informace o tom, co bude provádět. Lékař Vám zavede za asistence sestry Quintnův katétr, přes který se bude krev čistit a nahrazovat jiným roztokem.

Tento katétr se zavádí do žíly v oblasti podklíčkové kosti nebo v oblasti třísla. Před zavedením katétru Vás oholím, aby nedošlo k zanesení infekce. Po samotném zavedení Vám katétr ošetřím. Vaším úkolem je, abyste s ním správně zacházela – opatrná pohyblivost, šetrné mytí okolí, zabránit vytažení nebo povytažení, kontrolovat, zda okolí katétru nekrvácí. V případě jakýchkoli komplikací volejte sestru.

Režim před výkonem: během odpoledne Vás přijdou sestřičky z transplantační JIP připojit na přístroj, přes který se Vaše krev bude čistit. Před zahájením Vám změřím pulz, tlak, teplotu, dech.

Průběh plazmaferézy:

Přibližně 3 hodiny budete napojena k přístroji, kde dochází k odebrání krve, oddělení plazmy a nahrazení roztokem. Během výkonu budete sledována na monitoru, který je uložen nad Vámi. Může dojít k poklesu tlaku, slabosti a únavě.

Režim po výkonu:

Sestřičky Vás odpojí od přístroje, ošetří katétr. Po samotném výkonu můžete pociťovat fyzickou slabost – je vhodné odpočívat, spávat, nevynakládat zvýšenou aktivitu. Mohou se u Vás vyskytnout tyto komplikace – nízký tlak, nevolnost, alergická reakce, pocení, únava, pocit na omdlení apod. Ve vašem případě bude provedena série 3–5 cyklů plazmaferézy, podle rozhodnutí lékaře.

- **Fixační fáze:** (10 minut) důkladné zopakování podstatných informací o léčebné metodě, o režimu před, během a po jejím vykonání, shrnutí opakovaných poznatků, objasnění případných nesrovnalostí.
- **Hodnotící fáze:** (10 minut) zhodnocení zpětné vazby při diskuzi, kladení kontrolních otázek pacientce a vyhodnocení správnosti jejích odpovědí.

Kontrolní otázky pro pacientku:

Co je to plazmaferéza?

Jaký režim musíte dodržovat během výkonu?

Jak musíte pečovat o Quintnův katétr?

Zhodnocení edukační jednotky

Stanovené cíle byly splněny. Pacientka byla dotazována několika kontrolními otázkami, její správné odpovědi byly důsledné až překvapující. Prokázala své základní vědomosti o léčebném režimu při plazmaferéze. Pacientka přistupovala aktivně k edukaci, velmi se soustředila na danou problematiku, projevila velký zájem o nabytí nových vědomostí. Během diskuze jsme se utvrdili, že bylo podstatné zvolit obsah 2. edukační jednotky, která probíhala v rozsahu 50 minut.

3. edukační jednotka

Téma edukace: Životní režim u pacienta s myastenii gravis.

Místo edukace: u lůžka pacienta na JIP.

Časový harmonogram: 09. 05. 2013 od 14:00 do 15:00 (60 minut).

Cíl:

- **Kognitivní** - pacientka bude prokazovat adekvátní vědomosti o správné životosprávě, stravování, jak se chovat v domácím prostředí, o sociálním zázemí, cestování a systému péče o myasteniky.
- **Afektivní** - pacientka aktivně projevuje zájem o získání nových vědomostí, uvědomuje si jejich podstatu, verbalizuje dostatek vědomostí a spokojenost s podanými informacemi ze strany sestry.

Forma: individuální

Prostředí: nemocniční, zabezpečit klid a soukromí.

Edukační metody: výklad, rozhovor, zodpovězení na otázky pacientky, diskuze.

Edukační pomůcky: audiovizuální a písemné, notebook, internet, informační letáky, brožura, edukační karta.

Realizace 3. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut) přivítat se s pacientkou, vytvořit vhodné edukační prostředí, příjemnou atmosféru, povzbuzovat pacientku ke vzájemné spolupráci, vysvětlit význam získaných vědomostí.

- **Expoziční fáze:** (30 minut)

„Myastenie vyžaduje změnu životního režimu. Je nutné vyvarovat se zejména těžší a nárazové fyzické práci, která vede ke svalové unavitelnosti, a také každou činnost dopředu plánovat a rozvrhnout tak, aby byl dostatek času na odpočinek (PIŤHA, 2004, s. 28).“ Onemocnění vám nedovolí vykonávat plnou fyzickou aktivitu, na kterou jste byla zvyklá, proto je potřebné co nejdříve přehodnotit Vaše priority.

- **Nyní seznámíme pacientku s několika zásadami v určitých oblastech**

Výživa - úprava stravovacích návyků, změna jídelníčku a přizpůsobit dobu stravování s užíváním léků. Léky je lepší užívat současně během jídla. Přisun kalorií je třeba přizpůsobit věku, tělesné váze a fyzické aktivitě během dne. Zcela nevhodné je požívání mastných, slaných a překořeněných potravin. Podstatné je dodržovat pitný režim (cca 2,5–3 litrů za den), vyhýbat se tvrdému alkoholu.

Domácí prostředí – potřeba zajistit bezpečnost. Při pobytu v koupelně je nutné dbát na suchou podlahu. Ve vaně či sprše je vhodné mít protiskluzovou podložku. Během chůze je také nutné dodržovat zvýšenou opatrnost. Domácí práce je nutné si rozdělit do krátkých časových úseků. Je třeba dodržovat odpočinkový režim. Při vaření a žehlení hrozí riziko opaření a spálení se. Nevykonávat práce se vzpažením – věšení prádla, mytí oken apod.

Sociální zázemí - každý pacient v ČR s onemocněním myashtenia gravis má nárok na sociální zabezpečení od státu, v potaz jsou brány důsledky nemoci. Můžete si zažádat na úřadu sociálního zabezpečení o níže uvedené příspěvky: na péči, bydlení, dopravu, kompenzační pomůcky apod. Pokud by se Váš stav zhoršil, můžete si po domluvě s lékařem zažádat o invalidní důchod, ve Vašem případě není doposud nutné uvažovat o důchodu.

Cestování – v dlouhodobě stabilizovaném stavu i na delší vzdálenosti nehrozí žádné velké riziko. Naopak dovolená strávená v příjemném prostředí bez stresu může být velmi prospěšná. Cestovat můžete po domluvě s lékařem i do zahraničí. Podmínkou je mít u sebe seznam léků, které užíváte. Nevhodné je cestovat autobusem a vlakem. Vždy je vhodné, aby s Vámi někdo cestoval.

- **Seznámení pacientky s občanským sdružením myasteniků (MYGRA) v ČR**

Mygra – představuje sdružení pacientů s myastenii, jejich rodinných příslušníků, odborníků a dobrovolných členů z řad široké veřejnosti. Jejich cílem je šířit informace o této nemoci a podílet se na zlepšení životních podmínek. Sdružení poskytuje své internetové stránky, kde všichni najdou souhrn informací o jejich onemocnění. Dále vydávají časopis s názvem Kurýr.

- **Pacientce jsme představili obecné rady pro myasteniky:**

- navštěvujte pravidelně lékaře
- pečlivě užívejte léky a dodržujte čas jejich užívání
- noste s sebou vždy seznam všech léků, které užíváte
- udržujte si přiměřenou tělesnou váhu
- nepodléhejte psychickým stresům
- využijte psychické podpory rodiny a zdravotníků
- nevystavujte se větší fyzické námaze
- vždy si udělejte čas pro odpočinek a relaxaci
- práci si vždy naplánujte, nikdy nenechávejte nic na poslední chvíli
- o jakémkoli očkování se vždy poradte s ošetřujícím lékařem
- vyhýbejte se velké kumulaci lidí zejména v době epidemií, tím se chráníte před infekcí (PIŤHA, 2004).

- **Fixační fáze:** (15 minut) důkladné opakování podstatných informací souvisících s dodržováním životního režimu, shrnutí opakovaných poznatků, ujasnění případných nesrovnalostí.

- **Hodnotící fáze:** (10 minut) zhodnocení zpětné vazby při diskuzi, kladení kontrolních otázek pacientce a vyhodnocení správnosti jejích odpovědí.

Kontrolní otázky pro pacientku:

Jaké by měly být stravovací návyky myasteniků?

Můžete cestovat do zahraničí s Vaším onemocněním?

Jakým způsobem si upravíte domácí prostředí, aby bylo bezpečné?

Zhodnocení edukační jednotky

Stanovené cíle byly splněny. Pacientka byla dotazována několika kontrolními otázkami, její správné odpovědi svědčily o její pozornosti. Prokázala základní vědomosti dodržování zásad životního režimu (výživa, úprava domácího prostředí, sociální pomoc, cestování a péči o pacienty v rámci ČR). Pacientka přistupovala k edukaci odpovědně, velmi se soustředila na danou problematiku, projevila aktivní zájem o nabytí nových vědomostí. V rámci diskuze jsme se utvrdili, že obsah 3. edukační jednotky byl vybrán správně. Edukační jednotka probíhala v rozsahu 60 minut.

5. FÁZE – VYHODNOCENÍ

V rámci závěrečného vyhodnocení edukačního procesu pacientka vyplnila vědomostní test, jehož otázky se shodují se vstupním testem ve fázi posuzování.

Otázky	An o/ne	A no/ne
Byla jste někdy v péči neurologů?	ano	ano
Víte co je myastenia gravis?	ano	ano
Vyskytla se u Vás v rodině někdy myastenia gravis?	ne	ne
Znáte příznaky myastenie?	ne	ano
Setkala jste se s pojmem myastenická krize?	ne	ano
Víte co je plazmaferéza?	ne	ano
Umíte vyjmenovat možné komplikace při plazmaferéze?	ne	ano
Znáte zásady pravidelného režimu při této nemoci?	ne	ano
Víte, jakému prostředí se máte vyvarovat?	ne	ano
Znáte zásady správné životosprávy při myastenii?	ne	ano
Slyšela jste o organizaci myasteniků?	ne	ano

- Pacientka získala podstatné vědomosti o chorobě, léčebné metodě plazmaferéza, pochopila nutnost jejího provedení a ošetrovatelskou péči.
- Pacientka prokazuje vědomosti o správném životním režimu myastenika a nutnosti jeho dodržování.
- Pacientka je spokojena se získanými vědomostmi.
- Edukace proběhla ve třech edukačních jednotkách, které byly pro pacientku srozumitelné, při edukaci výborně spolupracovala, nechala si vše vysvětlit.
- Edukační cíle (kognitivní, afektivní a behaviorální) se podařilo splnit, edukace je ukončena, na základě splněných cílů.
- Na základě odpovědí edukantky, které uvedla ve výstupním testu a na základě splněných stanovených cílů usuzujeme, že realizace edukačního procesu byla úspěšná.
- Edukace byla účinná a zlepšila psychický stav a vědomosti pacientky.

Příloha O

Citování podle normy ČSN ISO 690: 2010

Informace a dokumentace – Pravidla pro bibliografické odkazy a citace informačních zdrojů⁶.

Tištěná kniha /monografie

Pořadí údajů:

Autor. *Název*. Pořadí vydání (kromě 1. vyd.). Místo vydání: vydavatel, rok vydání. Počet stran (nepovinné). ISBN.

Příklad 1:

WHITEHOUSE, D.J. *Handbook of surface and nanometrology*. 2nd ed. Boca Raton: CRC Press, 2011c. ISBN 978-80-4200-8201-2.

Elektronická kniha

Pořadí údajů:

Autor. *Název* [typ média]. Pořadí vydání (kromě 1. vyd.). Místo vydání: vydavatel, rok vydání [datum citování]. ISBN. Dostupnost

Příklad 2:

LECH, Richard. *Fundamental principles of engineering nanometrology* [online]. Oxford: Elsevier, 2009 [vid. 29.8.2011]. ISBN 978-0-08-096454-6. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/book/9780080964546>

Kapitola v tištěné knize

Pořadí údajů:

Autor. Název kapitoly. In: Autoři. *Název knihy*. Místo vydání: vydavatel, rok vydání. Stránky kapitoly od–do. ISBN.

⁶ V příkladech není uplatněný Harvardský způsob zápisu zdrojů.

Příklad 3:

LONKA, Kirsti. Helping doctoral students to finish their theses. In: BJÖRK, Lennart, Gerd BRÄUER, Lotte REINECKER and Peter Stray JÖRGENSEN, eds. *Teaching academic writing in European higher education*. Dordrecht: Kluwer Academic Publ. 2003. pp. 113-131. ISBN 1-4020-1208-X.

Kapitola v elektronické knize

Pořadí údajů:

Autor. Název kapitoly. In: Autoři. *Název knihy* [typ média]. Pořadí vydání (kromě 1. vyd.). Vydavatel, rok vydání. Stránky kapitoly od–do [datum citování]. ISBN. Dostupnost

Příklad 4:

DEMAY, Y. Computation of 2D viscoelastic flows for a differential constitutive equation. In: J-M. Piau and J-F. Agassant, eds. *Rheology for Polymer Melt Processing* [online]. Elsevier, 2011, pp. 237-255 [vid. 29.8.2011]. ISBN 978-80-4448-223-6-9. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169310796800098>

Příspěvek v tištěném sborníku z konference

Pořadí údajů:

Autoři. Název příspěvku. In: *Název sborníku z konference*. Místo vydání: vydavatel, rok vydání. Stránky příspěvku od–do. ISBN.

Příklad 5:

DISTLER, Tobias and Rüdiger KAPITZA. Increasing performance in Byzantine fault-tolerant systems with on-demand replica consistency. In: *Proceedings of the Eurosys' 2011 conference. April 10-April 13, 2011, Salzburg, Austria*. New York: Association of computer machinery, 2011. pp. 91-105. ISBN 978-1-4503-0634-8.

Příspěvek v elektronickém sborníku z konference

Pořadí údajů:

Autoři. Název příspěvku. In: *Název sborníku z konference* [typ média]. Místo vydání: vydavatel, rok vydání [datum citování]. Dostupnost

Příklad 6:

TALICH, Milan a Filip ANTOŠ. Metody a postupy digitalizace a online zpřístupnění starých kartografických děl. In: *INFORUM 2011: 17. ročník konference o profesionálních informačních zdrojích*, 24.–26. května 2011, Vysoká škola ekonomická v Praze [online]. Praha: AiP, 2011 [vid. 29.8.2011]. Dostupné z: <http://www.inforum.cz/pdf/2011/talich-milan.pdf>

Článek v tištěném časopisu

Pořadí údajů:

Autoři. Název článku. In: (nepovinné) *Název časopisu*. Ročník, číslo, stránky článku od-do. ISSN.

Příklad 7:

MANSOURI, Majdi, Quachani ILHAM, Hichem SNOUSSI and Cédric Richard. Adaptive quantized target tracking in wireless sensors networks. *Wireless Networks*, Vol. 17, No. 7, pp. 1625-1639. ISSN 1022-0038.

Článek v elektronickém časopisu (případně v elektronické databázi časopisů)

Pořadí údajů:

Autoři. Název článku. In: (nepovinné) *Název časopisu* [typ média]. Ročník, číslo, stránky článku od-do [datum citování]. ISSN. Dostupnost

Příklad 8a:

CALAFIORE, Giuseppe C., Fabrizio DABBENE and Roberto TEMPO. Research on probabilistic methods for control system design. *Automatica* [online]. Elsevier. July 2011, 47(7), 1279-1293 [vid. 17. June 2011]. ISSN 0005-1098. Dostupné z doi: 10.1016/j.automatica.2011.02.029

Příklad 8b:

Další možný formát údajů o stejném článku:

Vol. 47, issue 7, pp. 1279-1293 [vid. 17. June 2011]. ISSN 0005-1098. Dostupné z doi: 10.1016/j.automatica.2011.02.029. Dostupné též z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005109811001300>

Webová stránka

Pořadí údajů:

Název stránky [typ média]. Vlastník stránky. (rok vydání, copyright – nepovinné). [datum citování]. Dostupnost.

Příklad 9:

What is fluid technology? [online]. Bowles Fluidics Corp. [vid. 10.10.2011]. Dostupné z: <http://www.bowlesfluidics.com/capabilities/technology/>

Článek na webu

Pořadí údajů:

Autoři. Název článku. In: *Název zdroje (webové stránky)*. Vydavatel (vlastník webové stránky), rok vydání [datum citování]. Dostupnost

Příklad 10:

GIRFHAR, Yogesh, Anqi XU, Bir Bikram DEY, Malika MEGHJANI, Florian SHKURTI, Ioannis REKLEITIS and Gregory DUDEK. MARE: Marine Autonomous Robotic Explorer [online]. *Mobile Robotics Lab*, McGill University, 2011 [vid. 2011-10-10]. Dostupné z: http://www.cim.mcgill.ca/~mrl/pubs/anqixu/iros2011_boat.pdf

Obrázek na webu

Pořadí údajů:

Název obrázku. In: *Název zdroje* [typ média]. Vlastník webové stránky a rok vydání (nebo copyright) [datum citování]. Dostupnost

Příklad 11:

Stereolithography. In: *CustomPartNet* [online]. © 2009 CustomPartNet [vid. 12.10.2011]. Dostupné z: <http://www.custompartnet.com/wu/stereolithography>

Tabulka na webu

Pořadí údajů:

Název tabulky. In: *Název zdroje* [typ média]. Vydavatel, rok vydání [datum citování]. Dostupnost

Příklad 12:

Labour Force Statistics (MEI). In: *OECD StatExtracts* [online]. OECD, 2011 [vid. 12.10.2011]. Dostupné z:

<http://stats.oecd.org/Index.aspx?querytype=view&queryname=90>

Diplomová práce

Pořadí údajů:

Autor. *Název*. Místo vydání: vydavatel, rok vydání. Typ práce. Pracoviště obhajoby.

Příklad 13:

BENDÍK, Jan. *Zdroj pro indukční ohřev*. Praha: ČVUT, 2011. Diplomová práce. ČVUT, Fakulta elektrotechnická, Katedra elektroenergetiky.

Disertační práce

Pořadí údajů:

Autor. *Název*. Místo vydání: vydavatel, rok vydání. Typ práce. Pracoviště obhajoby.

Příklad 14:

SOLAŘÍK, Petr. *Optický vláknový senzor s kapalným jádrem pro stopovou chemickou analýzu*. Praha: ČVUT, 2007. Disertační práce. ČVUT v Praze, Fakulta elektrotechnická, Katedra mikroelektroniky.

Tištěná výzkumná zpráva

Pořadí údajů:

Autoři. *Název zprávy*. Místo vydání: vydavatel, rok vydání. Označení a č. výzkumné zprávy.

Příklad 15a:

ČERNÝ, R. *Directed Design of Thermal Insulation System of Contemporary Buildings Based on Hygrothermal Analysis - Progress Report*. Praha: ČVUT v Praze, Fakulta stavební, Katedra materiálového inženýrství a chemie, 2010. p. 51 [Research Report ME10112/1].

Příklad 15b:

DVOŘÁK, L., J. ČÍŽEK, L. NOVÁKOVÁ, J. KOLÍNSKÝ a P. VITKOVIČ. *Měření charakteristik vzduchu po průchodu vodní clonou*. Výzkumná zpráva č. Z-271/11. Praha: České vysoké učení technické v Praze, 2010, 5 s.

Elektronická technická zpráva

Pořadí údajů:

Autor. *Název zprávy* [typ média]. Pořadí vydání (kromě 1. vydání). Vydavatel, rok vydání. Označení a č. technické zprávy [datum citování]. Dostupnost

Příklad 15c:

DERU, M. *Energy Savings Modeling and Inspection Guidelines for Commercial Building Federal Tax Deductions* [online]. 2nd. Ed. Technical Report NREL/TP-550-40467. National Renewable Energy Laboratory, May 2007 [vid. 11-16-2011]. Dostupné z: <http://www.nrel.gov/docs/fy07osti/40467.pdf>

Tištěný patent

Pořadí údajů:

Přihlašovatel (vlastník) patentu. *Název patentu*. Vynálezce (autor). Datum přihlášky. Třídy mezinárodního patentového třídění. Číslo patentu. Vydavatel patentu.

Příklad 16a:

ČVUT V PRAZE, FAKULTA STROJNÍ. *Multifunkční pružinová vodičová svorka*. Vynálezce: Karel Vítek, Tomáš Mareš. Přihl. 07.11.2007. MPT: H 01 R 4/24, H 01 R 4/30, H 01 R 4/50, H 01 R 4/48, H 01 R 4/40. Čís. patentu 302116. 20. 10. 2010. Úřad průmyslového vlastnictví.

Příklad 16b:

CZECH TECHNICAL UNIVERSITY IN PRAGUE. *Rolling fluid turbine*. Inventor: Miroslav Sedláček. WO 2009152785 (A2). Appl. no. WO2009CZ00084 20090617. Int. Cl. F03B3/12; F03B5/00. World Intellectual Property Organization.

Příklad 16c:

ENCORE MEDICALASSET CORP. *Electrical nerve stimulation device*. Vynálezce: Gary L. MOORE et al. Int. Cl.: A61N 1/18 (20060101), US Cl.: 607/46. US Patent 7,254,444. Issued August 7, 2007.

Elektronicky dostupný patent

Pořadí údajů:

Přihlašovatel (vlastník) patentu. *Název patentu* [typ média]. Vynálezce (autor). Datum přihlášky. Třídy mezinárodního patentového třídění. Číslo patentu. Vydavatel patentu. [datum citování]. Dostupnost

Příklad 17a:

ČVUT V PRAZE, FAKULTA STROJNÍ. *Multifunkční pružinová vodičová svorka* [online]. Vynálezce: Karel Vítek, Tomáš Mareš. Přihl. 07.11.2007. MPT: H 01 R 4/24, H 01 R 4/30, H 01 R 4/50, H 01 R 4/48, H 01 R 4/40. Čís. patentu 302116. 20. 10. 2010. Úřad průmyslového vlastnictví [vid. 20. června 2011]. Dostupné na:
<http://isdv.upv.cz/portal/pls/portal/portlets.pts.det?xprim=1041523&lan=cs>

Příklad 17b:

CZECH TECHNICAL UNIVERSITY IN PRAGUE. *Rolling fluid turbine* [online]. Inventor: Miroslav Sedláček. WO 2009152785 (A2). Int. Cl. F03B3/12; F03B5/00. Appl. no. WO2009CZ00084 20090617. World Intellectual Property Organization [vid. 20. June 2011]. Available from:
http://worldwide.espacenet.com/publicationDetails/biblio?DB=EPODOC&adjacent=true&locale=en_EP&FT=D&date=20091223&CC=WO&NR=2009152785A2&KC=A2

Norma

Pořadí údajů:

Označení normy *Název normy*. Mezinárodní klasifikační kód. Pořadí vydání. Místo vydání: vydavatel, datum vydání.

Příklad 18a:

ČSN ISO 690 *Informace a dokumentace - Pravidla pro bibliografické odkazy a citace informačních zdrojů*. 3. vyd. Praha: ÚNMZ, březen 2011.

Příklad 18b

ISO 690:2010 *Information and documentation - Guidelines for bibliographic references and citations to information resources*. ICS: 01.140.20. Ed. 3, June 2010. International Organization for Standardization.

Počítačový program

Pořadí údajů:

Distributor (případně autor a pak distributor). *Název programu* [software]. Datum vydání. [datum zpřístupnění]. Dostupnost. Požadavky na systém.

Příklad 19:

ESET SOFTWARE, S.R.O. *ESET NOD32 Antivirus 5* [software]. Červen 2011 [přístup 17.10.2011]. Dostupné z:

<http://www.eset.cz/cz/domacnosti/produkty/antivirus/>

Požadavky na systém: procesor i386 (Intel® 80386), amd64 (x86-64), operační systém Microsoft Windows 2000, XP, Vista, Windows 7, Windows Home Server, volné místo na disku 400 MB, operační paměť 100 MB.

Video online

Pořadí údajů:

Autoři. Název videa. [Typ nosiče]. *Název zdroje* [Typ media]. Vydavatel, rok vydání [datum citování]. Dostupnost

Příklad 20:

GRIMSON, Eric a John GUTTAG. Introduction to Computer Science and Programming. Lecture 1–24 [video]. *MIT OpenCourseWare* [online]. Academic Earth, 2011 [vid. 17.10.2011]. Dostupné z:

<http://www.academicearth.org/courses/introduction-to-computer-science-and-programming>

Fotografie

Pořadí údajů:

Autor. *Název fotografie*. [typ nosiče]. Místo pořízení, rok pořízení.

Příklad 21:

RYBNÍČEK, Jan. *Metalografická pila* [fotografie]. Brno: Mezinárodní strojírenský veletrh, 2010.

Elektronicky dostupná fotografie

Pořadí údajů:

Autor (firma). Název fotografie [typ nosiče]. *Název zdroje* [typ média]. Dostupnost. Formát.

Příklad 22:

GEMS SENSORS & CONTROLS. Fluidics low wide 1_crop [fotografie]. *Fluidic Systems* [online]. Dostupné z: <http://intl.gemssensors.com/content.aspx?id=344>. Formát: 844 × 568.

Firemní literatura v elektronické formě

Pořadí údajů:

Název firmy [typ média]. *Název dokumentu*. Roky vydání [datum citování]. Dostupnost.

Příklad 23:

PROFILY [online]. *Vytlačovaná pryžová těsnění. Katalog výrobků*. ©2011 [vid. 14.11.2011]. Dostupné z: <http://www.profil.cz/cs/katalog-vyroby/>

Interní nepublikovaný text (tištěný leták, informační list)

Pořadí údajů:

Název dokumentu. Vydavatel, rok vydání. Další identifikace.

Příklad 24:

Bezpečná přeprava, používání a skladování acetylenových lahví. Česká asociace technických plynů, 2010. Informační list EIGA 4/2010.

Emailová zpráva z elektronické konference nebo diskusní skupiny

Pořadí údajů:

Autor. Předmět zprávy. In: *Název systému zpráv* [typ média]. Příjemce zprávy. Datum odeslání. [Datum citování]. Dostupnost.

Příklad 25:

NĚMEČKOVÁ, Lenka. Otevřený přístup k výsledkům VaV na MIT. In: *DSVinfo* [online]. 02 Apr 2009, 8:57:51 AM [vid. 2009-04-22]. Dostupné z Internetu pro registrované účastníky: dsvinfo@cvut.cz

Heslo z Wikipedie

Pořadí údajů:

Název hesla. In: *Název zdroje* [typ média]. Vydavatel, rok vydání, datum poslední editace. [datum citování]. Jazyková verze. Dostupnost.

Příklad 26:

Adheze. In: *Wikipedie: otevřená encyklopedie* [online]. Wikimedia Foundation, 2003. Stránka naposledy edit. 21.10.2011 v 18:54 [vid. 2011-11-15]. Česká verze. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Adheze>

Příloha P

Pokyny k odevzdávání bakalářské práce

(jak a kam se odevzdává, co se svazuje, co se kam vkládá, co se scanuje na CD...)

Kolik výtisků konečné verze bakalářské práce odevzdávám?

Tři.

Kam je odevzdávám?

Na studijní oddělení.

V jaké vazbě?

Dvakrát svázané ve tvrdé vazbě a jedenkrát svázané v kroužkové vazbě. Barvu desek doporučujeme volit modrou nebo zelenou. Černá je smutná a červená příliš sebevědomá ☺.

Jaké jsou povinné přílohy k bakalářské práci?

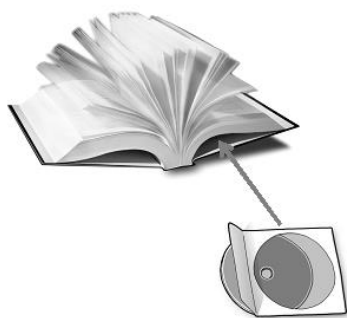
- Docházkový list na konzultace
- Protokol o kontrole originality
- CD

Co mám nahrát na CD?

1. Konečnou verzi bakalářské práce ve formátu „pdf“
2. Rozhodnutí o schválení tématu bakalářské práce nascanované ve formátu „pdf“

Kam CD dám?

CD s uloženými soubory (*viz výše*) se vlepuje na zadní obal jednoho výtisku bakalářské práce v tvrdé vazbě – nejlépe do papírové nebo plastové kapsy na CD.



Kam dám Docházkový list na konzultace?

Originál Docházkového listu na konzultace se volně vloží (NESVAZUJE SE S PRACÍ!) do výtisku bakalářské práce v tvrdé vazbě, kde je vlepeno CD.

Kam dám Posudek vedoucího práce?

Originál Posudku vedoucího práce se NESVAZUJE S PRACÍ! Na studijní oddělení musí být dodán nejpozději 14 dní před konáním obhajoby.

Kam dám Protokol o kontrole originality bakalářské práce?

Protokol originality bakalářské práce, který mi byl zaslán e-mailem, 3x vytisknu a volně vložím (NESVAZUJE SE S PRACÍ!) do všech výtisků bakalářských prací, které odevzdávám studijnímu oddělení.

Příloha Q

Postup pro zasílání bakalářských prací ke kontrole originality

Protokol kontroly originality MUSÍ být přiložen ke každé odevzdávané bakalářské práci.

1. bakalářskou práci ve finální verzi, ve které již nebudu nic měnit, převedu do formátu prostého „pdf“ a uložím do souboru s názvem ve tvaru:

PRIJMENI_JMENO_ROČNÍKSTUDIJNI SKUPINA

příklad: NOVAK_JAN_3AVS

2. odešlu tento soubor e-mailem na adresu, která bude uvedena v pokynu k odevzdávání bakalářských prací ke kontrole originality
3. dodržím termín pro odeslání souboru s bakalářskou prací ke kontrole originality
4. jakmile obdržím e-mailem protokol z kontroly originality, 3x ho vytisknu a volně vložím (nesvazuje se s prací!) do svázaných prací, které odevzdám na studijním oddělení nejpozději do určeného termínu

Přípustné procento shody pro bakalářské práce studentů Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. je 35 %.

***Technická poznámka:** údaj, uvedený v procentech, v protokolu originality, vyjadřuje procento „shody“. Například výsledek 13 % znamená 13% shodu s jinými porovnávanými dokumenty a 87% originalitu porovnávané práce.*

Dodržením stanovených termínů přispějete k hladkému průběhu zpracování všech podkladů pro státní závěrečné zkoušky.

Příloha R

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O. P. S.

PRAHA 5, DUŠKOVA 7



DOKLAD O PŘEVZETÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

STUDENTA/TKY:.....

SVÁZÁNO VE TVRDÉ VAZBĚ – 2x

SVÁZÁNO V KROUŽKOVÉ VAZBĚ – 1x

CD S PRACÍ V PDF VERZI VLEPENÉ NA OBALU PRÁCE - 1x

DOCHÁZKOVÝ LIST NA KONZULTACE – 1x

PROTOKOL O KONTROLE ORIGINALITY – 3x

PROHLAŠUJI, ŽE VERZE V PDF SE SHODUJE S TIŠTĚNÝMI VERZEMI

DATUM A PODPIS STUDENTA:

STUDIJNÍ ODDĚLENÍ:

Příloha S



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.

se sídlem Duškova 7, Praha 5, PSČ 15000

**PŘIHLÁŠKA NA STÁTNÍ ZÁVĚREČNOU ZKOUŠKU V AKADEMICKÉM
ROCE 201X/201X**

Bakalářský stupeň vzdělání

Jméno a příjmení:

Studijní obor:

Název bakalářské práce:

Vedoucí bakalářské práce:

Název katedry, na které bude probíhat státní závěrečná zkouška:

Termín státní závěrečné zkoušky:

☐

řádný

☐

opravný

Předměty státní závěrečné zkoušky:

1. Obhajoba bakalářské práce

2.

3.

4.

V dne:.....

podpis studenta

Podmínky pro vykonání státní závěrečné zkoušky byly splněné dne:

..... (Potvrdí studijní oddělení)

Razítko

Podpis: