

# **Problematika začlenění NANDA taxonomie II do klinické praxe**

Tereza Petruželová

---

Bakalářská práce  
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2009/2010

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza PETRUŽELOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Problematika začlenění NANDA taxonomie II. do klinické praxe**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části bakalářské práce bude objasněna problematika NANDA – International diagnostického systému, významu a priorit v historické rovině jejího vývoje. Práce zohledňuje prvky NANDA taxonomie II. v širí ošetrovatelského procesu, zdůrazňuje pokrokové stimuly a možnosti jejího uplatnění.

V praktické části zjistit příčinu problematiky implementace NANDA taxonomie II. do klinické praxe. Na základě výsledků šetření stanovit východiska ke zvýšení povědomí odborné zdravotnické společnosti o NANDA taxonomii II. a seznámit je s jejími výhodami a možnostmi praktického charakteru. Praktickým výstupem bude návrh edukačního materiálu k této problematice.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**GORDON, Marjory. Assess notes: Nursing Assessment and Diagnostic Reasoning. 1st edition. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2008. 206 s.**

**JOHNSON, Marion, et al. NANDA, NOC and NIC linkages. 2nd edition. USA: Mosby, 2005. 698s. ISBN 978-0-323-03194-3.**

**MAREČKOVÁ, Jana. Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.**

**MAREČKOVÁ, Jana, JAROŠOVÁ, Darja. NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetřovatelského procesu. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 86s. ISBN 80-7368-058-0.**

**MOYET, Lynda Jull Carpenito. Nursing Care Plans and Documentation. 5th edition: Lippincott Williams and Wilkins, 2008. 1120 s. 12. ISBN 0-7817-7064-5.**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Michaela Karafiátová**  
Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **4. února 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **4. června 2010**

Ve Zlíně dne 4. února 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*



Mgr. Jitka Laholová  
*ředitel ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako autor.

Ve Zlíně 20.5.2020

Obhajobník

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;*

*(1) Vysoká škola nevyjádřeně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přiměřeně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Problematika této práce je zaměřena na sledování možností uplatnění nového diagnostického systému dle NANDA taxonomie II, která prozatím v klinické praxi nenašla předpokládanou odezvu, vzhledem k její myšlenkové konfiguraci. V teoretické části se zmiňuji o obecných základech ošetrovatelského procesu, ošetrovatelské diagnostiky včetně jejich historického aspektu. Dále pak zmiňuji poznatky z historie, vývoje a struktury NANDA taxonomie II. Praktická část je následně zaměřena na stanovení primárních příčin stagnace v implementaci NANDA taxonomie II a na získání poznatků o potřebách v přímé ošetrovatelské péči z hlediska diagnostiky deficitních potřeb s následným návrhem strategického řešení této problematiky.

Klíčová slova: NANDA – I., diagnóza, taxonomie, ošetrovatelský proces, implementace

## **ABSTRACT**

Problems of this work is focused on monitoring the possibility of applying the new diagnostic system according to the NANDA taxonomy II, which so far in clinical practice could not find the expected response due to its intellectual configuration. In the theoretical part, I focus on the general foundations of the nursing process, nursing diagnosis, including their historical aspect. Then I mention the knowledge of the history, evolution and structure of NANDA taxonomy II. The practical part is then focused on determining the primary causes of stagnation in the implementation of NANDA taxonomy II and the acquisition of knowledge about the needs of direct nursing care with regard to diagnosis of deficit needs to follow the draft strategy to address this issue.

Keywords: NANDA – I., diagnose, taxonomy, nursing process, implementation

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Michaelle Karafiátové za cenné rady, trpělivost a odborné vedení mé bakalářské práce. Rovněž děkuji za spolupráci a ochotu všem zdravotním sestřám a studentům Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, jež se zúčastnili průběhu výzkumného šetření.

# OBSAH

ÚVOD .....	10
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES V OBRAZE HOLISTICKÉ PÉČE .....</b>	<b>12</b>
1.1 DEFINICE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU .....	12
1.2 EFEKTIVITA PRÁCE JAKO VÝCHODISKO OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU .....	13
1.3 FÁZE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU.....	14
1.3.1 Ošetřovatelská anamnéza a proces sběru dat .....	14
1.3.2 Tvorba ošetřovatelské diagnózy .....	15
1.3.3 Plánování ošetřovatelské péče .....	15
1.3.4 Realizace ošetřovatelského plánu .....	16
1.3.5 Zhodnocení účinnosti poskytnuté péče.....	16
1.4 POTŘEBY NEMOCNÉHO V ZÁJMU OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	17
<b>2 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY JAKO SCHOPNOST IDENTIFIKOVAT PROBLÉM.....</b>	<b>19</b>
2.1 DEFINICE OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY .....	19
2.2 KLASIFIKACE OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	20
2.2.1 Aktuální ošetřovatelská diagnóza .....	20
2.2.2 Potencionální ošetřovatelská diagnóza .....	21
2.2.3 Diagnózy na podporu zdraví .....	21
2.3 VÝVOJ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOSTIKY .....	22
2.4 ZPŮSOBY PŘÍSTUPU K TVORBĚ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	23
2.4.1 Problém, etiologie a příčina ve struktuře ošetřovatelské diagnózy .....	23
2.4.2 Problém a rizikový faktor v základech potenciační ošetřovatelské diagnózy .....	24
2.5 UPLATNĚNÍ DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKY V PROCESU STANOVENÍ PRIORITY .....	24
2.6 POZICE DIAGNOSTICKÉHO ALGORITMU V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU .....	25
2.6.1 První fáze – hledání aktuální diagnózy .....	25
2.6.2 Druhá fáze – hledání potenciační diagnózy .....	25
2.6.3 Třetí fáze – hledání diagnózy na podporu zdraví .....	26
<b>3 SEVEROAMERICKÁ ASOCIACE PRO OŠETŘOVATELSKOU DIAGNOSTIKU - MEZINÁRODNÍ.....</b>	<b>27</b>
3.1 VÝVOJ PROBLEMATIKY V HISTORICKÉM KONCEPTU .....	27
3.2 CÍLE SEVEROAMERICKÉ ASOCIACE PRO OŠETŘOVATELSKOU DIAGNOSTIKU .....	28
3.3 VZNIK ALIANCE VE SPOLUPRÁCI TAXONOMICKÝCH STRUKTUR.....	29
3.3.1 Klasifikace ošetřovatelských intervencí .....	30
3.3.2 Klasifikace ošetřovatelských cílů .....	31
<b>4 TAXONOMIE SEVEROAMERICKÉ ASOCIACE PRO OŠETŘOVATELSKOU DIAGNOSTIKU.....</b>	<b>35</b>
4.1 NANDA TAXONOMIE I VE VZORU LIDSKÝCH REAKCÍ .....	35
4.2 NANDA TAXONOMIE II A DIAGNOSTICKÉ DOMÉNY .....	37
4.2.1 Funkční vzorce zdraví Marjory Gordon v NANDA taxonomii II.....	39
4.2.2 Diagnostická doména jako oblast zájmu sestry.....	41



<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>44</b>
<b>5</b>	<b>CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY</b> .....	<b>45</b>
5.1	CÍLE PRÁCE.....	45
5.2	HYPOTÉZY PRÁCE.....	45
<b>6</b>	<b>METODIKA PRÁCE</b> .....	<b>46</b>
6.1	CHARAKTERISTIKA VYBRANÉHO VZORKU .....	46
6.2	METODY PRÁCE .....	47
6.2.1	Tematické zaměření.....	47
6.2.2	Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami .....	47
6.2.3	Dotazník.....	48
6.3	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK .....	48
6.4	ORGANIZACE ŠETŘENÍ .....	50
<b>7</b>	<b>ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT</b> .....	<b>52</b>
7.1	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ K NAVRŽENÉ OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACI .....	52
7.2	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ OBECNÉ INFORMOVANOSTI O NANDA TAXONOMII II .....	74
7.3	VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU S POROVNÁNÍM VZTAHU S DOTAZNÍKOVÝM ŠETŘENÍM OBECNÉ INFORMOVANOSTI O NANDA TAXONOMII II .....	93
<b>8</b>	<b>DISKUSE</b> .....	<b>96</b>
	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>106</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>108</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>110</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b> .....	<b>112</b>
	<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>113</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>115</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>117</b>

## ÚVOD

Zorný úhel náhledu veřejnosti na kvalitu ošetrovatelské péče je vysoce specificky vnímanou skutečností podporovanou osobnostními vlastnostmi jedince a jejich očekáváním pomoci v každé oblasti lidského zdraví. Proto je rovněž kladen důraz na vymezení ostrých hranic v udržování potřeb jedince holisticky pojatým přístupem v ošetrovatelské péči a otevřenost možnosti vyjádřit meze normofunkce a dysfunkce odrážející jedinečnost ve vnímání zdraví každého z nás.

Nutnost individuálního přístupu v ošetrovatelské péči byla shledána již v dávno zakořeněných dobách Florence Nightingale, která nám zprvu dala nahlédnout do specifík lidských potřeb a osobnímu strádání v době nemoci s odkazem vést ošetrovatelství ascendentním směrem a vyhledávání skulin příčiny narušující stabilitu báze zdraví člověka.

Abychom byli schopni aktuálně a s individualizovaným přístupem řešit tyto problémy daných jedinců, je třeba vést, utvářet a zkvalitňovat ošetrovatelskou péči, k čemuž nám dopomáhá ošetrovatelský proces, tedy jakýsi systematický postup vedoucí k odstranění příčiny či bránící jejímu vzniku, přičemž je možné sledovat její vývoj a přizpůsobovat plán dle aktuální potřeby.

Formulace a samotné zpracování či grafické vyjádření ošetrovatelského procesu prošlo řadou změn, které se snaží jej přizpůsobit potřebám moderního ošetrovatelství, a usnadnit tímto práci zdravotnických pracovníků, již tak přehlcených množstvím dokumentů, které opakovaně vynáší rovnocenné informace. Výsledkem je vytvoření NANDA taxonomie II, jež díky svému kódovému systému a interní klasifikaci ošetrovatelských problémů v doménách a třídách, usnadňující komunikaci v jednotném „kódovém“ jazyce a schopnost celkově posoudit člověka vzhledem k jeho potřebám a deficitům.

Přestože je tento systém jako prvním komplexním pojednáním ošetrovatelské péče a procesu vůbec, v oblasti jeho začleňování do praxe se setkáváme především s negativní odezvou, hlavně tedy ochoty pojmout tento systém za své v naší zemi.

Cílem této práce je nalézt příčinu, která pramení v neúspěchy taxonomie a navrhnout řešení, jež by mohla zvýšit kvalitu povědomí zdravotnického managementu a personálu vůbec z hlediska osvěty a výukových forem.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES V OBRAZE HOLISTICKÉ PÉČE

Snaha vidět člověka jako celistvou bytost s odrazem v ošetřovatelské péči a potřeba reagovat na narůstající nároky na její kvalitu v oblasti bio-psycho-sociálních aspektů s respektováním individuálních zvláštností jedince, jež by bylo možno kontinuálně vyhodnocovat a stanovením komplexního plánu v integraci s myšlenkami daného pacienta systematicky uspokojovat, nutila odbornou zdravotnickou společnost k vytvoření návrhu posloupnosti jednotlivých kroků v takovém pořadí, aby vytvářely logický hermeticky uzavřený soubor činností, který byl následně označen jako ošetřovatelský proces.

### 1.1 Definice ošetřovatelského procesu

*„Termín ošetřovatelský proces byl zaveden v 50. letech a byl všeobecně přijat jako základ ošetřovatelské péče“.* (Doenges, M., Moorhouse, M., 2001, s. 11) Dnešní moderní pojetí přístupu v péči o pacienty/klienty si vyžaduje komplexní utřídění determinantů určujících jejich celkový stav, a to nejen po stránce tělesné, ale rovněž sociální, psychické a duševní. Poprvé byl představen Lydií Hall roku 1955, definice poté prošla pouze mírnými úpravami, které reagovaly na potřeby zdravotnické společnosti a konceptu holistického přístupu v péči o pacienty.

*„Ošetřovatelský proces je individualizovaný přístup k ošetřovatelské péči o pacienta orientovaný na řešení problémů“.* (DiCara, V., 2007, s. 356) Čili reaguje na náhlé vzniklou situaci, při níž je třeba řešit stav deficitních potřeb jedince, které staví na osobní hierarchii daného jedince, pro naši potřebu se lze pro obraznost opřít o Maslowovu teorii potřeb, v níž bázi celé problematiky staví na prioritních potřebách biologických. Americká asociace sester (American Nursing Association, dále jen ANA) dále definuje: „Ošetřovatelský proces je diagnostika a léčba lidských odpovědí na aktuální nebo potenciální zdravotní problém.“ (Cox, H. a kol., 2002, s. 1) Jedná se o sérii kroků nebo činů, jež vedou ke splnění daných cílů a cílem ošetřovatelského procesu je zajistit pacientům péči, která by byla individuální, efektivní a účinná, současně pojmající osobnost člověka jako celek. Určuje činnosti sester k podpoře zdraví, ochraně zdraví a prevenci vzniku nemocí a je užíván sestrami v každém pracovním prostředí, každého zaměření. Americká asociace sester se neustále zabývá rozvojem standardů v postupech tvorby ošetřovatelského procesu. Ošetřovatelský proces je dynamický a vyžaduje určitou tvořivost k aplikaci, tvorbě. (Delaune, S., Ladner, P., 2002, s. 83) Kreativita zdravotní sestry je zde vyjádřena schopností vytvořit ošetřovatelský plán aplikovatelný na jednotlivce cílené problematiky.

„Ošetrovatelský proces vyžaduje naučit se (1) systematicky shromažďovat údaje o pacientovi a jeho problémech, (2) rozpoznat problém (analýza dat), (3) plánovat (kladení cílů, volba řešení), (4) realizovat (uskutečnění cílů) a (5) hodnotit (posouzení účinnosti plánu a změna plánu, pokud to vyžadují aktuální potřeby)”. (Doenges, M., Moorhouse, M., 2001, s. 11) Tyto jednotlivé kroky se navzájem přímo i nepřímo ovlivňují, vytváří uzavřený cirkulující kruh činností s cílem vytvořit komplex, díky němuž získáme jasný přehled o problematice pacienta v jeho specifických oblastech. Proto je zjevné, že sestra bude v jeho tvorbě prioritní dominantou, jelikož v poskytování péče časově hraje nejvýznamnější část, ovšem je třeba myslet na tzv. multidisciplinární přístup a reagovat na odezvu ostatních účastníků provozu, jež v objektivizaci posouzení pacienta hrají neodmyslitelnou roli a jejich poznatky vnášejí jakési nezaujaté stanovisko.



Obrázek 1 Ošetrovatelský proces (Delaune, S., Ladner, P., 2002, s. 82)

## 1.2 Efektivita práce jako východisko ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces má ve své podstatě vycházet z myšlenky vytvořit výhodné a efektivní stanovisko ošetrovatelské péče jak pro pacienta, tak pro zdravotní sestru, která je přímým řešitelem mnohdy komplikovaného celku klientovy problematiky, což vyžaduje promyšlenost přístupu k práci a vedení ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský proces sloužící jako návod, instruktáž, jak jednotlivé aktivity vést a v jaké posloupnosti, s sebou tyto výhody nese v návaznosti na snahu vyhovět požadavkům obou zúčastněných stran. K výho-

dám, jež se vztahují k osobě pacienta, řadíme: kvalitní plánovanou ošetrovatelskou péči zaměřenou na uspokojení potřeb jednotlivce, rodiny nebo komunity, soustavnost ošetrovatelské péče, účast pacienta na ošetrovatelské péči (partnerská spolupráce). Sestrám vedené ošetrovatelského procesu zajišťuje odborný růst, uspokojení v zaměstnání, důsledné a systematické ošetrovatelské vzdělávání, obranu proti rozporům se zákonem, splnění ošetrovatelských norem, splnění norem akreditovaných nemocnic (Kozierova, B., Erbová, G., Olivieriova, R., 1995, s. 170-171). Tyto kritéria jsou jedním z hlavních důvodů, proč struktura ošetrovatelského procesu vůbec vznikla a proč je taková snaha jej uplatnit v praxi a vést jej v takovém rozsahu a kvalitě, jaký je vyžadován.

### **1.3 Fáze ošetrovatelského procesu**

V šíři ošetrovatelského procesu popisujeme pět dílčích fází, jež na sebe ve svém průběhu navazují a postupným způsobem doplňují vždy předešlé kroky co do celistvosti informací. Jedná se o anamnézu, stanovení ošetrovatelské diagnózy, vytvoření ošetrovatelského plánu, realizace plánu a zhodnocení efektivnosti ošetrovatelské péče. Okruh činností je ve svém průběhu neustále opakován tak, aby zachytil vždy aktuální stav deficitních potřeb a v ošetrovatelské péči nereagoval pouze na výchozí ustanovení.

#### **1.3.1 Ošetrovatelská anamnéza a proces sběru dat**

Ošetrovatelská anamnéza (vyhodnocení situace) je prvním krokem ošetrovatelského procesu a zahrnuje sběr, ověření, uspořádání, interpretaci a dokumentaci údajů. Údaje jsou sbírány z různých zdrojů, nejvíce však od pacienta a to jak formou rozhovoru, tak z fyzikálního vyšetření. Rozlišujeme dva druhy dat-objektivní, subjektivní. Subjektivní data jsou ty, na které upozorňuje pacient sám a zahrnuje pocity, vnímání, obavy. Objektivní data jsou viditelná a měřitelná, využívá se fyzikálního vyšetření a diagnostických testů. (Delaune, S., Ladner, P., 2002, 84-85) Získaná data musí být utříděna tak, aby byly použitelné v ošetrovatelské péči, čili je potřeba, aby soubor informací měl určitou úroveň, kvalitu. Sběr a organizace těchto dat vám umožňuje:

- a) určit pacientův současný zdravotní stav,
- b) určit pacientovy silné a problematické oblasti (oboje aktuální i potenciální).
- c) připravit se na druhý krok ošetrovatelského procesu-stanovení diagnózy. (Cox, H. a kol., 2002, s. 3)

Na základě získaných údajů vyhodnocuje sestra situaci, tedy celkový stav pacienta, hodnotí aktuálnost a závažnost jeho problémů, snaží se vydedukovat posloupnost v řešení, rozhoduje o aktuálnosti či potencionálnosti stavu. Je třeba si uvědomit, že vyhodnocování údajů není pouze otázkou příjmového posouzení, ale že v rámci ošetrovatelské péče se jedná o kontinuální dynamický proces, který staví na nepřetržitém kontaktu a interakci ve spojení sestra-pacient.

### 1.3.2 Tvorba ošetrovatelské diagnózy

Druhým krokem ošetrovatelského procesu je stanovení ošetrovatelské diagnózy, také nazýván jako analýza nebo identifikace potřeb (problému). Cílem této části ošetrovatelského procesu je vyvodit závěry specifických potřeb pacienta nebo lidskou odpověď na obavy tak, aby mohla být naplánována a zavedena efektivní ošetrovatelská péče. (Doenges, M., Moorhouse, M. 2003, s. 37-38) Ošetrovatelskou diagnózou rozumíme závěrečné ustanovení vyhodnocovacího komplexu ve spolupráci se zdravotnickým týmem a pacientem samotným, vydefinování jeho silných a slabých oblastí, oblastí aktuálně zasažené či hrozící ohrožení.

### 1.3.3 Plánování ošetrovatelské péče

Plánování ošetrovatelské péče je třetím krokem ošetrovatelského procesu a zahrnuje formulaci pokynů, jež stanovují směr ošetrovatelských činností v dané ošetrovatelské diagnóze a rozvíjí plán ošetrovatelské péče pacienta. Fáze plánování zahrnuje několik úkolů:

- a) seznam prioritních ošetrovatelských diagnóz,
- b) stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů směřovaných na pacienta,
- c) stanovení specifických ošetrovatelských intervencí,
- d) celý plán ošetrovatelské péče je zaznamenáván v dokumentaci pacienta. (Delaune, S., Ladner, P., 2002, s. 87)

Tzv. kritické myšlení sester pomáhá rozhodnout o akutnosti dané ošetrovatelské diagnózy, tedy o prioritě a pořadí jejich řešení z celku stanovených problémů konkrétního pacienta.

Očekávané výsledky ošetrovatelských intervencí jsou stanoveny ve vztahu s chováním pacienta a časovém úseku, v kterém by mělo dojít k jejich dosažení. Tyto cíle by měly být realistické a měřitelné. Po stanovení priorit ošetrovatelských diagnóz a očekávaných vý-

sledků se určí krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé cíle a ošetrovatelské intervence k odstranění problému. (Smeltzer, S., Bare, B., 2003, s. 39) V procesu plánování je potřeba neustále myslet na interakci součinnosti s pacientem, protože se jedná o jeho zdravotní stav, jeho potřeby, které samozřejmě v závislosti s nemocí se ve své podstatě mění a individualita v názoru na jejich identifikaci je opravdu specifická. Správná identifikace se jednoznačně odráží v efektivnosti péče.

#### **1.3.4 Realizace ošetrovatelského plánu**

Realizace je v průběhu čtvrtou fází ošetrovatelského procesu. Staví na plánu péče, jež byl vyvozen z deficitních potřeb jedince v předešlých fázích a vyvození účinného řešení, postupu práce v koordinaci s pacientem. Jedná se o provedení intervenčního přístupu, jehož snahou je docílit konečného, výsledného cíle péče. Ošetrovatelská činnost je definována jako chování sester, jež mají pomoci pacientovi dosáhnout očekávaných výsledků. (Cox, H. a kol., 2002, s. 6) Samozřejmě jednotlivé intervence nemusí provádět pouze primární sestra jako taková, ale na péči se podílí jednak ostatní členové zdravotnického týmu, tak i pacient sám, jeho rodina. Sestry neustále kontrolují stav pacienta, a to během, v průběhu a po realizaci ošetrovatelských intervencí. Fáze realizace rovněž zahrnuje dokumentaci a záznam výsledků. (Delaune, S., Ladner, P., 2002, s. 88) Úroveň vedení ošetrovatelské dokumentace nám následně pomůže snáze přistupovat k následujícímu kroku, tedy fázi vyhodnocení, proto je třeba shromažďovat údaje kontinuálně a mít připraveny ucelené podklady. Realizace procesu končí, jakmile jsou splněny intervence v takovém rozsahu, že dojde k odstranění problému nemocného.

#### **1.3.5 Zhodnocení účinnosti poskytnuté péče**

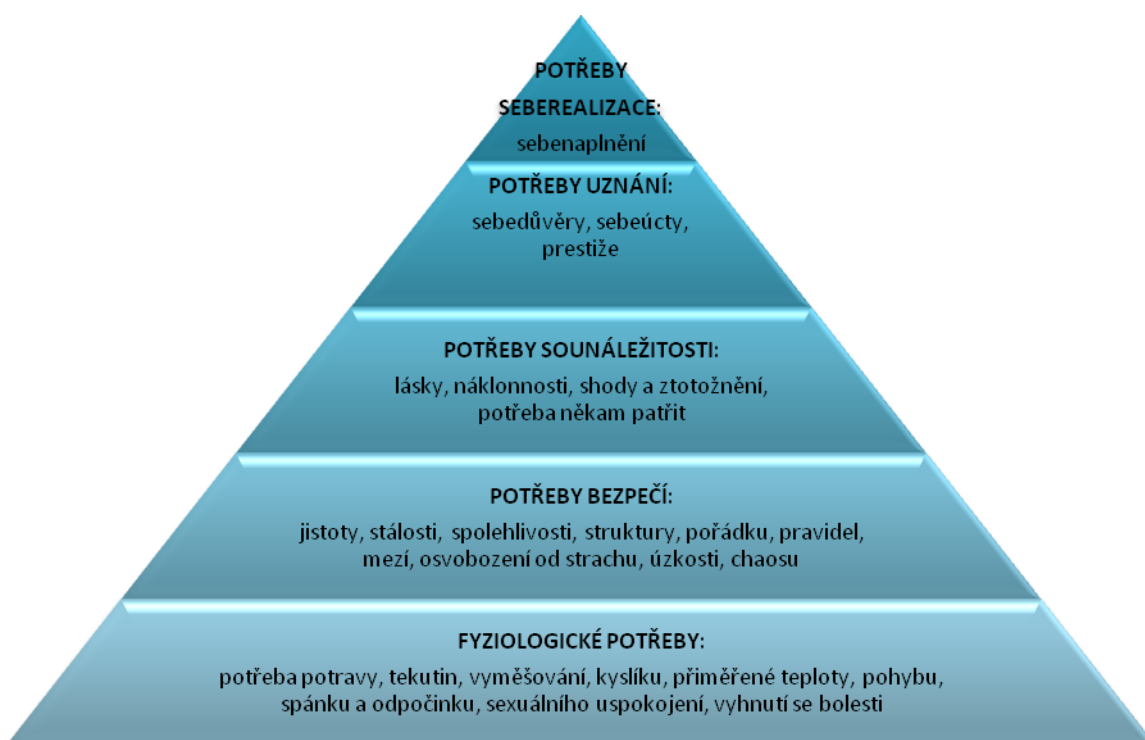
Hodnocení, závěrečný krok ošetrovatelského procesu, umožňuje sestřám zhodnotit pacientovu odpověď na ošetrovatelské intervence a rozsah, jakým bylo dosaženo stanovených cílů. (Smeltzer, S., Bare, B., 2003, s. 40) Tedy kterých cílů dosaženo bylo, kterých bylo dosaženo částečně, anebo dosaženo nebylo. Dle toho zváží efektivnost navrženého plánu péče a rozhodne o změně či zrušení ošetrovatelských intervencí či v intervencích pokračuje, dokud nedojde k žádoucímu výsledku, odstranění problému. Základem pro hodnocení efektivnosti ošetrovatelské péče je ošetrovatelský plán jako celek a dokumentace dokládající denními záznamy pokroky změn zdravotního, ale také psychického, sociálního stavu (byl-li navržen k řešení), rovněž i zajištění kontinuity v poskytování ošetrovatelské péče napříč ošetrovatelským personálem.



## 1.4 Potřeby nemocného v zájmu ošetrovatelské péče

Individualita vnímání osobního zdravotního stavu v kontextu s mírou schopnosti zvládat kompenzovat deficity při narušení „homeostázy“ bio-psycho-sociální roviny v různé intenzitě zatížení, je rovněž otázkou schopnosti zdravotního personálu citlivě reagovat a přiměřeně stavět ošetrovatelskou péči na úroveň, která by odpovídala právě fyziologickému stavu. Je nutné si uvědomit, že trendem novodobého ošetrovatelského managementu a teoretické roviny ošetrovatelství je především zvyšovat kvalitu ošetrovatelské péče na základě kontinuálního vyhodnocování aspektů potřeb každého člověka a stanovením cílené strategie, plánu vedoucího k dosažení optimálního stavu na základě vzájemné integrace, zdravotník – pacient. Zde uplatňujeme orientaci výše zmíněného ošetrovatelského procesu.

Definice „potřeby“ nacházela ve svém vývoji řadu změn a byla neustále obnovována, doplňována, vzhledem k nárůstu vývojové složky ošetrovatelství, avšak významová rovina byla vždy zachována. „*Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá*“. (Trachtová, E. a kol., 2006, s. 10) Na základě tohoto parametru je tedy člověk schopen sám do určité míry ovlivňovat funkčnost a dysfunkčnost vlastních potřeb díky vlastní citlivosti na jejich rovnováhu. V případě překročení prahu kompenzačních mechanismů je třeba zásahu ruky odborníka. „*Lidské potřeby jsou vymezeny společenskými podmínkami života. I když vývoj potřeb každého člověka závisí na podmínkách jeho života, je určen společenskými vztahy a místem, které určitý člověk v soustavě těchto vztahů zaujímá*“. (Farkašová, D. a kol., 2006, Existují dvě etapy klasifikace lidských potřeb. První z nich jsou potřeby primární nebo také základní, které jsou společné všem lidem (např. spánek, jídlo, hydratace, apod.). Druhé jsou potřeby sekundární či jinak nazývané vyšší. Vyšší potřeby jsou kladeny do konfrontace s primárními a to v tom významu, že jestliže je u konkrétního člověka narušen již tento základ, nemohou být principiálně uspokojovány potřeby vyššího charakteru, jež stojí hierarchicky výše. Základním přehledem lidských potřeb je tzv. Maslowova hierarchie potřeb. s. 61)



Obrázek 2 Maslowova hierarchie potřeb (Farkašová, D. a kol., 2006, s. 63)

Poznatky mohou poskytnout rámec pro ošetrovatelský proces a jeho aplikaci u jednotlivců i v rodinách. V ošetrovatelském procesu musí sestra identifikovat potřeby, aby mohla pochopit, jak vzniklé subjektivní potřeby pacient vnímá a posoudit jeho objektivní potřeby, které souvisí s jeho změněným a měnícím se zdravotním stavem. (Farkašová, D. a kol., 2006, s. 61-66)

Celkově tedy může sestra tyto vědomosti využít v:

1. poznání a pochopení sebe sama a tím uspokojování vlastních potřeb;
2. pochopením potřeb druhých lidí lépe posuzuje a hodnotí jejich chování;
3. poznatky o základních potřebách tvoří teoretický podklad pro ošetrovatelský proces;
4. teoretické znalosti lidských potřeb, faktorů a situací, vlivem kterých se potřeby mění, umožňují sestře přiměřenou intervenci u stresovaného pacienta;
5. tyto znalosti lze uplatnit při edukaci nemocného, podpořit nemocného v jeho seberealizaci (Trachtová, E. a kol., 2006, s. 18).

## 2 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY JAKO SCHOPNOST IDENTIFIKOVAT PROBLÉM

Stanovením deficitu, čili ošetřovatelského problému, na základě analytického posouzení sebraných dat anamnestických dotazováním, objektivním hodnocením, dojde k aktivaci poslušnosti výkonů, které povedou k jeho odstranění. Deficity mohou vznikat na půdě biologické, psychologické, sociální či duchovní. Je to stav změny aktuální či potenciaální (ten, jenž bez řádných opatření vzniknout může) v potřebách jedince. Jestliže jsme schopni na základě těchto subjektivních a objektivních jevů nalézt u konkrétního pacienta dysfunkci či jejich množinu, je nutné správně pojmenovat a určit, o jaký stav se jedná, k čemuž nám právě slouží ošetřovatelské diagnózy. Ošetřovatelská péče poskytovaná v souladu s ošetřovatelským plánem vychází z tohoto přímého pojmenování, které se dnes již automaticky opírá o standardně pojmenované problémy. Hledání ošetřovatelských problémů, narušené struktury lidských potřeb, je prioritou v profesi zdravotní sestry a prolíná většinu jejich profesních rolí vycházejících právě z nutnosti jejich identifikace.

### 2.1 Definice ošetřovatelské diagnózy

Definice ošetřovatelských prošla řadou změn, úprav. Samozřejmé je, že vysvětlení tohoto pojmu se bude lišit v historickém kontextu a filosofickém náhledu jednotlivých teoretiků, jež budou odrážet dobové poznatky, širší rámcového poznání. Existuje tedy celá řada vysvětlení tohoto pojmu, přičemž každý z nich staví na racionálních nezvratných základech vycházející z praktického poznání. Severoamerická asociace pro ošetřovatelskou diagnostiku (North American Association for Nursing Diagnosis International, dále je NANDA-I) přistupuje k následující: „*Ošetřovatelská diagnóza je klinický úsudek odpovědi jedince, rodiny nebo komunity na aktuální a potenciaální zdravotní problémy/životní procesy. Ošetřovatelská diagnóza vytváří základ pro výběr ošetřovatelských intervencí k dosažení stanovených cílů, za které sestra zodpovídá.*“ Je závěrem vycházejícím z informací získaných od pacienta, jež slouží jako prostředek popisující zdravotní problémy (potřeby). Ošetřovatelské diagnózy, oproti lékařským, se mění v závislosti na stádiích onemocnění, sestra mění intervence či závěry na základě aktuálního stavu pacienta (Doenges, M., Moorhouse, M., 2003, s. 39), což jen potvrzuje adaptační schopnost celého ošetřovatelského procesu v jakékoli časové etapě vývoje stavu pacienta. Ten tudíž není odkázán na jeho standardně a pevně stanovenou formu. Samotným definováním ošetřovatelské diagnózy dojde k vyčlenění rozdílů mezi ní a lékařskými diagnózami, což je pro profesi sestry důležité

z hlediska zaujetí postoje k vlastním pravomocem a rozsahu činností, které toto povolání pojímá (viz obrázek 3).

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terminologie k pojmenování klinického úsudku sestrou, která určí odpověď K/P či skupiny na problémy v oblasti zdravotního stavu, a to aktuální, potenciální problémy nebo v oblasti podpory zdraví</li> <li>• Zaměřuje se na odpověď (projev) jedince, rodiny či komunity k určení problému nebo stavu.</li> <li>• Cíle ošetřovatelské diagnózy pomáhají sestře vymezit intervence, díky nimž bude problém odstraněn.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terminologie k pojmenování klinického úsudku stanoveného lékařem, která stanovuje specifickou chorobu, kondici pacienta či patologický stav.</li> <li>• Popis onemocnění, stavu K/P, který odráží alteraci normální funkce organismu.</li> <li>• Zpravidla se v průběhu hospitalizace nemění.</li> </ul>

Obrázek 3 Srovnání ošetřovatelské a lékařské diagnózy (Delaune, S., Ladner, P., 2002, s. 85)

## 2.2 Klasifikace ošetřovatelských diagnóz

Rozlišujeme tři druhy ošetřovatelských diagnóz; aktuální, potencionální a diagnózy na podporu zdraví, tzv. wellness diagnózy. Jejich členění je založeno na časové závislosti, akutnosti jejich řešení ve vztahu s celkovým stavem pacienta a hierarchii prioritní kategorie potřeb běžného života a v omezení nemocí, jež je třeba řešit. Sestra v této pozici zaujímá významnou úlohu, kdy musí zvládat na základě svých schopností, dovedností, znalostí, ale uplatňuje zde např. i principy vlastních domněnek, rozpoznání přítomnosti změny v potřebách nemocného, rozhodnout o aktuálnosti problému, stanovit pořadí, v jakém budou řešeny a především jakým způsobem. Na základě objektivních a subjektivních známek zvládá hodnocení efektivnosti práce, nebrání se kritickému pohledu na věc.

### 2.2.1 Aktuální ošetřovatelská diagnóza

Aktuální ošetřovatelská diagnóza je odpověď člověka na zdravotní stav/problém/životní proces, která se vyskytuje u jednotlivců, rodiny či komunity. Je podpořena definováním vlastností (projevy, příznaky, symptomy), které jsou shlukovány do schématu (vzorce), jež

jsou ve spojitosti s jednotlivými úkony. (Fitzpatrick, J., Wallace, M., 2006, s. 392) Z časového hlediska je probíhajícím stavem, v rámci ošetrovatelské péče se snažíme intervencemi, dílčími kroky, dosáhnout jejího časného odstranění vzhledem k aktuálnímu působení na stav pacienta. Zvláště u tohoto typu diagnóz je nutné stanovit priority řešení, jejich posloupnost, jelikož přímé propojení se změněným zdravotním stavem, který tyto deficity vyvolal, nám ukazuje vliv nemoci na osobnost člověka jako celek.

### **2.2.2 Potencionální ošetrovatelská diagnóza**

Potencionální ošetrovatelská diagnóza odráží odpověď člověka, která může vzniknout u oslabených jedinců, rodiny nebo komunity. Je podpořena rizikovými faktory, které se podílí na zvýšení náchylnosti (oslabenosti) a tím jejich rozvoji. (Fitzpatrick, J., Wallace, M., 2006, s. 392) Intermitentní hodnocení potencionalnosti podporuje aktivní a hlavně časný přístup v případě urgentního řešení nastalé vzniklé situace přechodu v diagnózu aktuální. Cílem je navrhnout vhodné intervenční stanoviska, kterými se v průběhu ošetrovatelské péče budeme řídit za účelem odstranění a eliminaci rizika možného vzniku a rozvoje deficitu, jež by komplikoval výchozí stav pacienta, popřípadě byl činitelem možného ohrožení na životě.

### **2.2.3 Diagnózy na podporu zdraví**

Diagnózy na podporu zdraví popisují lidskou reakci ukazující připravenost jedince, rodiny nebo komunity zvýšit úroveň svého zdraví. (Fitzpatrick, J., Wallace, M., 2006, 392) Jedná se v podstatě o proces napomáhající jednotlivcům i komunitám ovlivnit činitele působící na jejich zdraví a tím zlepšit celkový zdravotní stav. Je podpořena ochotou účastníků ošetrovatelského procesu k nalezení řešení odstranění problémů a povědomí o normalitě stavu, čili podoby běžného funkčního zdraví. Zahrnuje zlepšování způsobu života a další sociální, ekonomické a osobní faktory vedoucí ke zdraví. (Marečková, J., 2006, s. 39) V součinnosti s tímto mohou vzniknout u lidí projevy neefektivního pojmání a podpory zdraví, v důsledku čehož nedochází k plnění preventivního přístupu v ochraně zdraví či porušování stanovených léčebných opatření. Svou významnou úlohu sehrávají zejména při sestavování edukačního plánu, kdy si žádáme pozornost a pochopení jedince k dané problematice, aktivní přístup, zájem o dosažení plné kompenzace stavu. Wellness diagnózy se staly významnou součástí NANDA taxonomie II, jež v podstatě upozorňují zdravotníky na opomíjení významu edukační složky.

### 2.3 Vývoj ošetrovatelské diagnostiky

Pestrost historického vývoje ošetrovatelských diagnóz je značná, pohlédneme-li na úskalí, jimiž procházela, a kterým musela čelit, zejména odmítání přijetí změn do již zaběhnutých kolejí v práci zdravotnických pracovníků, přestože prvotní podměty vycházely právě z provozu. Přesto zde působí a předkládá nové možnosti, nové formy, které postupným způsobem nachází své místo působiště, kde uplatňuje svou podstatu, význam pro narůstající kvalitu ošetrovatelské péče reagující na zvyšující se nároky veřejnosti.

Termín „ošetrovatelská diagnóza“ se poprvé v literatuře objevil v 50. letech minulého století. Fry (1953) stanovil, že ošetrovatelská diagnóza je začleněna do plánu ošetrovatelské péče a je důležitou částí pro individualizaci péče o pacienta (Delaune, S., Ladner, P., 2002, s. 115), jelikož se jedná o vyčlenění problémů se specifickou reakcí na postavenou ošetrovatelskou péči.

První mezinárodní konference pro klasifikaci ošetrovatelských diagnóz se konala roku 1973 v St. Louis, Missouri. V tu dobu došlo k setkání sester a začala snaha o identifikaci, vývoj a objasnění ošetrovatelských diagnóz. V roce 1982 byla organizace na 5. mezinárodní konferenci přejmenována na NANDA. Od té doby docházelo k tradičním setkáním každé dva roky. V roce 1990 vydala první podobu definice ošetrovatelské diagnózy.

Další podpora ošetrovatelských diagnóz přišla ze strany ANA (Americké asociace sester) v roce 1973 v publikaci „Standards of Nursing Practice“. ANA i v dalších letech pokračovala v podpoře diagnóz, jakožto druhého kroku ošetrovatelského procesu.

Na 13. konferenci konané roku 1998 vypracovala NANDA 21 nových diagnóz a 37 revidovala na základě objasnění existujících diagnóz a jejich definic. Formulují charakteristické znaky a související faktory. Na následujícím shledání (1994) identifikovali potřeby k přepracování struktury taxonomie I (Delaune, S., Ladner, P., 2002, s. 115-116), jelikož první navržená verze v klinické praxi nenašla očekávanou odezvu a podporu s nízkým efektem využitelnosti pro kvalitativní nárůst v tvorbě ošetrovatelských diagnóz. V roce 2000 na 14. konferenci přijala NANDA návrhy a tedy novou taxonomii, taxonomii II. (Delaune, S., Ladner, P., 2002, s. 116), která je otevřenou verzí diagnostického systému, což v praxi znamená schopnost přijímat další návrhy v pojmenování ošetrovatelských problémů, proto je počet ošetrovatelských diagnóz variabilní a stále vývojově v pohybu, aktualizace v diagnostice probíhá takřka nepřetržitě.

## 2.4 Způsoby přístupu k tvorbě ošetřovatelských diagnóz

Možností, jakým způsobem navodit formu ošetřovatelským diagnózám, je vícero, což otvírá jednotlivým institucím různé směry. Způsob, který dané pracoviště zvolí, je otázkou zvyku, účelnosti, využitelnosti, praktičnosti, rychlosti tvorby, stručnosti apod. V časové rovině ve vývoji těchto forem bylo vždy prioritou usnadnění práce zdravotnickým pracovníkům, již tak zatěžovaných řadou úkonů, které přímo i nepřímo souvisejí s administrativní prací. Správná volba vhodné formy tvorby ošetřovatelských diagnóz může nejen usnadnit práci sestry, ale také práci urychlí, načeš lze časovou rezervu využít k jiným aktivitám v ošetřovatelské péči, a také může vytvořit vhodné grafické stanovisko pro přehlednost aktuální situace pacienta.

### 2.4.1 Problém, etiologie a příčina ve struktuře ošetřovatelské diagnózy

Zaměření ošetřovatelské diagnózy není omezeno pouze na problém, ale může také zahrnout pacientovy potřeby a silné či slabé stránky k potenciálnímu zlepšení stavu. Hledáme faktor bránící navrácení fyziologického stavu. Z tohoto důvodu užíváme k tvorbě diagnóz formátu *problém-etologie-příčina*, tedy PES. Formulace tohoto formátu odráží ve svém obsahu aktuální ošetřovatelské diagnózy.

Oblast potřeby a etiologie (příčiny) diagnostického vyjádření jsou spojeny frází „z důvodu“. Tato fráze vyjadřuje spojení mezi ošetřovatelskou diagnózou a souvisejícími faktory. NANDA vytvořila víceúčelovou taxonomii ke flexibilitě ošetřovatelského jazyku. Jednotlivé osy jsou definovány jako oblasti lidské odpovědi, které jsou následně uváženy v tvorbě ošetřovatelského procesu. První osou je diagnostický koncept. Dalších šest (čas, úroveň péče, věk, zdravotní stav, popis a typologie) mohou být využity k modifikaci diagnostického konceptu.

Pomocí definice ošetřovatelské diagnózy se stanoví klientovy potřeby, které působením vhodných ošetřovatelských intervencí mohou být pozitivně ovlivněny nebo mohou působit preventivně jejich vzniku. Při stanovování diagnostického závěru je potřeba být si vědom obvyklých chyb, jež mohou ústit v nesprávnou ošetřovatelskou diagnózu. To následně negativně ovlivní formulaci cílů a vede k nesprávnému výběru ošetřovatelských intervencí. (Cox, H. a kol., 2002, 4-5) Takováto diagnóza je následně bezúčelná, jelikož nejsme schopni reagovat cíleně na daný problém, který neuskutečněním vhodného plánu ošetřovatelské péče přetrvává.

### 2.4.2 Problém a rizikový faktor v základech potencionální ošetrovatelské diagnózy

V případě formátu *problém-rizikový faktor (PRF)* stanovujeme pacientovy slabé stránky, dále pak působící faktory zevní a vnitřní, které by mohly mít negativní vliv na vznik některého z možných ošetrovatelských problémů, a ohrozit tak pacienta sledem následných změn zdravotního stavu. V tomto případě hovoříme o diagnózách potencionálních, kdy vyhledáváním a vlastní přítomností rizikových faktorů dokládáme pravděpodobnost jejího vzniku, jestliže by nebyly naplánovány intervence eliminující jejich působení.

### 2.5 Uplatnění diferenciální diagnostiky v procesu stanovení priorit

V průběhu sběru anamnestických údajů získáme řadu informací, na jejichž základě určíme celkový stav klienta, zda jsou jeho potřeby v normě či jsou dysfunkční. Stanovením příznaků, rizikových faktorů a souvisejících faktorů, jež se vztahují vždy ke konkrétní ošetrovatelské diagnóze, navíc v NANDA taxonomii II opatřenou číselným kódem, můžeme rozpoznat diagnózu již při samotném posuzování klienta. „*V rámci diferenciální diagnostiky nám přítomné související faktory pomohou tak, že nás upozorní na potřebu detailního rozpoznání konkrétních příznaků. Určité nalezené příznaky či rizikové faktory vypovídají o přítomnosti určité ošetrovatelské diagnózy se specifickým číselným kódem*”. (Marečková, J., Jarošová D., 2005, s. 14)

Ve většině případů u jednoho klienta nalézáme několik ošetrovatelských diagnóz současně zasahující konkrétní oblasti lidských vzorců, což bude vždy doprovázet prvotní analýzu získaných údajů. Avšak pokud jsme při jejich vyhodnocování stavěli na podkladech diferenciální diagnostiky, čili potvrdila se přítomnost určitých příznaků či rizikových faktorů, lze svá tvrzení považovat za správná.

V průběhu času a rozvoje diagnostických schopností sestry v kooperaci s diferenciální diagnostikou se s ní sestra naučí pracovat tak, že bude schopna rozpoznávat ty diagnózy, které jsou pro člověka skutečně validní na základě racionálního podkladu tohoto systému diagnostiky, což lze potvrdit v podstatě i její schopností obhájit svá tvrzení na základě podložených skutečností klientovy problematik. Tímto se vyhneme zbytečnému připisování problémů klientovi, které by mohly stát pouze na nepodložených domněnkách sestry, čímž hrozí opomenutí těch podstatnějších.



## 2.6 Pozice diagnostického algoritmu v ošetrovatelském procesu

Problematika hledání a stanovení deficitních potřeb pacienta je pro zdravotní sestru, jakožto primární pečující osobu, důležitou k zajištění odpovídající péče na úrovni, jež odpovídá celkovému souboru vytyčených narušených oblastí. Jestliže je sestra schopna správně stanovit ošetrovatelskou diagnózu, tedy pojmenovat daný problém, je pravděpodobnost efektivitivy péče v kvalitativním hodnocení v jejich odstranění vysoká, což je žádoucí jak pro pacienta, zdravotnické zařízení, tak i pro ekonomiku nemocnice jako takovou.

Místo, jaké diagnostický algoritmus zaujímá ve vztahu k ošetrovatelskému procesu a tvorbě ošetrovatelských diagnóz, je stavěn na předních liniích, jelikož nám pomáhá určit, zda se vůbec nějaký deficit v potřebách jedince vyskytuje, a to na všech úrovních (aktuální, potencionální, wellness), jakého přístupu a rozsahu ošetrovatelské péče bude potřeba.

Diagnostický algoritmus je členěn do tří fází, přičemž každá z těchto úseků se soustředí na diagnostiku jiného typu ošetrovatelských diagnóz:

- první fáze – na diagnózy aktuální,
- druhá fáze – na diagnózy potencionální,
- třetí fáze – na diagnózy k podpoře zdraví. (Marečková, J., 2006, s. 36)

### 2.6.1 První fáze – hledání aktuální diagnózy

K rozpoznání aktuální ošetrovatelské diagnózy je důležitá přítomnost dvou funkčních prvků, a sice určujících znaků (UZ) a souvisejících faktorů (SF). Je vhodné postupovat celou dobu vzestupným směrem od první diagnostické domény po třináctou, dle zjištěných údajů poté vytříbit přítomnost či nepřítomnost některého z problémů. Určující znaky chápeme jako symptomy, soubor příznaků, jež je pro daný deficit charakteristický a doprovází jej ve většině případů nebo je individuálním dle osobní reaktivity pacienta. Související faktory vychází z etiologického základu, jedná se příčiny vyvolávající a podporující vznik deficitu v potřebách. Pokud nenajdeme u pacienta přítomnost určujících znaků, souvisejících faktorů, můžeme přítomnost aktuální ošetrovatelské diagnózy vyloučit.

### 2.6.2 Druhá fáze – hledání potencionální diagnózy

Druhá fáze algoritmu slouží k rozpoznání potencionálně dysfunkčních potřeb. Potřeby, které ještě v dysfunkční podobě nejsou. (Marečková, J., 2006, s. 37-39) Zde jsou pro nás významné rizikové faktory (RF) a související faktory (SF), kdy související faktory sehráva-

jí stejnou úlohu, jak již bylo výše zmíněno, a rizikové faktory jsou skupinou jevů ohrožující pacientův stav potenciální změnou v dysfunkci. Cílem určení potencionální ošetrovatelské diagnózy je eliminovat působící rizikové faktory vhodným přístupem ošetrovatelské péče a správně zvolenými ošetrovatelskými intervencemi.

### **2.6.3 Třetí fáze – hledání diagnózy na podpoře zdraví**

V této fázi vyhledáváme diagnózy, které nejsou dysfunkční potřebou v pravém slova smyslu. Popisují lidskou reakci klienta na tělesnou i duševní pohodu (tedy takového klienta/pacienta, který dysfunkci ani potencionální dysfunkci v dané potřebě nemá) a jeho ochotu funkci dané potřeby zlepšit. Jsou vzdělávacími ošetrovatelskými problémy a motivují k edukační činnosti. Jde o situace, kdy se pacient ve prospěch zdraví chová vhodně, ale edukací je možné ještě dosáhnout zlepšení. (Marečková, J., 2006, s. 39) K určení tohoto typu diagnóz je důležité určení určujících znaků – UZ. Stanovení souvisejících faktorů nemá v tomto případě významnou roli, jelikož se nejedná o přímou dysfunkci.

### 3 SEVEROAMERICKÁ ASOCIACE PRO OŠETŘOVATELSKOU DIAGNOSTIKU - MEZINÁRODNÍ

NANDA-International (North American Nursing Diagnosis Association-International) je profesní organizací sester, která soustředila své síly k vytvoření zevrubného a široce uplatnitelného diagnostického systému, jež je aplikovatelný ve všech specializacích ve smyslu oborového zaměření zdravotnických služeb. Pro rozvoj diagnostických systémů a materiálů k ošetřovatelské diagnostice zaujala své nezastupitelné místo, přičemž svůj vliv rozšířila takřka po celém světě. Na svou původní verzi návrhu neustále navazuje, v průběhu narůstajících nároků ze strany zdravotnické společnosti, dochází ke stálému zlepšování ucelenosti, kompletnosti systému, jež by veškeré tyto aspekty zahrnoval.

#### 3.1 Vývoj problematiky v historickém konceptu

Společensko-historická specifika období po druhé světové válce ve Spojených státech amerických vytvořila optimální podmínky k historickým změnám v pojetí oboru ošetřovatelství. Byly zdokonaleny jeho teoretické prvky, poznatky oboru byly vyvíjeny a kultivovány vědním způsobem a otevřela se cesta k rozvoji ošetřovatelské vědy. Součástí zmíněného období byla rodící se koncepce ošetřovatelské diagnostiky.

Historické aspekty pojímající četné významné události s sebou přinesly expanzivní vývoj v ošetřovatelské diagnostické terminologii, která v prozatímní podobě neměla jasnou formu a byla nekonzistentní v široké zdravotnické společnosti. V důsledku těchto faktorů roku 1973 proběhla První mezinárodní konference o klasifikaci ošetřovatelských diagnóz podpořenou mnohými aktivitami společenství z oblasti ošetřovatelské diagnostiky. K těmto významným aktivitám v obraze vlastních dějin patří i vznik asociace nazvané NANDA – North American Nursing Diagnosis Association (Severoamerická asociace pro ošetřovatelskou diagnostiku) roku 1982, která byla po dvaceti letech přejmenována na NANDA - International. „*Americká asociace sester (ANA), období české či slovenské a dalších národních asociací sester, se podařilo začlenit problematiku ošetřovatelské diagnostiky (procesu, kterým mohou sestry nezávisle diagnostikovat a dle jehož výsledků mohou určovat zaměření ošetřovatelské péče) do standardů ošetřovatelské a zdravotní péče daných politikou státu*”. (Marečková, Jana, 2006, s. 56) Roku 1974 byl vydán první konferenční sborník pojímající informace o průběhu setkání a tematické aktuality. (Vörösová, G., 2007, s. 13) Ten je i nadále v pravidelných intervalech dvou let stále vydáván a doplňován o aktuální

informace. Avšak je třeba zdůraznit, že směr, jakým je novodobý teoreticko-vývojový zá-  
měr veden, je ve svém postupu mnohem rychlejší a je více koncipován na potřeby uživate-  
lů diagnostických systémů vzhledem k otevřenosti, s jakou se při svém vývoji vydává.

### 3.2 Cíle Severoamerické asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku

Při zahájení práce NANDA-International bylo nutné, aby organizace ve svém základu sta-  
novila východiska, čili cíle, kterých chce svou aktivitou v časovém průběhu  
v implementaci s praktickým rámcem činností, tedy spojení teoretického a praktického  
hlediska, dosáhnout a na jejichž základě bude směřovat jednotlivé kroky, jimiž dosáhne  
vytyčeného a díky nimž bude mít organizace možnost kontrolovat efektivnost a dopad jed-  
nak na zkvalitnění ošetrovatelské péče ze strany pacientů, jednak na zefektivnění práce  
zdravotníků, kde by nové diagnostické systémy měly přinášet status úlevného charakteru  
v náročnosti na tvorbu ošetrovatelských plánů. Snahou tedy je zajistit celkový pokrok  
v determinaci deficitů a potřeb jedince v integraci s nárůstem kvality ošetrovatelské péče,  
jež staví na možnostech časné a celistvě pojaté ošetrovatelské diagnostiky, která by byla  
schopna reagovat na každou oblast lidského vzorce. Mezi prioritní hlediska, od nichž se  
NANDA – I odráží, patří zejména:

- a) Vývoj a testování ošetrovatelských diagnóz v praxi, taxonomický vývoj. To zna-  
mená kontinuální sledování potřeb odborné zdravotnické společnosti na vydefino-  
vání potřeb vycházejících z pohledu péče u lůžka nemocného a adekvátní reakce na  
přípomínky v následném přehodnocení systému. Řada ošetrovatelských diagnóz  
tímto způsobem vzniká, jiné naopak zanikají z důvodu jejich nízké využitelnosti či  
jakési kolize mezi dvěma, významově obdobnými, diagnózami. Aby byl systém  
opravdu stavěn na míru a odpovídal skutečným požadavkům, existuje otevřenost  
organizace v tom smyslu, a to že přijímá návrhy na změny ze strany zdravotníků.
- b) Zahrnout NANDA diagnostický systém do odborného povědomí a užívání, uplatnit  
jej ve zdravotnické databázi, tedy vhodnou osvětou problematiky nabudit dílčí pra-  
coviště k začlenění diagnostického systému na území jejich působení, poukázat na  
možnosti a výhody práce touto formou, vytvářet ložiska odborného povědomí již na  
bazální půdě vzdělávacích institucí.
- c) Snaha uplatnit ošetrovatelské diagnózy v ošetrovatelské praxi, edukaci klientů a  
výzkumné oblasti. Široký okruh problémů, na něž je NANDA diagnostika zaměře-

ná díky opoře, kterou našla ve vzorcích lidského zdraví Marjory Gordonové, umožňuje její propojení nejen s přímou péčí o pacienty při sestavování plánu péče z vydefinovaných patologických potřeb, ale rovněž vytváří vhodnou oporu v edukační složce nebo roli sestry.

- d) Spolupracovat s organizacemi, které se zaměřují na vývoj ošetrovatelské praxe a teorie, speciálně na vývoj terminologie. Již touto spoluprací se kladou výborné základy pro další dráhy vedení odborného povědomí intermitentním bádáním a uváděním problematiky.
- e) Vytvářet a stavět na základech historických aspektů NANDA-International. Zpětně kontrolovat efektivnost nastaveného prvotního systému v čase patří mezi základní úkoly, na nichž se vytváří nový, o chyby zúžený, systém. Jedná se v podstatě o předpokládaný cyklus, postup.

### 3.3 Vznik aliance ve spolupráci taxonomických struktur

Vývoj ošetrovatelských diagnóz zaujímal od počátku svůj individuální směr, na němž jsou stavěny jakési dějiny rozkvětu ošetrovatelské diagnostiky od samého vzniku tohoto pojmu a uvědomění si jejího významného postavení v praxi. Je nutné však připomenout, že práce, která je vkládána do vytváření uceleného diagnostického systému, byla vedena k vymezení lidských potřeb a jejich deficitu zejména proto, aby mohly být následně odstraněny či jim bylo předcházeno a to usnesením dílčích kroků (intervencí). Dobře stanovenými cíli si pomáháme ve výběru vhodných ošetrovatelských intervencí. Myšlenka využít těchto tří významných faktorů se promítla ve vzniku aliance spolupracujících komponent – NANDA, Nursing Interventions Classification (dále NIC) a Nursing Outcomes Classification (dále NOC).

*„Představitelé projektu NANDA, NIC a NOC začali v roce 1997 kooperovat za účelem vytvoření seriózní mezinárodně platné terminologie, která vzniká propojením výsledků tří klasifikací. Jejich společným záměrem je poskytnout zdravotnické praxi úplný systém klasifikace ošetrovatelských fenoménů. V březnu 2000 byla založena Aliance NNN, jejíž terminologie nabízí ošetrovatelské intervence NIC a očekává výsledky NOC přiřazené k jednotlivým ošetrovatelským diagnózám NANDA”.* (Vörösová, G., 2007, s. 27-28) Spolupráce těchto tří ucelených taxonomií, kde rovněž platí obecné pravidlo zaměření na problematiku jak jednotlivce, tak i rodinu a komunitu, vnesla do ošetrovatelství a jeho součin-

nosti s pojmem holismus, holisticky pojatá ošetrovatelská péče nový rozměr nadsadila novou hranici v ošetrovatelském plánování.

### 3.3.1 Klasifikace ošetrovatelských intervencí

Důslednost práce sestry v léčebně - preventivním přístupu ošetrovatelské péče stojí na podstatě vhodně zvolených intervencích vycházejících ze správně stanovené ošetrovatelské diagnózy, na niž buduje systém opakujících se úkonů, jejichž důsledkem je snaha dosáhnout vytyčených cílů vztahujících se k deficitní potřebě jedince.

Centrum pro ošetrovatelskou klasifikaci a klinickou efektivnost (Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness) Univerzity Iowa ve Spojených státech Amerických je vedoucím kooperátorem projektu Nursing Interventions Classification (Klasifikace ošetrovatelských intervencí, NIC), jež vychází a ve své práci navazuje na diagnostickou terminologii NANDA – International, což rovněž ovlivnilo strukturu definovaných ošetrovatelských intervencí dle NIC. Standardizace názvů a definice intervencí jsou neměnitelné. (Marečková, Jana, 2006, s. 61-70) „*Tým NIC definuje intervenci jako: ...ošetření, které je založeno na diagnostickém závěru sester a je poskytováno ve prospěch dosažení očekávaných výsledků klienta.*“ (Marečková, Jana, 2006, s. 65-66) Což koresponduje s již zmiňovanou potřebnou důsledností sester při klasifikaci lidských potřeb a hledání jejich narušené struktury mající vliv na vnímání zdraví z pohledu samotného klienta.

Projekce, s jakouž si lze představit sestupnou strukturu intervencí NIC, je zobrazena tří úrovněovou taxonomickou komponentou, přičemž vrcholné místo tohoto uskupení představují domény. Opačnou, čili nejnižší schematickou úroveň, zaujímají vysoce specifické ošetrovatelské intervence se sumarizovanými sesterskými aktivitami. Interní strukturalizace domén se sestává z tříd (viz příloha P I), k nimž jsou řazeny jednotlivé ošetrovatelské intervence, jejichž počet na konci roku 2004 činil 514, včetně jejich platných definic. (Marečková, Jana, 2006, s. 61-62) Vývoj a třídění intervencí v rámci NIC klasifikace je rovněž rozvíjena a přetvářena v odraze s reakcí odborné zdravotnické společnosti, jejich hodnocením klinické využitelnosti. Také se staví na probíhajících výzkumných šetřeních směřujících právě na tyto podstaty, aby na základě tohoto vyhodnocení docházelo k jejich revizi a úpravě. Jednotlivé struktury NIC vlastní svou definici o podstatě okruhu a individuální čtyřmístný číselný kód. V NIC klasifikaci rozeznáváme sedm domén, k nimž řadíme:

- 1) doména fyziologická základní,
- 2) doména fyziologická komplexní,
- 3) doména behaviorální,
- 4) doména bezpečí,
- 5) doména rodiny,
- 6) doména zdravotního systému,
- 7) doména komunity. (Vörösová, G., 2007, s. 47)

Podíváme-li se na strukturu celé klasifikace, zjistíme, že kopíruje strategii NANDA-Internatonal klasifikace, která pracuje rovněž se třemi úrovněmi (domény, třídy, ošetřovatelské diagnózy). Díky obdobnému číselnému označení, lze i jednotlivé intervence lehce definovat, nehledě na možnost výkazu jednotlivých činností, jež byly provedeny u klienta v rámci ošetřovatelské péče, např. pro pojišťovnu, na čemž může docházet nebo dochází k proplácení dílčích výkonů zdravotnickému zařízení. Ovšem existuje i další řada možností efektivního využití klasifikace, jako zprostředkování komunikace napříč zdravotními systémy, evaluace a měření kvality péče, jak již bylo dříve řečeno apod.

Klasifikační systém NIC dává k dispozici 2 kategorizační oblasti intervencí – přímé a nepřímé (Marečková, Jana, 2006, s. 66-67), přičemž vychází z míry apelace na činnosti zdravotníka. „*Mezi intervence přímé ošetřovatelské péče jsou zařazeny intervence fyziologické, psychosociální, léčebné, preventivní a intervence na podporu zdraví*”. (Marečková, Jana, 2006, s. 66) Intervence nepřímé jsou konané většinou za účelem monitorování a kontinuálním (intenzivním) sledováním stavu klienta v časových intervalech, vychází z ordinace lékařů. Ošetřovatelská péče vázána na konkrétní problém klienta je komponentou obou těchto kategorií. To, v jaké vzájemné kooperaci budou probíhat, je na zvážení sestry.

### 3.3.2 Klasifikace ošetřovatelských cílů

Člověk, u něhož došlo k narušení fyziologické struktury potřeb v některé z třinácti oblastí NANDA taxonomie, bude vždy v rámci zachování funkčního zdraví vyžadovat postup, jenž by vedl k navrácení funkcí na optimální rovinu – tzn. vytvoření ošetřovatelského plánu, z našeho pohledu dále pak stanovení problému, cíle, intervencí, které povedou k obnově. Ovšem pouhé jednorázové utvoření plánu je samo o sobě bezvýznamné, jestliže

nedochází k jeho opakovanému vyhodnocení, a tak určení kladných či záporných výsledků, na nichž by dále docházelo k úpravě či změně plánu, jelikož víme, že odpověď lidí bude přísně individuální a ne vždy je primárně stanovený plán správný, přestože stojí na spolupráci mezi zdravotníkem a pacientem. Jako reakce na tyto potřeby zkvalitnit poskytovanou péči a zvýšit efekt ošetrovatelských činností, vznikla klasifikace Nursing Outcomes Classification - NOC.

Klasifikace očekávaných výsledků ošetrovatelské péče byla jako první svého druhu vytvořena vědeckým týmem Iowské univerzity. (George, M. A., 2003) *“Je zevrubnou standardizovanou klasifikací výsledků ošetrovatelské péče, která je vyvíjena pro evaluaci – vyhodnocování efektu ošetrovatelských výsledků (cílů ošetrovatelské péče)”*. (Marečková, Jana, 2006, s. 71) Což znamená, že na základě NOC klasifikace a dříve stanovených cílů, jichž v rámci ošetrovatelské péče při konkrétní diagnóze chceme dosáhnout pomocí intervencí, jsme schopni kontinuálně vyhodnocovat efektivitu a kvalitu poskytované péče, přičemž by výsledkem mělo být splnění onoho konkrétního cíle. Zájem o vytvoření klasifikačního systému ošetrovatelských výsledků podpořilo mnoho aspektů, k čemuž se v té době přiklíněli četní odborníci, jmenujme např. M. Johnsovou, M. Maasovou, S. Moorheadovou, přední literáti ošetrovatelsko-diagnostické problematiky. Podpůrnými okolnostmi byly především potřeba seskupit poznatky v ošetrovatelství, vytvořit jednotné paradigma ošetrovatelství či potřeba poukázat na šíři sesterské činnosti jak laické veřejnosti, tak i ostatním odborníkům na poli zdravotnictví. (Vörösová, G., 2007, s. 54)

NOC je taxonomie standardně položených ošetrovatelských cílů senzitivně reagujících na potřeby klienta s následujícími charakteristikami:

- a) zahrnuje cíle, kterých má být ošetrovatelskou péčí dosaženo,
- b) jsou aplikovatelné na individuální příjemce ošetrovatelské péče,
- c) jsou aplikovatelné v jednotlivých povoláních poskytujících zdravotnické služby,
- d) popisuje stavy a myšlenky,
- e) kontinuálně prolíná celou ošetrovatelskou péčí,
- f) provádí kontinuální hodnocení klientova stavu. (George, M. A., 2003)

Stejně tak, jako předchozí klasifikace, tedy NANDA a NIC, zahrnuje i NOC základní určující položky. Patří zde název, číselná kód, soubor ukazatelů, hodnotící škála doplněná o



vlastní ukazatele. Poslední aktualizované vydání klasifikace NOC uvádí počet 330 standardizovaných výsledků péče, které jsou následně děleny do podtříd, zobrazeny od A - X, a, b, navíc opět směřovány buď na jedince, nebo na komunitu a rodinu. Jednotlivé výsledky jsou strukturovány v sedmi doménách, které obsahují 31 tříd a jednotlivé, v nich zařazené výsledky, jsou přesně definovány, abecedně seřazeny, označeny číselným kódem (viz příloha č.). Každý z těchto erudovaných výsledků je vždy označen čtyř číselným kódem. (Marečková, Jana, 2006, s. 72) Toto číselné označení tvoří základ pro uskupení níže spadajících indikátorů a tyto jsou pak označeny kódem šestimístným (viz *tab. 1, 2*). Když se zpětně podíváme na tuto ucelenou strukturu NOC klasifikace, je to dokonale provázaný soubor, díky němuž lze kvalitativně hodnotit poskytovanou ošetrovatelskou péči co o její účinnosti k deficitním potřebám pacienta.

*Tab. 1 NOC hodnotící škála*

#### NOC HODNOTÍCÍ ŠKÁLA

<b>1. STUPEŇ</b>	Závislý jedinec, nepodílí se
<b>2. STUPEŇ</b>	Požaduje asistenční službu a pomoc se zařízením
<b>3. STUPEŇ</b>	Požaduje asistenční službu
<b>4. STUPEŇ</b>	Samostatný jedinec s podpurným zařízením
<b>5. STUPEŇ</b>	Kompletně samostatný

<b>NOC VÝSLEDEK</b>	<b>Mobilita - 0208</b>
<b>DOMÉNA</b>	Funkční zdraví (I)
<b>TŘÍDA</b>	Mobilita (c)
<b>DEFINICE</b>	Schopnost se záměrně pohybovat
<b>INDIKÁTORY A JEJICH KÓDY</b>	Udržení rovnováhy – 0208/01 Udržení pozice těla – 0208/02 Pohyb svalů – 0208/03

*Tab. 2 NOC výsledek*

Tak, jako každé teoretické stanovisko konkrétní problematiky, prošla i taxonomie NOC několika etapovým vývojem ve své historické rovině. V roce 1992 bylo zahájeno testování metodologie v klinické praxi. V letech 1993 – 1996 se práce tvůrců konstruktivně zaměřila na zformování jednotlivých cílů péče (tzv. očekávaných výsledků). V následujícím dvouletém období (1996 – 1997) se činnost soustředila na tvorbu taxonomie čili uspořádání obsahu klasifikace spolu s jejím klinickým testováním. Čtyřletý interval, jenž následoval, sloužil k evaluaci hodnotících škál. Od počátku výzkumné (evaluační) složky roku 1997 se průběžně třídí a upravují získané informace a je snahou odrazit tyto poznatky při rekonstrukci taxonomie. (Marečková, Jana, 2006, s. 75-76) Aby struktura klasifikačního systému NOC nabrala závěrečné podoby a získala, a rozvinula tak pravou podstatu svého vzniku, bylo potřeba navázat její obsah na již vzniklé systémy, v tomto případě spolupráce s NANDOU a NIC (díky tomuto spojení vznikla Aliance NNN), v této souvislosti s Funkčními vzorci zdraví dle Marjory Gordonové, Omaha Classification Scheme (Systém problémů komunitní péče, dále jen OCS) a s The Outcome and Assessment Information Set (Systém orientovaný v domácí péči, dále jen OASIS).

## 4 TAXONOMIE SEVEROAMERICKÉ ASOCIACE PRO OŠETŘOVATELSKOU DIAGNOSTIKU

Vědecká činnost, která dává, na základě stálého vývoje a sledování potřeb zdravotnických systémů, zařízení v oblasti ošetřovatelské diagnostiky, vzniku novým souborům poznatků, jenž jsou pro efektivnost celé skupiny tříděny rázem sestupného charakteru, a vytváří tak jakýsi syntakticky větvený strom, který určuje směr postupu práce, jaký je třeba dodržovat a řídit se jím, abychom byli plně schopni uceleně definovat nastalý problém objevující se u pacienta/klienta v podobě aktuální či potencionální, jenž narušuje bio-psycho-sociální rovninu lidského zdraví, jak ji sám vnímá z hlediska priorit. Toto větvení nebo také komplex informací je označováno pojmem taxonomie.

Taxonomie je organizační struktura pro určení pojmů / termínů, které pomáhají identifikovat vztahy mezi koncepty, a usnadňuje tak používání těchto pojmů v klinické praxi. Fleishman a Quaintance definují taxonomii (1984) jako „*teoretickou studii systematické klasifikace zahrnující její základy, principy, procedury a pravidla; věda o tom, jak klasifikovat a určovat*“ (Fitzpatrick, J., Wallace, M., 2006, s. 589-590) Právě dodržování konceptů, pravidel s tím souvisejících pro pojmenovávání problémů a jejich klasifikaci je již odnepaměti velice důležitá pro komunikaci zprostředkovanou mezi jak jednotlivými zdravotníky, tak i mezi zdravotnickými institucemi. Práce pomocí stanovené taxonomie pomáhá zdravotníkům lépe organizovat získané informace o problematice pacienta a vytváří jejich praktičtější přehled, díky němuž se snáze orientujeme a tím rychleji reagujeme na případné odpovědi z jejich strany. V ošetřovatelství existují tři zevrubné, klinicky užitečné a aktuální ošetřovatelské klasifikace: NANDA, NIC, NOC. Každá z těchto klasifikací jsou organizované jejich vlastní taxonomií. (Fitzpatrick, J., Wallace, M., 2006, s 590) Přestože byla v roce 1997 zahájena spolupráce těchto tří projektů, každá z nich zachovává svou vlastní taxonomickou strukturu a tím i identitu své práce, významu.

### 4.1 NANDA taxonomie I ve vzoru lidských reakcí

Jednotnost terminologie v diagnostice si roku 1977 vyžádala započetí aktivního přístupu ve vývoji organizačního systému diagnostické terminologie ze strany sester-teoretiček a to zejména pod vedením C. Royové. Spolupráce s významnými autorkami, jako je M. Newmanová, M. Rogersová, D. Oremová a I. Kingová, přispěla k možnosti roku 1982 prezentovat nově uspořádaný rámec diagnostické terminologie, valentní ve vztahu stanovených

priorit zdravotnické veřejnosti, který zmíněné odbornice nazvaly *Patterns of Unitary Man (Humans) – Vzorce unitárního člověka*. Ten prošel jazykovou úpravou, a později se proto hovořilo o *Vzorcích unitární lidské bytosti* a v roce 1980 na *Vzorcích lidských reakcí*. Rámec diagnostické terminologie tvořily tyto vzorce:

1. výměna,
2. komunikace,
3. vztahování,
4. oceňování,
5. výběr,
6. pohyb,
7. vnímání,
8. vědění,
9. cítění. (Vörösová, G., 2007, s. 14)

K jednotlivým vzorcům byly následně a v postupu času a vývoje přiřazovány ošetrovatelské diagnózy, jež do té doby vznikly. Každá z diagnóz vlastnila své kódové označení, přičemž koncové číslo kódu odpovídalo řazení dle jednotlivých vzorců, jako např. diagnózy od 00001–00050 patřily lidskému vzorci č. 1 – výměně. Na konci vývojového období, tedy než se začala prosazovat ucelenější verze NANDA taxonomie II, bylo k dispozici 148 ošetrovatelských diagnóz.

Tvorba a užívání ošetrovatelských diagnóz v práci zdravotní sestry s sebou nesla dvě úskalí, která souvisela zejména s chybnými překlady názvů ošetrovatelských diagnóz z originálního znění. Původní názvy měly odpovídající formu – pořadí slov, tedy jestliže název zněl *acute pain*, byla diagnóza přeložena jako *akutní bolest*, nikoli jako *bolest akutní*. Chybné překlady poté vytvářely krkolomné pojmenování, které bylo jednak velice nepraktické, navíc se následně stávalo, že uživatelé (zdravotnický personál) si názvy samostatně přeformuloval a vznikaly tak úplně nové, nekorektní ošetrovatelské diagnózy. Proto v tomto důsledku byla vytvořena tzv. převodní tabulka sloužící k porovnání správné a nesprávné formy. Dalším problémem bylo poté uplatnění diagnostických kódů, u nichž jsme se setkávali s jejich nízkou mírou využitelnosti. Dodnes se můžeme setkat na některých pracovištích s prací s NANDA taxonomií I, avšak neodpovídajícímú číselnému rozmezí kódů, tedy jsou upraveny dle potřeby dané instituce.

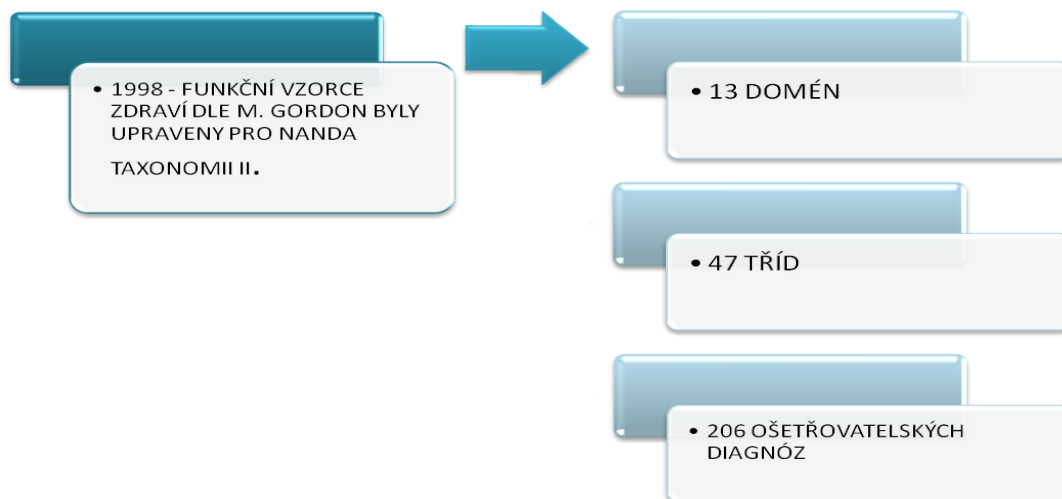
Vzhledem k závěrům, které vyplynuly z průběhu výzkumu a testování NANDA taxonomie I a jejího začlenění do provozu, práce sester, kdy výsledkem bylo konstatování její nízké míry klinické využitelnosti, byl předložen návrh modifikované struktury diagnostické terminologie, jež sloužil v podstatě z pohledu tvůrců jako faktografický doklad nedostatečnosti vzorců lidských reakcí jak pro studium, tak i pro klinickou ošetrovatelskou praxi. Tato skutečnost motivovala mnohé teoretiky ke stratifikaci nových oblastí diagnostického zájmu. Mezi ně patřila rovněž autorka Marjory Gordonová, pro kterou tyto podmínky představovaly motivační prvky k tvorbě nové struktury dat – Funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví. (Vörösová, G., 2007, s. 15) Jako reakce na tuto situaci byl pozvolný přestup na NANDA taxonomii II, která byla ve svém důsledku koncipována na negativních výsledcích první verze.

## 4.2 NANDA taxonomie II a diagnostické domény

Tak jako chybovat je lidské a přirozené, žádá si vývoj vysoce kvalitní teoretického a praktického základu ošetrovatelské diagnostiky čas a zkušenosti, které se opírají o předchozí nezdary a zpětnou reakci uživatelů. Vzhledem k tomu, NANDA taxonomie I nesklidila náležitě ovace a nespĺnila očekávaný rámec možností, které by byly práci zdravotníků přínosné, snažila se následující NANDA taxonomie II jako pokrokový stimul odrazit tyto neúspěchy pojmutím všech negativních připomínek, jež byly tímto směrem vydávány, a přivést tak na svět ucelenější, plnější formu systému.

V interakci s negativními výsledky, jež NANDA taxonomie I nesla, byl roku 2000 předložen systém nový, jež byl vystavěn na struktuře diagnostických domén jakožto odraz Vzorců zdraví Marjory Gordonové. Tato iniciativa dala vzniku vyšší verzi klasifikace diagnostických pojmů známé jako NANDA taxonomie II. (Vörösová, G., 2007, s. 14-15) Překlenutí od NANDA taxonomie I k aktualizované verzi však zanechala pomyslnou spojnici mezi těmito dvěma rovinami, jelikož mnohé výchozí body odrážely koncepci pilotní verze. *„Vnitřní stavba domén je založena na diagnostických třídách, které s vysokou citlivostí specifikují, jakými konkrétními fenomény se doména zabývá, a každá ze tříd obsahuje sumu ošetrovatelských diagnóz“.* (Vörösová, G., 2007, s. 15) Tato důmyslnost v propracování umožňuje hluboce se v problematice pacientova problému orientovat a to z různých náhledů jednotlivě, nikoli jako na velký komplex pojímající řadu dysfunkcí, což nutí vytvářet obecný rámec intervencí, který by byl schopný reagovat na všechny problémy cílové sku-

piny (v případě NANDA taxonomie I vzorci). Tento individuální přístup vede ke kvalitnějšímu ošetrovatelskému postupu a také lepším výsledkům procesu.



Obrázek 4 Struktura NANDA taxonomie II

Strukturální forma ošetrovatelských diagnóz, včetně jejich příznaků a rizikových faktorů, které ovšem jsou ve většině případů konformní s potřebou zdravotní sestry při stanovování ošetrovatelského problému odpovídající individualizaci případu, je v podstatné většině synchronní s původní verzí. (Vörösová, G., 2007, s. 28-29) Proto nebyla nutnost přeučení se na novou formu nadměru náročnou pro uživatele v případě, že měli prostudován koncept předchozí verze. Ovšem, tak jako jinde, bylo i zde potřeba počítat s rozšiřováním taxonomie o nové poznatky, diagnózy, jelikož systém tvorby ošetrovatelských diagnóz je odborné veřejnosti přístupný k návrhům a připomínkám, jež by pomohly klinické praxi scelit systém do konečné podoby, proto její vývoj a rekonstrukce nabírá rychlejšího tempa.

Tak jako u první verze, i zde vyvstává s problémem špatného překladu původního znění diagnóz, díky čemuž dochází k transformaci diagnóz a pozbývání svého významu. Převodník názvů ošetrovatelských diagnóz proto i v tomto případě zaujímá své významné místo. Pro tvorbu schválených víceslovných ošetrovatelských diagnóz jsou užívána gramatická pravidla, z nichž se problematiky dotýká předně *syntax* (stavba).

*„Systém kódování ošetrovatelských diagnóz byl s přechodem na taxonomii II transformován. Zachováno bylo původní posloupné řazení názvů ošetrovatelských diagnóz, které vy-*

*cházelo ze zařazení 9 vzorců lidských reakcí“.* (Vörösová, G., 2007, s. 17) V ošetrovatelské dokumentaci se bohužel s užíváním číselných kódů k označení ošetrovatelské diagnózy setkáváme minimálně, přitom je to významný faktor snižující riziko jejich záměny. Pokud by systém fungoval, pro zdravotnickou společnost by nesl značné výhody, jelikož by současně tvořil jakýsi komunikační kanál mezi jednotlivými institucemi a to nejen v rámci České republiky. Perspektivou mezinárodní klasifikace ošetrovatelských diagnóz je totiž vytvoření analogického systému mezinárodní klasifikace, která je užívána v medicíně. Ta je v současné době respektována kupříkladu plátcí zdravotnických služeb (pojišťovnami), mezinárodní odbornou veřejností a je podstatnou komponentou medicínských databází, statistických analýz nebo i u nás nyní zaváděného systému Diagnosis Related Groups (Systém klasifikace nemocných dle vztahu mezi typem pacientů a nákladů na léčbu, dále jen DRG). (Marečková, J., Jarošová, D., 2005, s. 20-21) Pokud by tedy odborná společnost reagovala v pozitivním náhledu na tyto fakta, zdravotní sestry by mohly, tak jako to funguje např. v domácí péči, kdy si uživatel plátí za konkrétní služby, vykazovat dílčí výkony, přičemž by současně byla respektována míra kompetencí jednotlivých zaměstnanců, což by současně pozvedlo význam výše dosaženého vzdělání v oboru a držení titulu by nebyl pouhou frází na ošetrovací jednotce.

#### **4.2.1 Funkční vzorce zdraví Marjory Gordon v NANDA taxonomii II**

Zdraví vnímáme jako stav rovnováhy mezi bio-psycho-sociální stavbou osobnosti, která je neustále ovlivňována působícími faktory (kultura, prostředí, vývoj apod.) (Marečková, J., Jarošová, D., 2005, 79-84). Toto pojetí vychází především z potřeby zdravotnické společnosti uvést ošetrovatelkou péči na vyšší holistického pojetí člověka, která má bránit vedení moderních ošetrovatelských metod směrem, jež by byl pouhým reflektorem na léčebné dedukce ze strany lékařů, a opomíjení tak úlohy ošetrovatelství vycházející z podstaty péče o lidskou složku – ztráta humanizace.

Koncepční modely jsou kombinací pohledů, názorů a vědomostí na jevy světa. Soustředí pozornost na některé poznatky, skutečnosti a hlediska, poskytují systém pro myšlení, pozorování a interpretaci, ukazují směr hledání, poznávání a praktického řešení. Předpokládají systematickou strukturu a zdůrazňují činnosti, ukazující směr hledání některých otázek, jevů a poukazují na řešení praktických problémů. (Farkašová, D. a kol., 2006, s. 67) V ošetrovatelství proto koncepční modely našly své místo a uplatnění a významní teoretici na tomto základě vytvářely přístupy, s jakým lze pojímat problematiku potřeb pacienta a

jeho zdravotního stavu v rámci stanovené struktury vycházející ze souboru poznatků o osobnosti, prostředí a zdraví jedince, ne čemž lze následně dosáhnout stanovených cílů v průběhu ošetřovatelského procesu. Navíc tímto model rovněž pojímá specifikaci role a postavení sestry v této vzájemné interakci (sestra – pacient – změna zdravotního stavu).

Marjory Gordonová chápala konceptuální modely jako základ pro rozhodování o tom, které informace o klientově zdravotním stavu jsou v ošetřovatelské diagnostice důležité. Vycházela z toho, že výsledky ošetřovatelské diagnostiky určují zaměření konkrétních ošetřovatelských intervencí. Konceptuální modely dle ní poskytují základ o tom:

- a) jak nazírat na interakci klienta (jedince, rodiny, komunity),
- b) jaké ošetřovatelské cíle a...
- c) jaké ošetřovatelské intervence v souvislosti s pojetím daného modelu zvolit.

V souvislosti s existencí celé řady ošetřovatelských konceptuálních modelů a v souvislosti se svým zaměřením na vývoj ošetřovatelské diagnostiky přeložila Gordonová myšlenku specifického vodítka pro posuzování stavu potřeb klienta v ošetřovatelství. Vyvinula tak systém Functional Health Patterns (Funkční vzorce zdraví, dále FHP). (Marečková, J., Jarošová, D., 2005, s. 79)

Oponentůrou pro koncepci Marjory Gordonové, tedy jakási východisková teorie, byla teze, že všichni lidé mají společné určité vzorce chování, jež existují v návaznosti s jejich zdravím, kvalitou života, s rozvojem schopností a dosáhnutím lidského potenciálu. Dodržování linie vzorců zdraví a hodnocení získaných položek umožňuje sestře rozpoznat funkční a dysfunkční chování, eventuálně stanovit sesterskou (ošetřovatelskou) diagnózu. (Vörösová, G., 2007, s. 31) Chování jedince, tedy přístup ke svému zdraví je významným faktorem podílejícím se na vzniku onemocnění či jeho prevenci. Vzorce jsou vysvětlovány jako úseky chování jedince v určitém čase a reprezentují základní ošetřovatelské údaje v subjektivní a objektivní podobě. (Farkašová, D. a kol., 2006, s. 104-111) V příjmové anamnéze získáváme údaje, které kopírují posloupnost stanovených jedenácti (v některé literatuře uváděných dvanácti) funkčních vzorců zdraví, které zahrnují vždy určitý soubor informací, což vytváří holistickou strukturu při posuzování potřeb člověka a usnadňuje tímto zdravotníkům identifikaci problémů a jejich formulaci ve formě ošetřovatelské diagnózy. Patří zde:

- 1) Vnímání zdraví – management zdraví
- 2) Výživa – metabolismus



- 3) Vylučování
- 4) Aktivita – cvičení
- 5) Spánek – odpočinek
- 6) Poznávání – vnímání
- 7) Vnímání sebe sama, sebeúcta
- 8) Role – vztahy
- 9) Reprodukce – sexualita
- 10) Přizpůsobení se – odolávání stresu
- 11) Hodnotová orientace – náboženské přesvědčení. (Gordon, M., 2008, s. 3-4)

#### 4.2.2 Diagnostická doména jako oblast zájmu sestry

Jak již bylo výše řečeno, potřeba získávání informací od pacienta vyžaduje posloupnost v kladení cílených otázek, aby byly získané údaje komplexní a systematicky uspořádané, což umožní jejich následnou rychlejší klasifikaci a determinaci dysfunkčních komponent jedince.

Domény je možno chápat jako okruhy, ve kterých je třeba při posouzení klienta hledat příznaky či rizikové faktory ošetrovatelských diagnóz vyjadřující problém ovlivňující stav pacienta. Vnitřní stavba domén je založena na diagnostických třídách, jež obsah domény specifikují do hloubky její podstaty. (Marečková, J., Jarošová, D., 2005, s. 21) Ovšem ne vždy je doména tímto třídícím dělením vybavena, a proto je předpokladem stálý vývoj taxonomie, jež by mezery zaplnil správně uvedenou skupinou ošetrovatelských diagnóz odpovídajícím třídícím pojmenováním a následným zařazením, k čemuž nás NANDA – International sama vybízí svou otevřeností v příjmu návrhů diagnostických prvků. „*Diagnostické domény NANDA taxonomie II vznikly dopracováním Funkčních vzorců zdraví (FHP – Functional Health Patterns) Marjory Gordonové a připojením nově vytvořených diagnostických domén, mezi něž patří bezpečí a ochrana, tělesný a duševní komfort a růst a vývoj*“ (Marečková, J., Přikrylová, L., 2005, s. 8-9) Původní inefektivní struktura taxonomie sesterských diagnóz byla revidována (NANDA, 2001) a nyní tedy obsahuje 13 domén – oblastí zdraví, a 47 tříd. (Vörösová, G., 2007, s. 15)

Členění pomocí diagnostických domén je vhodné využívat již při samotném sběru dat v příjmové anamnéze a to z důvodu zabránění opomenutí důležitých položek, které by nám pomohly a byly přínosné v části určení dysfunkčních vzorců zdraví jedince a následném sestavování ošetrovatelského plánu, jestliže má být plně efektivní v odstranění problému,

jež narušuje přirozenou rovnováhu bio-psycho-sociálních potřeb člověka. V případě užití tohoto postupu sběru dat jsme schopni získat ucelený soubor údajů, který je navíc orientován holisticky (celistvě), a není tak vynechána některá z oblastí, která, v případě narušení, by se mohla stát stresujícím faktorem, a tím komplikovat základní problémové oblasti.

Abychom byli schopni efektivně a účelně pracovat s ošetrovatelskou dokumentací stojící na teoretických základech NANDA taxonomie II, je nutné projít určitou teoretickou přípravou a studiem všech diagnostických prvků ošetrovatelských diagnóz, tj. určujících znaků (UZ), souvisejících faktorů (SF), rizikových faktorů (RF), což se z racionálního pohledu podobá principu dokumentování konkrétních symptomů, etiologie, syndromů konkrétního onemocnění medicínské studie. (Marečková, Jana, 2006, s. 53) Práce za účelem získání informací, jež by nám pomohly v sestavování ošetrovatelského plánu, může být vedena dvojí formou. První verze se opírá o příjmovou anamnézu a formulář přímo členěný dle jednotlivých domén, druhá verze počítá s již zkušenějším poskytovatelem ošetrovatelské péče, který má znalosti v problematice, a nepotřebuje proto mnohastránkové formuláře ke správnému stanovení ošetrovatelského problému.

K tomu, abychom získali erudici provádět posouzení dle obsahu předchozích informací (strategií), je třeba dlouhodobého studia a především schopnosti a ochoty sebevzdělávání. Jelikož současná ošetrovatelská klasifikace NANDA pojímá 206 různých ošetrovatelských diagnóz, je její nastudování nelehkou záležitostí. Naše výsledné znalosti budou záviset na míře, do jaké hloubky a jak precizně si budeme schopni odpovědět na tyto otázky:

- a) Jaké ošetrovatelské diagnózy se v jednotlivých diagnostických doménách u jedince, rodiny nebo komunity mohou vyskytnout?
- b) Jak jsou jednotlivé ošetrovatelské diagnózy definovány?
- c) Jaké konkrétní příznaky je možné u jednotlivých aktuálních ošetrovatelských diagnóz u klienta nalézt?
- d) S jakými rizikovými faktory se u klienta s jednotlivými potencionálními ošetrovatelskými diagnózami můžeme setkat?
- e) Jaké související faktory nás na přítomnost ošetrovatelských diagnóz upozorní?  
(Marečková, J., Jarošová D., 2005, s. 60)

Jestliže známe definici, význam a zaměření jednotlivých ošetrovatelských domén, jsme schopni kvalitně vyhodnotit situaci pacientova celkového stavu a postoupit díky tomu k jednotlivým krokům ošetrovatelského plánování a zkompletovat adekvátní formu řešení stanoveného problému.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

Za účelem vhodným způsobem situovat především praktickou část bakalářské práce k prozkoumání výchozí problematiky, začlenění NANDA taxonomie II do klinické praxe, bylo stanoveno celkem 5 cílů a 4 hypotézy uvedené níže, u kterých, v návaznosti na výzkumnou část, dojde buď k jejich potvrzení, či vyvrácení.

### 5.1 Cíle práce

*Cíl 1:* Určit míru ochoty zdravotnických pracovníků přijmout NANDA taxonomii II v klinické praxi.

*Cíl 2:* Zjistit rozsah povědomí zdravotnických pracovníků o NANDA taxonomii II

*Cíl 3:* Definovat faktory působící stagnaci v implementaci NANDA taxonomie II do klinické praxe.

*Cíl 4:* Vytvořit strategický návrh pro přijetí NANDA taxonomie II.

*Cíl 5:* Poukázat na možnosti praktického uplatnění kódového systému NANDA taxonomie II v efektivitě práce zdravotnického pracovníka.

### 5.2 Hypotézy práce

*Hypotéza 1:* Příčina problematiky začlenění NANDA taxonomie II do klinické praxe je ze 70 % způsobena nedostatečnou informovaností zdravotních sester.

*Hypotéza 2:* Možnost setkat se s NANDA taxonomií II mají v 85 % případů zejména studenti či držitelé vysokoškolského titulu (Bc., Mgr.,...).

*Hypotéza 3:* Sestry by v 95 % případů přijaly kódový systém NANDA taxonomie II, pokud by z něj pramenily profesní výhody.

*Hypotéza 4:* Navrženou ošetrovatelskou dokumentací by ve své práci přijalo 80 % respondentů.

## 6 METODIKA PRÁCE

Okruhem zájmu této části bude snaha charakterizovat praktické pojetí bakalářské práce, čili dílčích celků, z kterých se v průběhu výzkumného šetření zkoumané problematiky vycházelo. Konkrétně se tedy zaměříme na přímé vymezení zkoumaného vzorku populace (respondentů), způsobu sběru dat (metodu práce) a významu jejich jednotlivých položek. Dále také jakým způsobem dojde ke sběru dat (realizaci výzkumu) a následnému vyhodnocení získaných dat v návaznosti na předem stanovené a definované cíle a hypotézy. Záměrem práce byla kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu pro komplexnost informací před stanovením závěru výzkumného šetření a návrhu strategie praktického řešení problematiky.

### 6.1 Charakteristika vybraného vzorku

Skupina dotazovaných respondentů byla sestavena z řad odborných zdravotnických pracovníků nelékařských zdravotnických oborů, konkrétně jimi tedy byly vrchní a staniční sestry jako zástupci vedoucích zdravotnických pracovníků, všeobecné zdravotní sestry, zdravotničtí asistenti a studenti Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně oboru všeobecná sestra. Kontaktní osobou za zaměstnance spolupracující nemocnice byly hlavní sestra, a následně pak staniční sestry dílčích oddělení, vzhledem k principu vedení úzkého managementu bez přítomnosti vrchních sester.

Celkový počet plánovaných respondentů činil 200, kdy na každý z dotazníků připadlo 100 jedinců, přičemž snahou bylo zachovat dominující postavení dotazovaných respondentů na úrovni odborných zdravotnických pracovníků vycházející z klinické praxe lůžkových oddělení s převahou interních a chirurgických oborů konkrétní nemocnice pro zachování objektivnosti zkoumané problematiky povědomí o NANDA taxonomii II a problematiky jejího uplatnění v provozu pracovišť při identifikaci problémových oblastí pacienta při sestavování ošetrovatelského plánu.

Zdravotní sestry byly rovněž významným faktorem zdroje informací při posouzení navržené ošetrovatelské dokumentace, jakožto pracující osoby znalé potřeb zdravotnických pracovníků k zefektivnění práce v průběhu vykonávání ošetrovatelského procesu u pacientů.

## 6.2 Metody práce

V rámci tvorby praktického výstupu bakalářské práce za účelem dosažení stanovených cílů a ověření hypotéz byla ze strategického hlediska použita kombinace prvků kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření z důvodu potřeby uceleného náhledu na problematiku, jak již bylo výše řečeno. Zkoumaná tematika byla vedena dvojitým směrem, tvořila dva výzkumné celky, jež se navzájem prolínaly, doplňovaly. Hlavními opěrnými body byly kvantitativně vedená dotazníková metoda.

### 6.2.1 Tematické zaměření

První výzkumná část vychází z potřeby identifikovat stagnaci v implementaci NANDA taxonomie II do klinické praxe a vymezit možnosti a zájem v oblasti vzdělávání v této problematice, kdy právě samotný zájem nelékařského zdravotnického personálu je pro nás prioritním hlediskem, proč a jak integrovat tento diagnostický systém, jakým způsobem práci či snahu zahájit. Oblast šetření probíhala technikou dotazníků, které se respondentům zaručovaly svou anonymitou.

Pro komplexnost informací a v rámci potřeby srovnat zájem o vzdělávání a problematiku NANDA taxonomie II v klinické praxi byla tato část doplněna o strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami s vedoucími pracovníky oddělení pro objektivizaci postoje dvou prakticky významných skupin, čili jedná se o analýzu skupiny nelékařských zdravotnických pracovníků (zde byli zařazeni i studenti) – vykonavatele ošetrovatelské péče – oproti vedoucím pracovníkům, kteří se spolupodílí na rozhodování o prakticky výhodných ošetrovatelských postupech s hledáním nejvhodnějšího ekonomicko – časově – kvalitativního stanoviska jak pro poskytovatele péče, tak i pro příjemce čili pacienta.

Druhá část se opírá o navrženou ošetrovatelskou dokumentaci, její tištěnou a elektronickou formu, plán ošetrovatelské péče pro zjednodušenou aplikaci ošetrovatelského procesu individualizovaný s klientem/pacientem dle potřeby zdravotnického pracovníka s cílem zjistit možnosti jejího efektivního využití v případě začlenění do provozu pracoviště, vymezit nedostatky a negativní faktory navržené ošetrovatelské dokumentace. Rovněž zde se výzkumná činnost opírala o dotazník, rovněž anonymní.

### 6.2.2 Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami

*„Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami sestává z řady pečlivě formulovaných otázek, na něž mají jednotliví respondenti odpovědět. Pružnost sondování v kontextu situace je*

omezenější než v jiných typech rozhovorů.“ (Hendl, Jan, 2005, s. 173-174) Předem připravené jasné otázky snižují možnost změny jejich formulace u jednotlivých respondentů a redukuje pravděpodobnost strukturální odlišnosti získaných dat. Základním podmětem volby tohoto typu výzkumu je omezit zásah tazatele do průběhu rozhovoru, a nechat tak volný prostor vyjádření respondenta. Tímto způsobem získaná data se snadněji analyzují. Vhodnost tohoto rozhovoru se nejlépe uplatní tam, kde je časové omezení. Cíleně strukturované otázky však mohou být i nevýhodou a to z důvodu přikládání obecné věcnosti obsahu rozhovoru a vymaňování se z individuality, situovanosti. (Hendl, Jan, 2005, s. 173-174)

### 6.2.3 Dotazník

Zvolenou metodou kvantitativního šetření mé výzkumné činnosti byl dotazník, který tvořil 2/3 ze způsobu sběru dat. „Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři.“ (Kutnohorská, Jana, 2009, s. 41) Principem této metody je získat subjektivní výpovědi zkoumaných respondentů na základě otázek odrážející podstatu problému, na něž hledáme odpověď. Východiskem pro přípravu takového dotazníku by měly být vytyčené cíle a stanovené hypotézy, jež na základě výpovědních hodnot dotazovaných potvrzujeme či vyvracíme. Ve valné většině je struktura dotazníku dána třemi parametry, a sice úvodní (objasňující) částí, dále otázek a částí odpovědní. (Farkašová, Dana, 2006, s. 45-48)

## 6.3 Charakteristika položek

Dotazníkové šetření k problematice daného tématu práce či evaluaci spokojenosti s navrženou ošetrovatelskou dokumentací je členěno do několika zkoumaných oblastí, jež jsou předmětem zájmu faktografického zjištění, čemuž odpovídají konkrétně volené otázky. Dle potřeby rozsahu odpovědi byly zpracovány buď formou uzavřených, polouzavřených a otevřených otázek.

Dotazník Spokojenosti s navrženou ošetrovatelskou dokumentací (viz příloha P II) se sestával celkově z 18 otázek, přičemž zahrnoval jak otázky uzavřené, tak i otázky polouzavřené a otevřené. Čili konkrétně hovoříme o počtech 9 otázek uzavřených, 7 otázkách polouzavřených doplňující celistvost získané informace a 2 otázkách otevřených pro volnou odpověď respondentů.



Dotazník orientovaný na teoretickou a praktickou rovinu NANDA taxonomie II (viz příloha P III) vychází z 18 otázek, kdy se obdobně jako výše zmíněný opírá o otázky otevřené, uzavřené i polouzavřené. 2 otevřené otázky umožnily volný projev respondenta, 7 polouzavřených otázek, přičemž 2 z těchto 7 jsou doplňujícím a vysvětlujícím prvkem respondentova názoru, a dále 9 otázek uzavřených s výběrem konkrétní možnosti odpovědi z nabízených.

V rámci zjišťování spokojenosti s ošetrovatelskou dokumentací byly otázky děleny následně: otázky 1,2 popisují obecné informace o respondentovi, o stupni jeho odbornosti, otázky 3,4 a 5 reagují na práci s ošetrovatelským procesem, jeho místem v poskytování ošetrovatelské péče, 6,7,8 otázka odráží problematiku ošetrovatelské dokumentace, s níž zdravotnický personál běžně pracuje na konkrétně daném pracovišti. Otázky 9 - 15 a 18 evidují reakci na navrženou ošetrovatelskou dokumentaci vycházející z principů NANDA taxonomie II vytvořenou pro účely bakalářské práce. 16 a 17 otázka se dotazují na případnou ochotu přijmout diagnostický systém NANDA taxonomie II do klinické praxe.

Dotazování na oblast obecné informovanosti o problematice NANDA taxonomie II zahrnuje rovněž několik informačních okruhů. Základní údaje o respondentovi nám vydávají otázky 1, 2 a 3. Na ošetrovatelský proces užívaný zdravotnickými pracovníky jsou zaměřeny otázky 4, 5, 6, 9. 7 a 8 otázka zkoumá problematiku ošetrovatelských diagnóz, 10 a 11 zase povědomí respondentů o NANDA taxonomii II. Otázky 12, 13, 14, 15 pojímají tematicky problematiku přijetí NANDA taxonomie II v klinické praxi včetně výhod kódového systému v činnostech zdravotnických pracovníků. Vzděláváním v NANDA taxonomie II se informujeme otázkami 16, 17 a 18.

Otázky rozhovoru (viz příloha P IV) byly situovány do kontextu problematiky všeobecného rozhledu k NANDA diagnostice pro potřebu diferencovat dva různé pohledy na poli zdravotnických pracovníků. Celkový počet otázek je devět. První dvě otázky jsou identifikační, otázka 3 se ptá na význam ošetrovatelského procesu, čtvrtá otázka na ošetrovatelskou dokumentaci daného oddělení. 5 a 6 otázka se dotazuje na význam ošetrovatelských diagnóz v praxi. 7,8 a 9 se orientuje na NANDA taxonomii II, včetně potřeby vzdělávání. Kopíruje tedy cíleně otázky pro zdravotní sestry, ovšem jejich otevřenost udává možnost širšího vyjádření.

## 6.4 Organizace šetření

V mé práci jsem zvolila výzkumné metody kvalitativně – kvantitativní, tedy výše zmíněný dotazník a polostrukturovaný rozhovor, obsahově zaměřené na NANDA taxonomii II ve dvou rovinách; vzdělávání, informovanost, zájem o taxonomii jako první orientační skupina, a hodnocení navržené ošetrovatelské dokumentace opírající se o teoretické východisko této problematiky jako druhá.

Pro výzkumné šetření byla zprvu formou elektronické pošty oslovena hlavní sestra vybrané nemocnice, která byla zvolena za účelovou vzhledem k faktu, že zde již probíhá práce a zaškolování s NANDA taxonomií II, jakožto zástupná osoba, na níž jsem se následně obracela s žádostí o dotazníkové šetření (viz příloha P V).

Před zahájením výzkumného šetření bylo potřeba stanovit si cíle a hypotézy, na něž byla práce směřována, stejně tak místo a skupinu respondentů. Na základě těchto kritérií byly sestaveny dotazníky dle informačního zaměření, jež byly průběžně konzultovány s vedoucím bakalářské práce a provedeny doporučené korekce. Dle zaměření dotazníků byla vytvořena doprovodná materiální podpora.

Materiální podpora se vztahovala k dotazníku hodnotícího navrženou ošetrovatelskou dokumentaci, tedy byl vytvořen návrh ošetrovatelské anamnézy (viz příloha P VI) a plánu ošetrovatelské péče (viz příloha VII), které se opíraly o teoretické východisko NANDA taxonomie II tak, aby našla řešení známých paradigmat ošetrovatelské dokumentace za účelem zefektivnění práce zdravotnických pracovníků a současně využila přínosných faktorů, jež nám NANDA taxonomie II nabízí. Cílem bylo zjistit možnosti její aplikace a účelnosti v klinické praxi. Dříve než byly dotazníky rozdány, proběhla pilotní studie mezi studenty univerzity, následně byly cíleně rozdány na vybraná lůžková oddělení a studentům všech ročníků univerzity v oboru všeobecná sestra spolu s navrženými dokumenty. Sběr dotazníků probíhal v období měsíce února. Získané údaje byly sečteny, zanalyzovány a graficky vyjádřeny. Tyto informace sloužily k přehodnocení dokumentace a případnému zapracování poznatků a připomínek respondentů. Celková návratnost činila 85 dotazníků ze 100, což je 85 % hodnoty.

Druhá polovina výzkumného šetření se zakládala jednak na vytvoření dotazníku obecně vzatého na informovanost k NANDA taxonomii II, jednak na stanovení cílených otázek polostrukturovaného rozhovoru, který byl její doplňující složkou. Po prokonzultování dotazníku a otázek rozhovoru bylo zahájeno výzkumné šetření na poli zdravotnického zaříze-

ní po předchozí pilotní studii. K rozhovoru bylo náhodně vytipováno 5 vedoucích pracovníků zdravotnického oddělení a volným rozhovorem došlo ke sběru dat na základě předešlé domluvy. Délka rozhovoru se odvíjela od časového prostoru sestry a obšírnosti jejího vyjádření. Průměrně však činila 10 – 15 minut. Získaná data byla kódována. Výsledky rozhovoru posloužily k porovnání postoje vedoucích pracovníků vůči postoji zdravotních sester zaujímajících pozici poskytovatelů ošetrovatelské péče na potřebu a způsobu vzdělávání tohoto tématu. Dotazníky byly rovněž rozdány v průběhu měsíce února. Na základě sebraných, zanalyzovaných a graficky znázorněných výsledcích byl vytvořen edukační materiál, který má posloužit jako textová podpora edukačního procesu zdravotnických pracovníků v problematice NANDA taxonomie II a zachycuje podstatné údaje pro její pochopení tak, aby mohla být v praxi vhodně využívána a našla své opodstatnění. Celkový počet navrácených dotazníků ze 100 rozdaných byla 81 dotazníků, což činí 81 %.

## **7 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT**

Zde, v této části bakalářské práce, budu vyhodnocovat a zpracovávat získané údaje spolu s grafickým vyjádřením dílčích výsledků s následnou analýzou dat tak, aby došlo k přehlednému zobrazení a vysvětlení položek jak dotazníkového šetření, tak i polostrukturovaného rozhovoru jako zástupné metody kvalitativního výzkumu průběžně vycházejících z výzkumné činnosti probíhajícího po dobu jednoho měsíce - únoru. V průběhu tohoto procesu budu využívat dvou základních aplikací Microsoft Office – Microsoft Word a Microsoft Excel.

### **7.1 Vyhodnocení dotazníkového šetření k navržené ošetrovatelské dokumentaci**

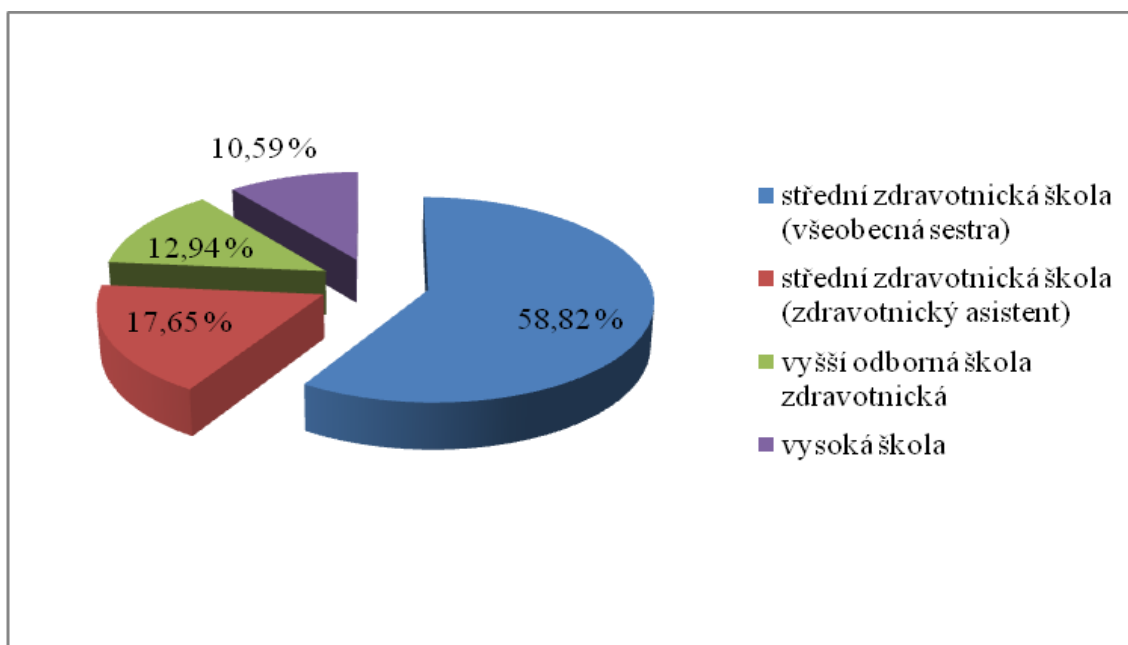
V procesu vyhodnocování této výzkumné části bakalářské práce jsem zvolila dva výchozí programy. Jednak jsem pomocí aplikace Microsoft Word vytvořila jednoduchý záznamový arch, díky němuž jsem mohla značit počty respondentů odpovídajících na konkrétní odpověď konkrétní otázky, jednak Microsoft Excel, v němž jsem vytvářela tabulky četnosti k vyjádření hodnot absolutní (značí počet respondentů odpovídajících na otázku) a relativní (procento respondentů odpovídajících na konkrétní otázku) četnosti a grafy k jednotlivým otázkám pro snadnější orientaci výslednými položkami. Každá z otázek tedy obsahuje obě tato vyjádření.

Důležitými složkami, na něž jsem se zaměřila během hodnocení, analýzy získaných dat byly názory na kvalitu navržené ošetrovatelské dokumentace a připomínkování zdravotních sester, studentů, jež by mohlo vést k inovaci dokumentaci zakomponováním položek, které jim v dokumentaci pochyběly či naopak byly nadbytečné.

## Otázka č. 1 Stupeň dosaženého vzdělání

Tab. 3 Stupeň dosaženého vzdělání

Uveďte stupeň dosaženého vzdělání:	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
střední zdravotnická škola (všeobecná sestra)	50	58,82
střední zdravotnická škola (zdravotnický asistent)	15	17,65
vyšší odborná škola zdravotnická	11	12,94
vysoká škola (bakalářské, magisterské studium, jiné)	9	10,59
<b>Celkem</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



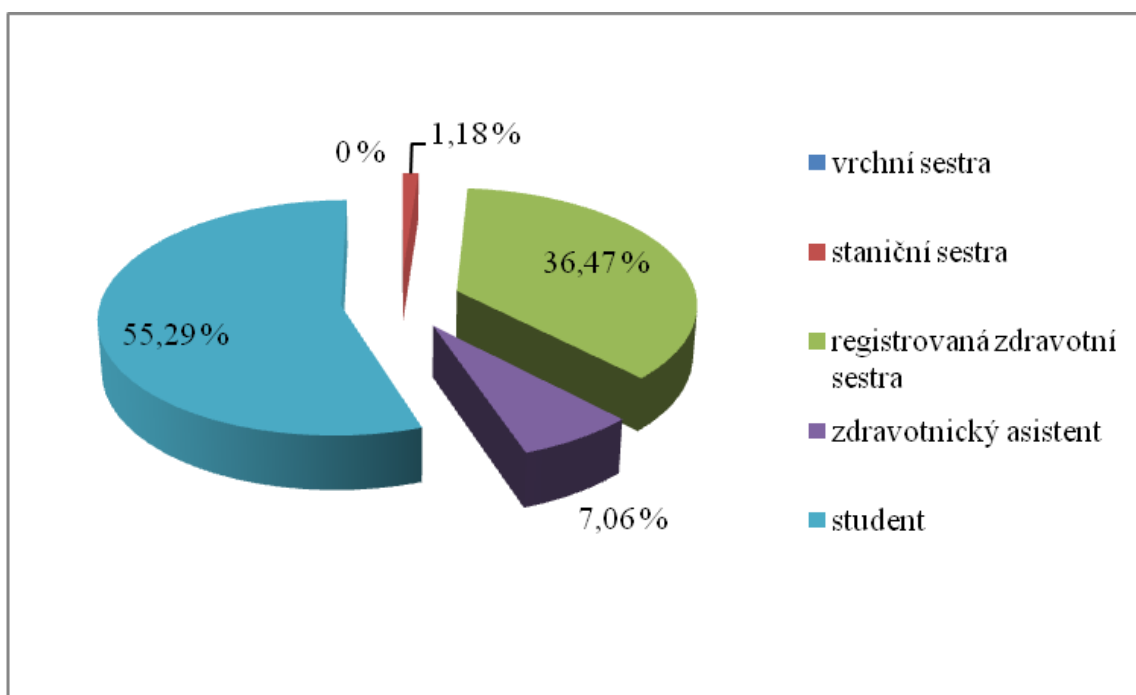
Graf 1 Stupeň dosaženého vzdělání

Tato tabulka a graf nám znázorňuje hodnotové a procentuální zastoupení respondentů dle stupně nejvyššího dosaženého vzdělání. Vidíme zde tedy, že 58,82 % respondentů dosáhlo středoškolského vzdělání v oboru všeobecná sestra, 17,65 % středoškolského vzdělání v oboru zdravotnický asistent, 12,94 % ukončila vzdělání na vyšší odborné škole zdravotnické a 10,59 % představuje zdravotní sestry s dokončeným vysokoškolským vzděláním.

## Otázka č. 2 Jste v pozici:

Tab. 4 Pracovní pozice

Jste v pozici:	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
vrchní sestra	0	0
staniční sestra	1	1,18
registrovaná zdravotní sestra	31	36,47
zdravotnický asistent	6	7,06
student	47	55,29
<b>Celkem</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



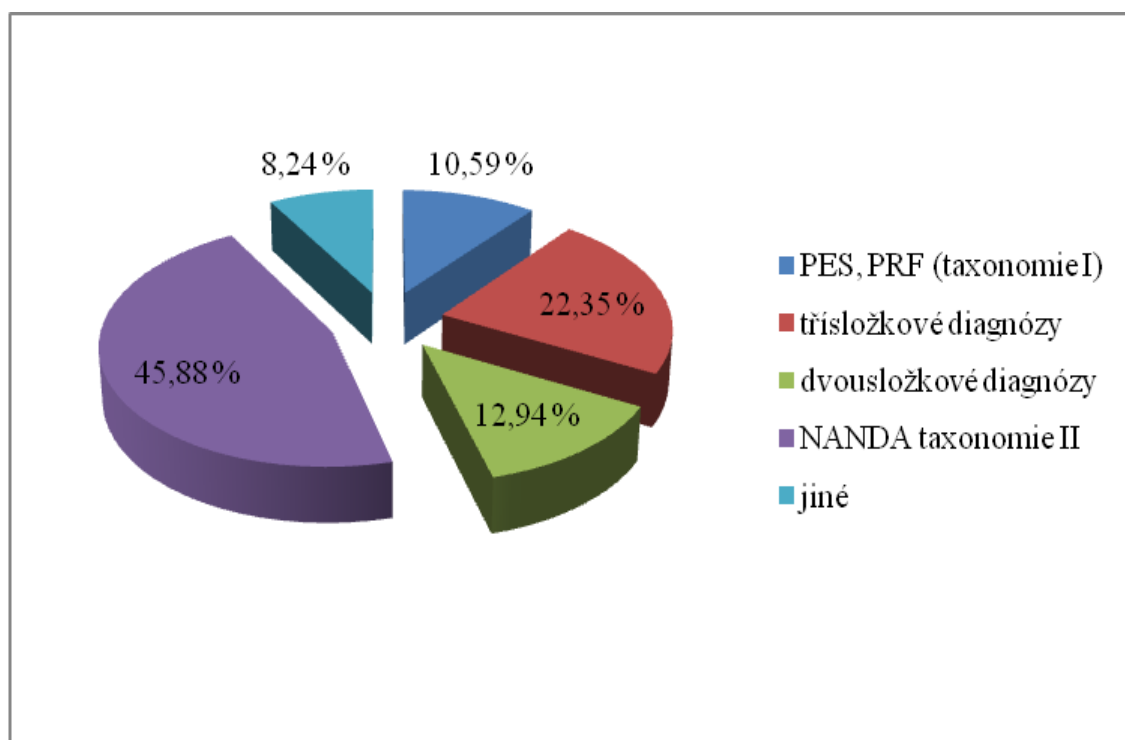
Graf 2 Pracovní pozice

Zde vidíme počtem zastoupené dílčí skupiny respondentů z hlediska pracovní pozice. Nejpočetněji vyjádřenou skupinou k problematice představovali studenti v počtu 55,29 %, druhou největší skupinou byly registrované zdravotní sestry – 36,47 %, dále pak zdravotničtí asistenti v zastoupení 7,06 %, 1,18 % ze skupiny staničních sester, a 0,00% vrchních sester (ve zvolené nemocnici tato pozice neexistuje).

## Otázka č. 3 Forma tvorby ošetrovatelských diagnóz na oddělení

Tab. 5 Forma tvorby ošetrovatelských diagnóz

Jakou formou dochází k plnění ošetrovatelského procesu na Vašem oddělení?	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
PES, PRF (taxonomie I)	9	10,59
tříslložkové diagnózy	19	22,35
dvousložkové diagnózy	11	12,94
NANDA taxonomie II	39	45,88
jiné	7	8,24
<b>Celkem</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



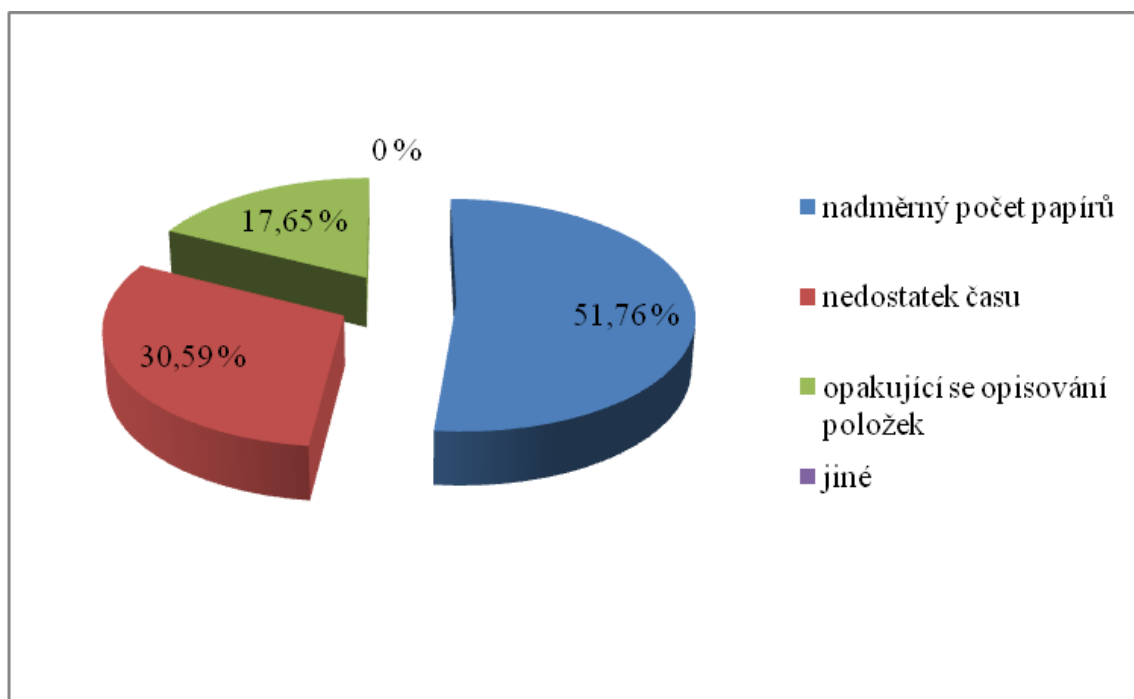
Graf 3 Forma tvorby ošetrovatelských diagnóz

Toto grafické znázornění nám vyjadřuje zastoupení jednotlivých forem tvorby ošetrovatelské diagnostiky, s níž jsou respondenti zvyklí pracovat. 10,59 % připadlo na PES, PRF formu, 22,35 % na diagnózy tříslložkové, 12,94 % na dvousložkové, na NANDA taxonomii II připadla největší část, tedy 45,88 %. 8,24 % respondentů se přiklonilo k možnosti „jiné“, kde uváděli propojení NANDA taxonomie II a tříslložkových diagnóz.

## Otázka č. 4 Co Vás nejvíce odvádí od evidence ošetřovatelského procesu?

Tab. 6 Co nejvíce odvádí od evidence ošetřovatelského procesu

Co Vás nejvíce odvádí od evidence ošetřovatelského procesu?	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
nadměrný počet papírů	44	51,76
nedostatek času	26	30,59
opakující se opisování položek	15	17,65
jiné	0	0
<b>Celkem</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



Graf 4 Co nejvíce odvádí od evidence ošetřovatelského procesu

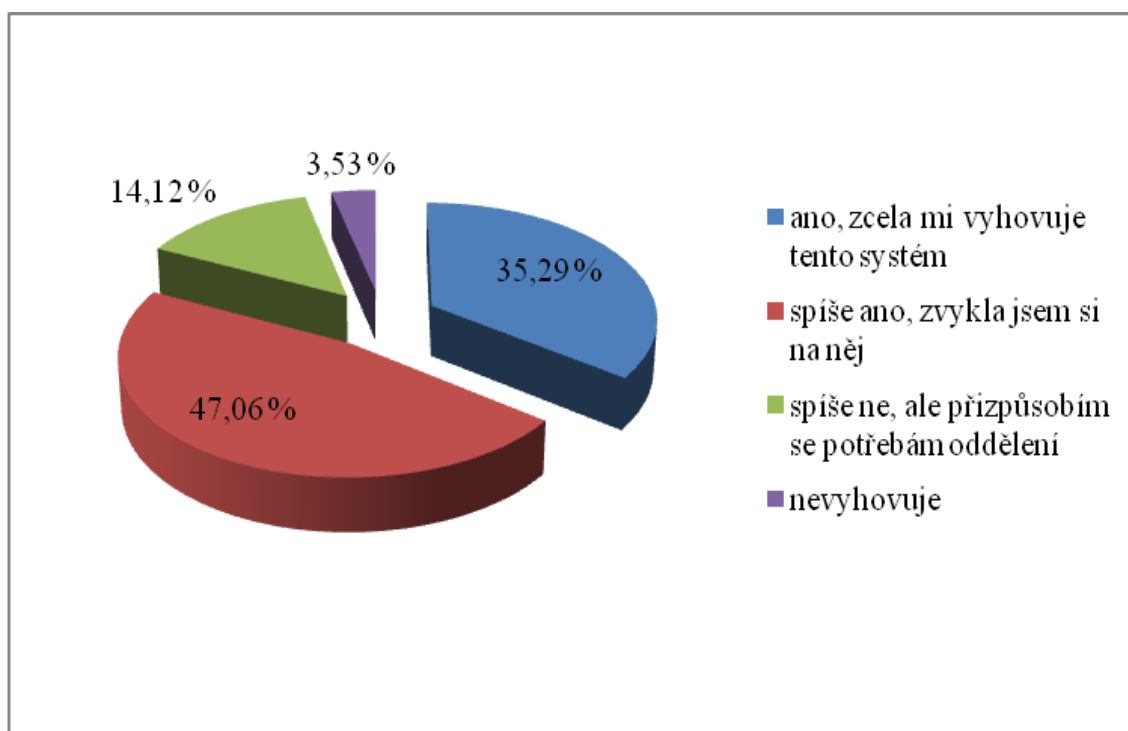
V tomto grafu můžeme vyčíst, která negativa mohou ovlivnit práci sester při vedení ošetřovatelského procesu. 51,76 % uvedlo, že největším problémem je nadbytečná administrativa, 30,59% zase nedostatek času, 17,65% odrazuje opakující se opisování položek. K odpovědi „jiné“ se nevyjadřovaly.



**Otázka č. 5 Vyhovuje Vám systém tvorby ošetrovatelských diagnóz, s nímž pracujete na Vašem pracovišti?**

*Tab. 7 Systém tvorby ose diagnóz vyhovuje/nehovuje*

<b>Vyhovuje Vám systém tvorby ošetrovatelských diagnóz, s nímž pracujete na Vašem pracovišti?</b>	<b>Absolutní hodnota (n)</b>	<b>Relativní hodnota (%)</b>
ano, zcela mi vyhovuje tento systém	30	35,29
spíše ano, zvykla jsem si na něj	40	47,06
spíše ne, ale přizpůsobím se potřebám oddělení	12	14,12
nehovuje	3	3,53
<b>Celkem</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



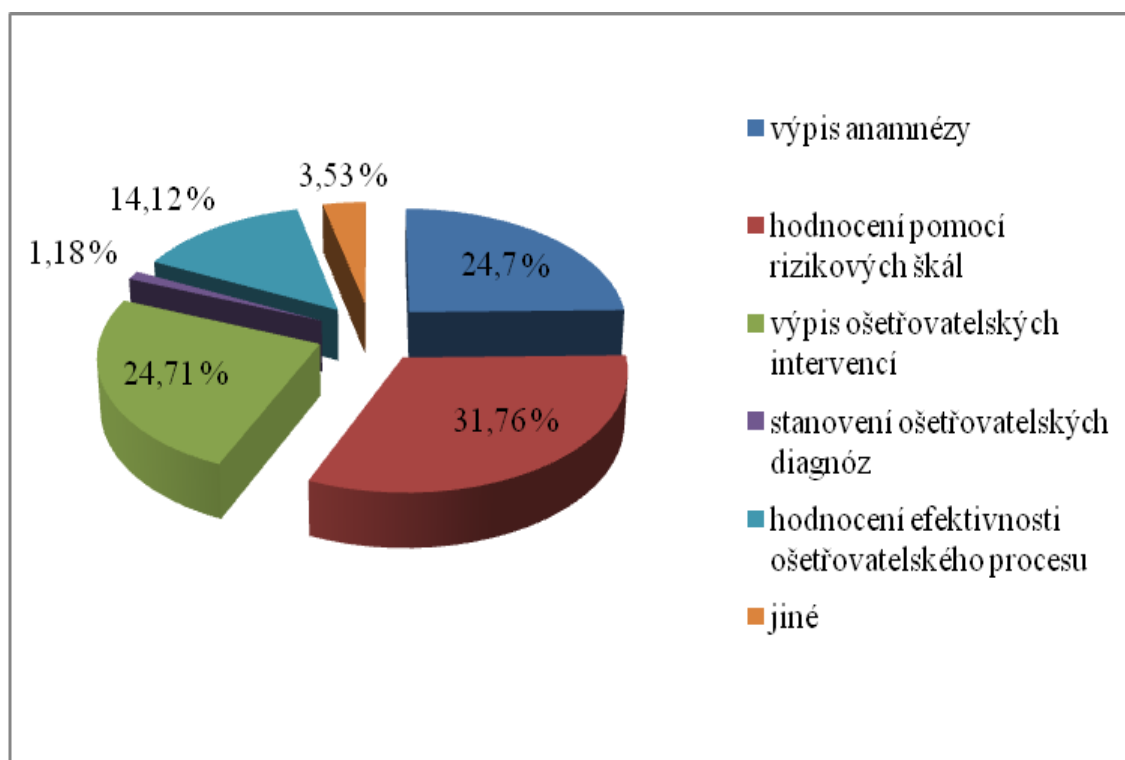
*Graf 5 Systém tvorby ose diagnóz vyhovuje/nehovuje*

Tento graf vyjadřuje spokojenost respondentů s jimi užívaným systémem tvorby ošetrovatelských diagnóz. 35,29 % zcela vyhovuje jejich systém. 47,06 % se přiklání k systému, protože si již na něj v průběhu své práce zvykla. 14,12 % zaujímá spíše negativní postoj, ale z pracovního hlediska se přizpůsobí potřebám oddělení a 3,53 % uvedlo, že jim jejich způsob zcela nehovuje.

## Otázka č. 6 Část ošetrovatelské dokumentace zatěžující práci sester

Tab. 8 Část ose dokumentace zatěžující práci sester

Uved'te, která část ošetrovatelské dokumentace dle Vašeho názoru „stěžuje Vaši práci“?	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
výpis anamnézy	21	24,70
hodnocení pomocí rizikových škál	27	31,76
výpis ošetrovatelských intervencí	21	24,71
stanovení ošetrovatelských diagnóz	1	1,18
hodnocení efektivity ošetrovatelského procesu	12	14,12
jiné	3	3,53
<b>Celkem</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



Graf 6 Část ose dokumentace zatěžující práci sester

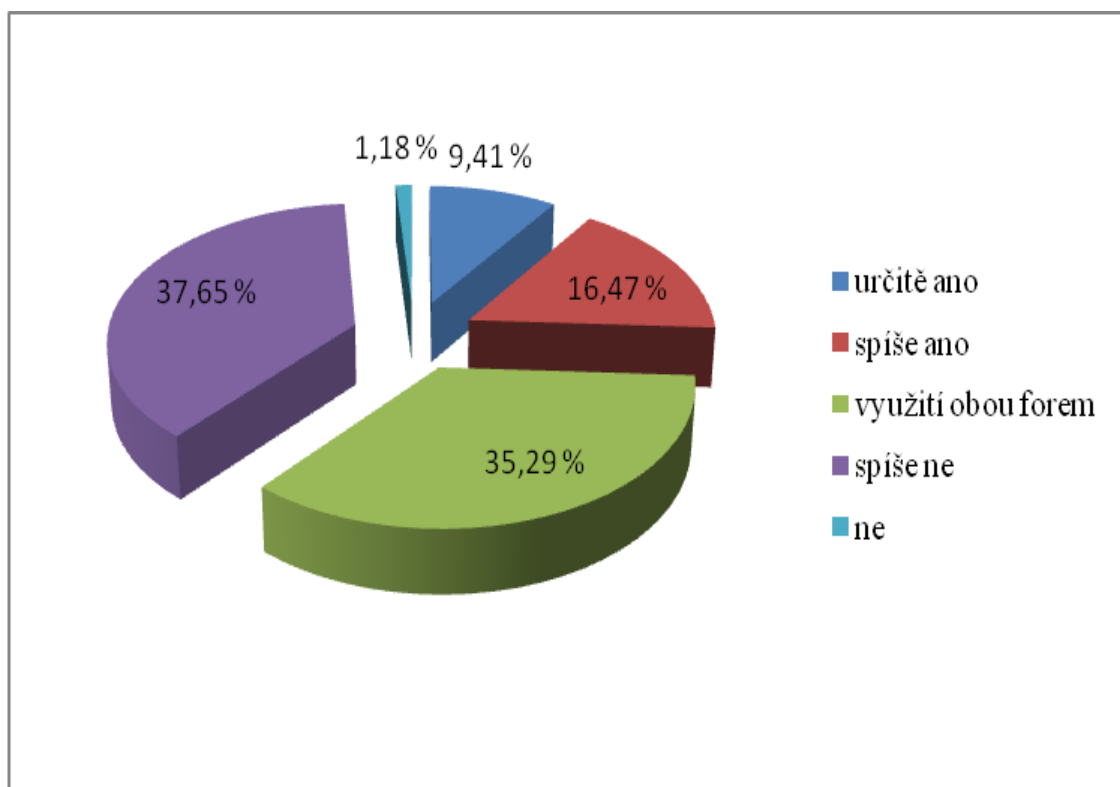
Graf č. 6 vypovídá o položkách, které z hlediska časové náročnosti zatěžují práci sester. Výpis anamnézy uvedlo 24,7 % respondentů, hodnocení pomocí rizikových škál 31,76 %, ošetrovatelské intervence uvedlo 24,71 % dotazovaných, 1,18 % představuje stanovení

ošetřovatelských diagnóz, 14,12 % hodnocení efektivnosti ošetřovatelského procesu a 3,53 % uvedlo položku jiné, kde mezi nejčastějšími odpovědi patřily např. duplicita formulářů a hlášení sester.

## Otázka č. 7 Vhodnost náhrady tištěné dokumentace za elektronickou formu

Tab. 9 Vhodnost náhrady tištěné dokumentace za elektronickou formu

Myslíte si, že by bylo účinné nahradit tištěnou formu ošetřovatelské dokumentace za elektronickou podobu?	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
určitě ano	8	9,41
spíše ano	14	16,47
využití obou forem	30	35,29
spíše ne	32	37,65
ne	1	1,18
<b>Celkem</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



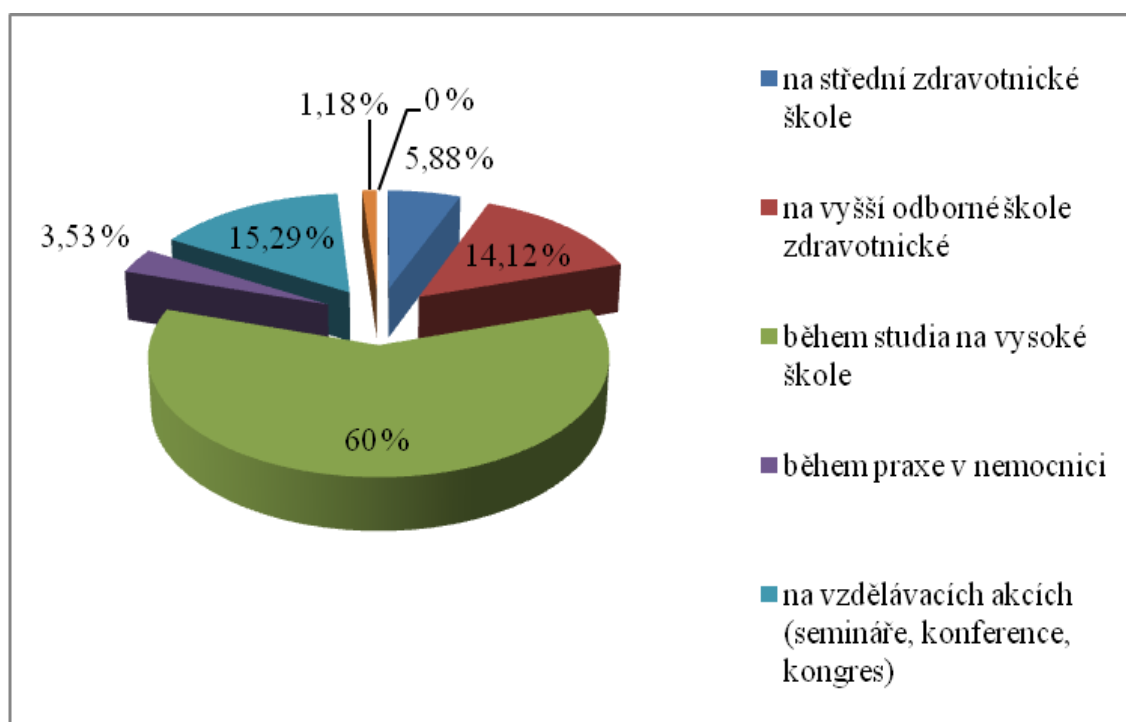
Graf 7 Vhodnost náhrady tištěné dokumentace za elektronickou formu

Tento graf nám vypovídá o zájmu sester nahradit klasickou tištěnou dokumentaci elektronickou formou. 9,41 % by tištěnou dokumentaci určitě nahradilo, 16,41 % se přiklonilo k možnosti spíše ano, 35,29 % by volilo kombinaci obou forem. 37,65 % se vyjádřilo odpovědí spíše ne a 1,18 % by ji nenahrazovali a zůstali u stávajícího způsobu.

## Otázka č. 8 První setkání s NANDA taxonomií II

Tab. 10 První setkání s NANDA taxonomií II

S diagnostickým systémem NANDA taxonomie II jste se dříve setkal/a:	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
na střední zdravotnické škole	5	5,88
na vyšší odborné škole zdravotnické	12	14,12
během studia na vysoké škole	51	60
během praxe v nemocnici	3	3,53
na vzdělávacích akcích	13	15,29
nesetkal/a	1	1,18
jiné	0	0,00
<b>Celkem</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



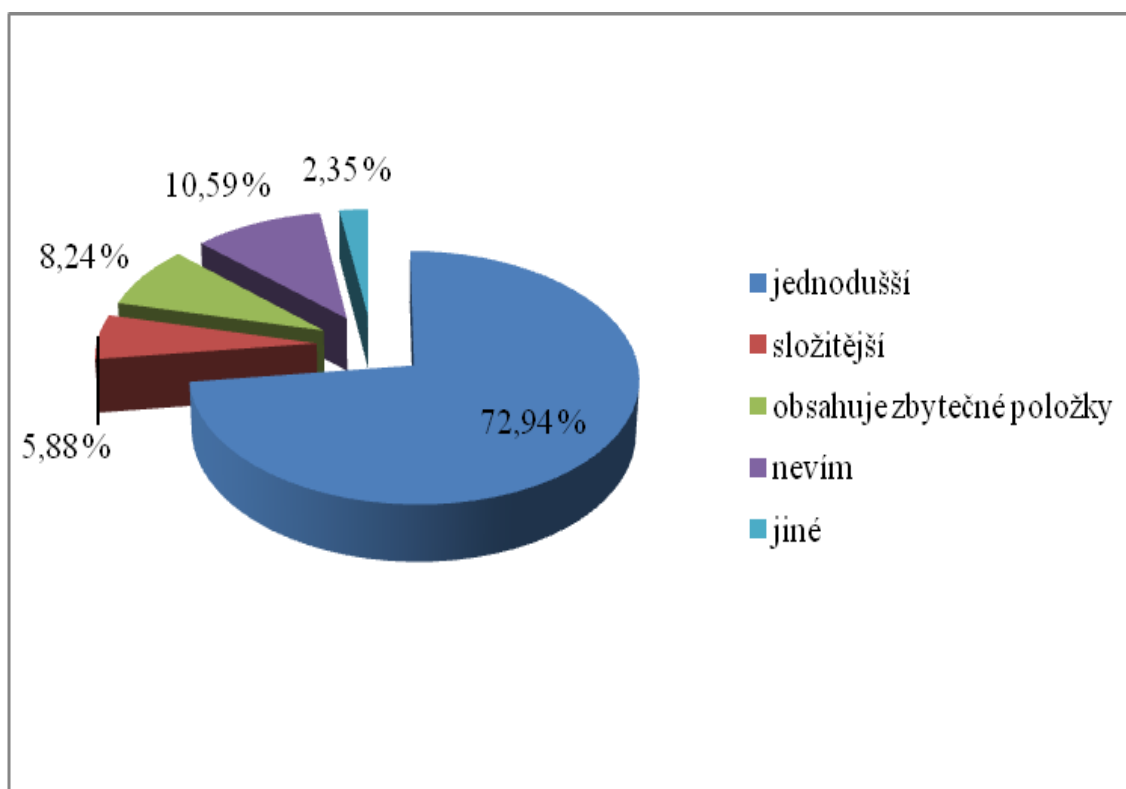
Graf 8 První setkání s NANDA taxonomií II

Tento grafem nám ukazuje možnost prvního setkání respondentů s NANDA taxonomií II. 5,88 % se s ní střetlo již na střední škole, 14,12 % na vyšší odborné škole zdravotnické, během praxe v nemocnici 3,53 %. 15,29 % jí poznalo prostřednictvím vzdělávacích akcí. Největší zastoupení respondentů, 60 %, jí poprvé zaznamenalo při studiu na vysoké škole.

## Otázka č. 9 Názor na navrženou ošetrovatelskou dokumentaci

Tab. 11 Názor na navrženou ošetrovatelskou dokumentaci

Navržená dokumentace, která se opírá o strukturu NANDA taxonomie II se Vám zdá:	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
jednodušší	62	72,94
složitější	5	5,88
obsahuje zbytečné položky	7	8,24
nevím	9	10,59
jiné	2	2,35
<b>Celkem</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



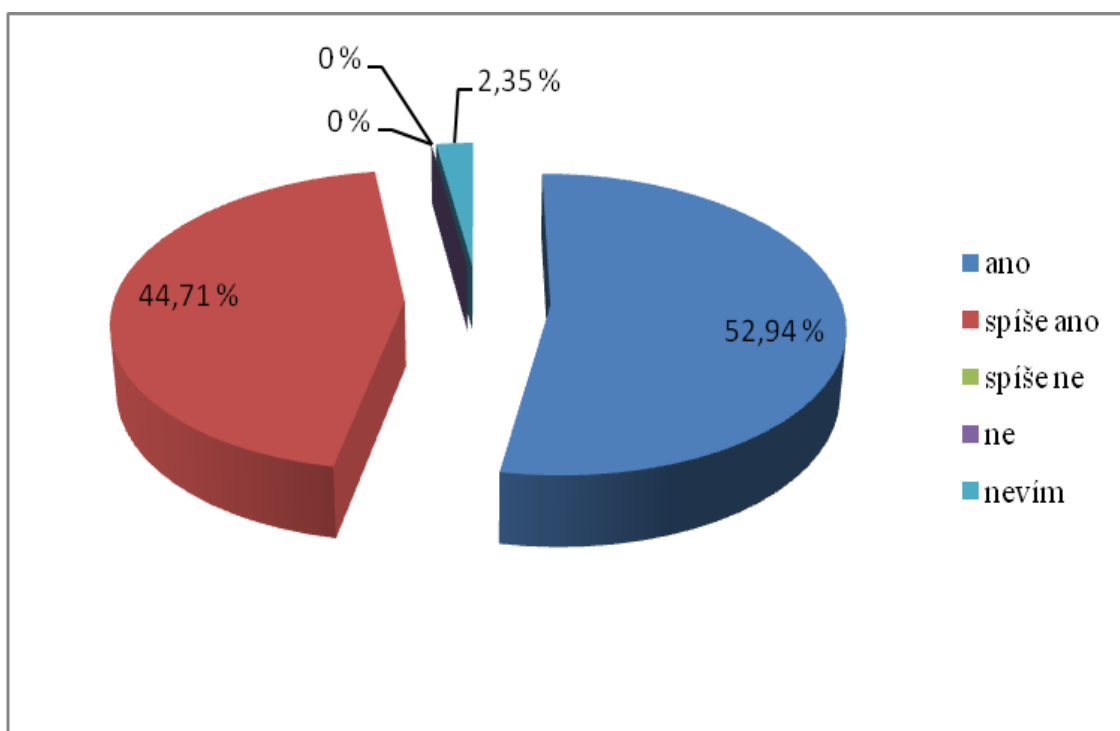
Graf 9 Názor na navrženou ošetrovatelskou dokumentaci

Graf č. 9 nám odpovídá na otázku spokojenosti s navrženou ošetrovatelskou dokumentací. Pro 72,94 % respondentů se jeví jako jednodušší oproti jimi používané, 5,88 % ji vnímá jako složitější, pro 8,24 % obsahuje dokumentace zbytečné položky, 10,59 % respondentů nedokázalo posoudit. 2,35 % vybralo odpověď jiné, ke které se však nevyjádřili.

## Otázka č. 10 Komplexnost informací navržené ošetrovatelské dokumentace

Tab. 12 Komplexnost informací navržené ošetrovatelské dokumentace

Myslíte si, že navržená dokumentace poskytuje komplexní informace pro tvorbu kvalitního ošetrovatelského procesu?	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
ano	45	52,94
spíše ano	38	44,71
spíše ne	0	0,00
ne	0	0,00
nevím	2	2,35
<b>Celkem</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



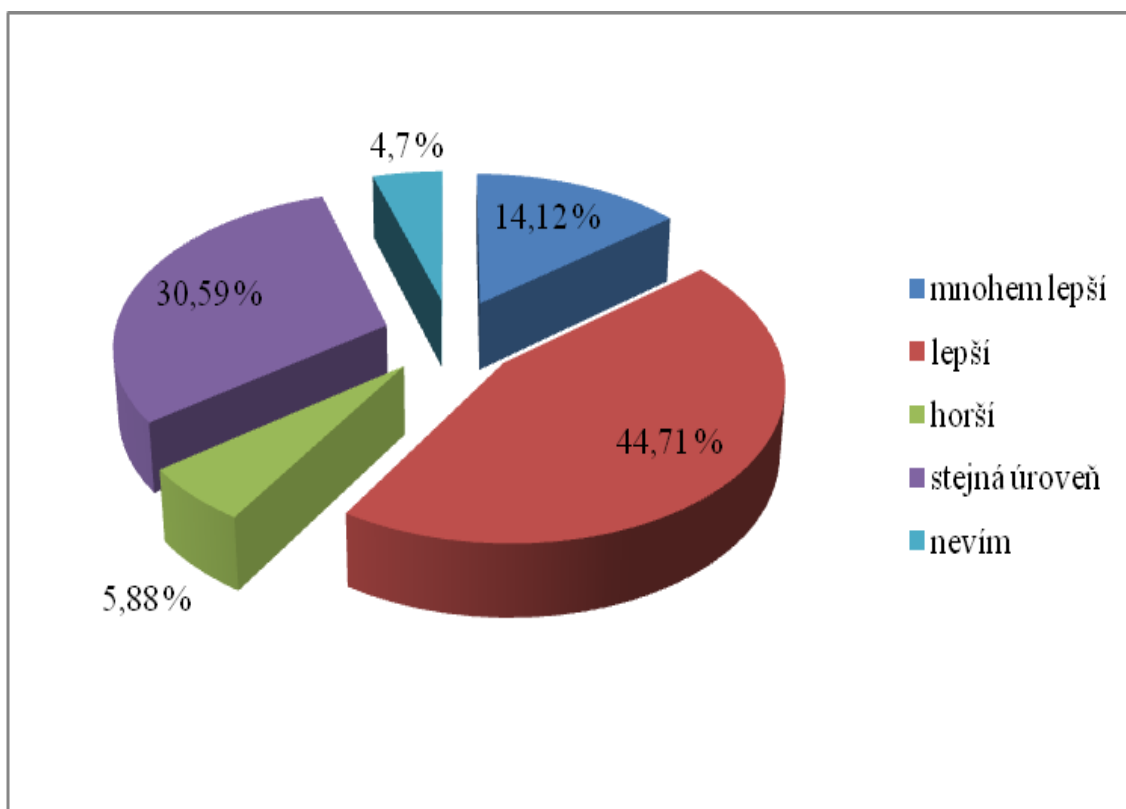
Graf 10 Komplexnost informací navržené ošetrovatelské dokumentace

Zde hodnotíme uplatnitelnost navržené ošetrovatelské dokumentace při tvorbě ošetrovatelského procesu z hlediska komplexnosti poskytnutých informací o pacientovi. 52,94 % respondentů se vyjádřilo odpovědí „ano“, 44,71 % spíše ano. 2,35 % dotazovaných zaujali neutrální stanovisko odpovědí nevím a odpovědi ne či spíše ne se nevyjádřil nikdo.

## Otázka č. 11 Porovnání navržené ose dokumentace a dokumentace pracoviště

Tab. 13 Porovnání navržené ose dokumentace a dokumentace pracoviště

Jak hodnotíte navrženou dokumentaci vycházející z NANDA taxonomie II v porovnání s dokumentací užívanou na daném pracovišti?	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
mnohem lepší	12	14,12
lepší	38	44,71
horší	5	5,88
stejná úroveň	26	30,59
nevím	4	4,70
<b>Celkem</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



Graf 11 Porovnání navržené ose dokumentace a dokumentace pracoviště

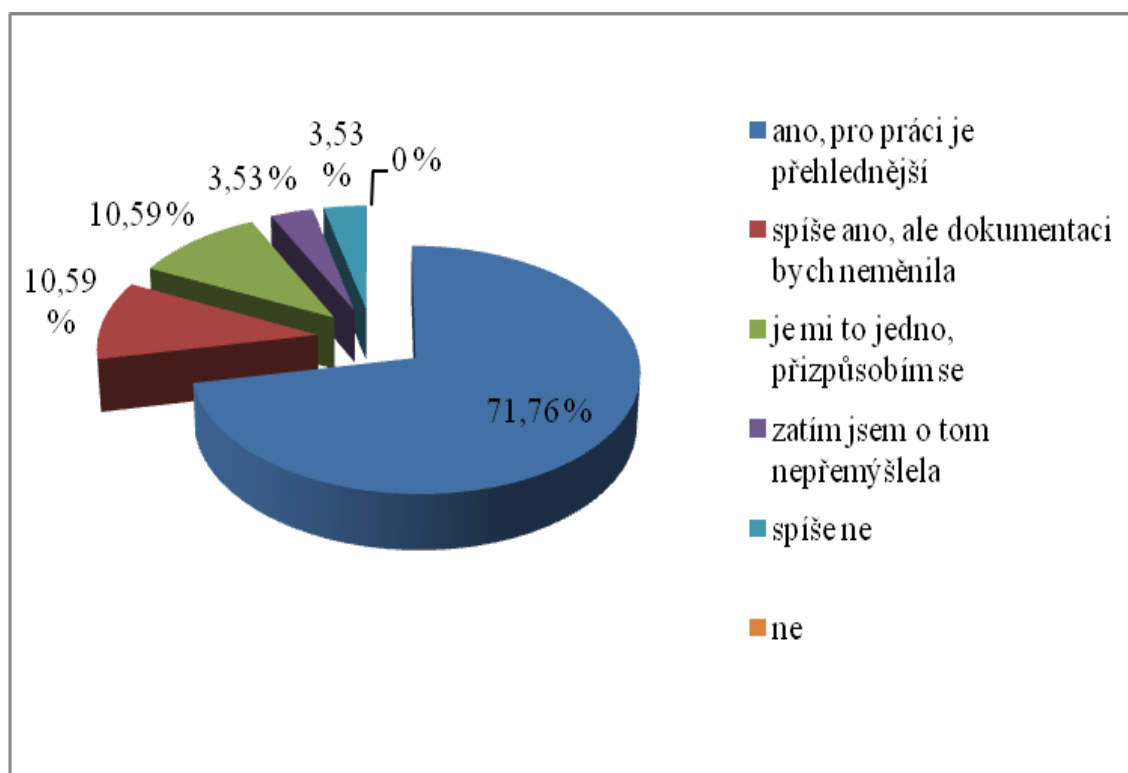
Tabulka četnosti a graf k 11 otázce zobrazují vyjádření porovnání dvou dokumentací respondenty. 14,12 % hodnotí navrženou dokumentaci jako mnohem lepší, 44,71 % jako lepší. Horší úroveň představuje pro 5,88 % respondentů, stejnou úroveň má pro 30,59 % a 4,7 % se vyjádřilo odpovědí nevím.



## Otázka č. 12 Uspořádání ošetrovatelské dokumentace dle domén

Tab. 14 Uspořádání ose dokumentace dle domén

Vyhovuje Vám uspořádání ošetrovatelské dokumentace dle jednotlivých domén?	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
ano, pro práci je přehlednější	61	71,76
spíše ano, ale dokumentaci bych neměnila	9	10,59
je mi to jedno, přizpůsobím se	9	10,59
zatím jsem o tom nepřemýšlela	3	3,53
spíše ne	3	3,53
ne	0	0,00
<b>Celkem</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



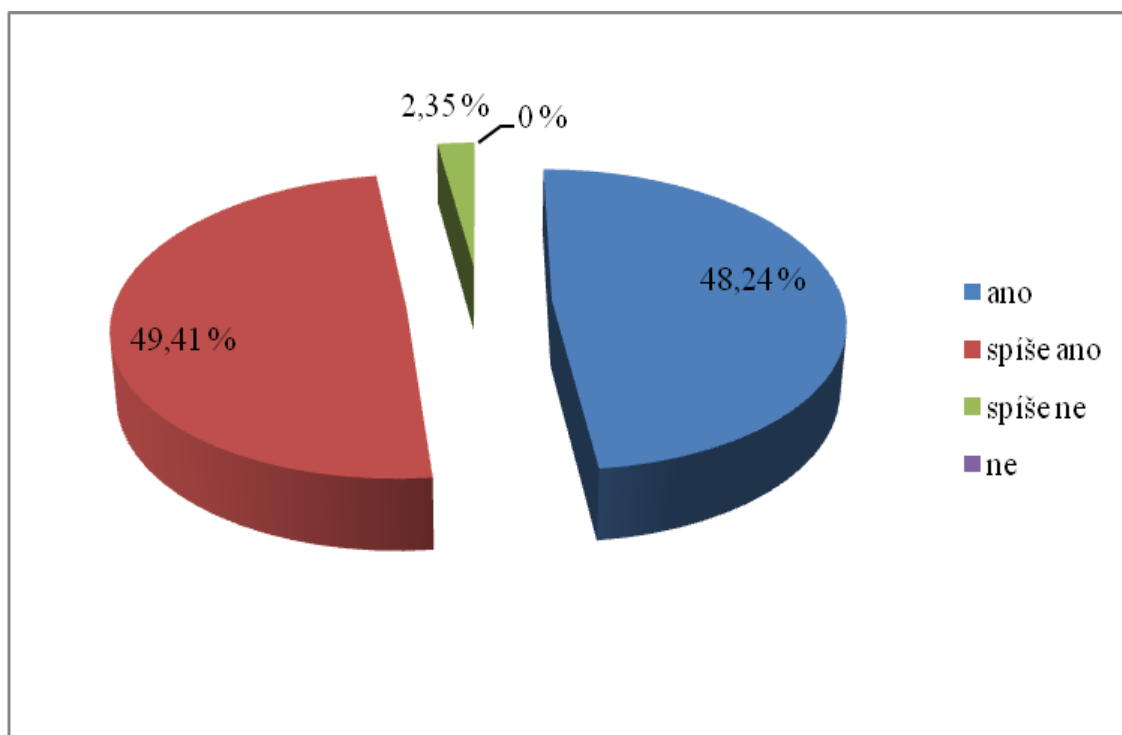
Graf 12 Uspořádání ose dokumentace dle domén

Graf č. 12 zobrazuje zastoupení respondentů v otázce vhodnosti uspořádání ose dokumentace dle domén. 71,76 % odpovědělo ano - je přehlednější, 10,59 % je to jedno či by svou dokumentaci neměnilo, ale jako podporují tuto myšlenku, 3,53 % lidí o tom zatím nepřemýšlelo či jsou spíše proti, odpověď ne nevybral žádný z respondentů.

## Otázka č. 13 Začlenění ošetřovatelských diagnóz v dokumentaci

Tab. 15 Začlenění ose diagnóz v dokumentaci

Považujete za výhodné, z hlediska efektivity práce, začlenění ošetřovatelských diagnóz do ošetřovatelské dokumentace?	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
ano	41	48,24
spíše ano	42	49,41
spíše ne	2	2,35
ne	0	0,00
<b>Celkem</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



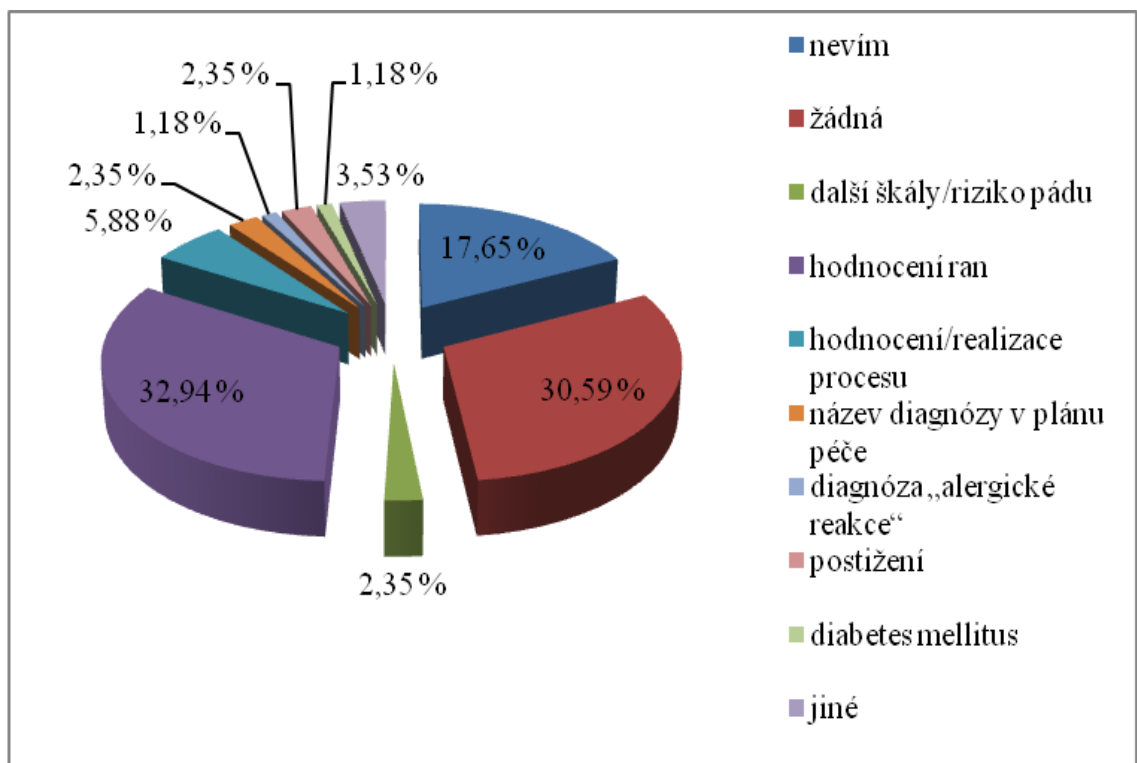
Graf 13 Začlenění ose diagnóz v dokumentaci

V tomto grafu lze vyčíst názorové zastoupení respondentů na začlenění ošetřovatelských diagnóz do ošetřovatelské dokumentace. 48,24 % odpovědělo ano (je vhodné jejich začlenění), 49,41 % spíše ano, spíše ne odpovědělo 2,35 % dotazovaných a k odpovědi ne se nevyjádřil žádný z respondentů.

## Otázka č. 14 Položky, které v navržené ošetrovatelské dokumentaci chybí

Tab. 16 Chybějící položky v navržené ose dokumentaci

Napište, která z položek Vám v navržené dokumentaci chybí:	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
nevím	15	17,65
žádná	26	30,59
další škály/riziko pádu	2	2,35
hodnocení ran	28	32,94
hodnocení/realizace procesu	5	5,88
název diagnózy v plánu péče	2	2,35
diagnóza „alergické reakce“	1	1,18
postižení	2	2,35
diabetes mellitus	1	1,18
jiné	3	3,53
<b>Celkem</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



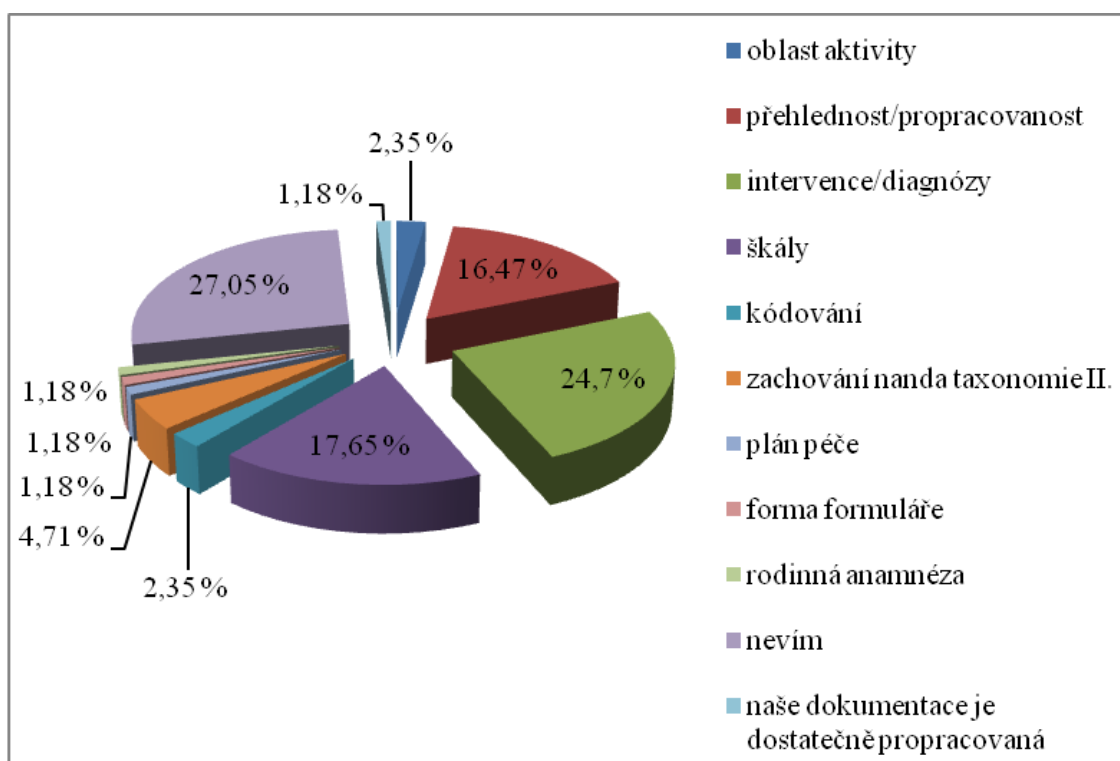
Graf 14 Chybějící položky v navržené ose dokumentaci

Hodnoty znázorněné grafem č. 14 vychází z otevřené otázky dotazníku, která z položek v navržené ošetrovatelské dokumentaci chybí. 17,65 % nevědělo, 30,59% respondentů nechyběla žádná z položek. 2,35 % by přivítalo další nabídku hodnotících škál, 32,94 % chyběla grafické hodnocení ran. Realizace/hodnocení ošetrovatelského procesu scházelo 5,88 % dotazovaných, 2,35 % v plánu péče podporuje název diagnózy v plánu péče, 1,18 % chybí diagnóza alergická reakce, 2,35 % žádá kolonku na jiná postižení (handicap), 1,18 % postrádalo kolonku na diabetes mellitus, 3,35 % odpovědělo jinak, než je uvedeno ve vyčtených odpovědích, např. kolonka číslo pokoje, jiná sdělení apod.

## Otázka č. 15 Prvky z navržené dokumentaci, které by respondenti přivítali

Tab. 17 Přínosné prvky navržené dokumentace

Uveďte, které prvky z navržené dokumentace byste ve své práci přivítali:	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
oblast aktivity	2	2,35
přehlednost/propracovanost	14	16,47
intervence/diagnózy	21	24,70
škály	15	17,65
kódování	2	2,35
zachování NANDA taxonomie II	4	4,71
plán péče	1	1,18
forma formuláře	1	1,18
rodinná anamnéza	1	1,18
nevím	23	27,05
naše dokumentace je dostatečně propracovaná	1	1,18
<b>Celkem</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



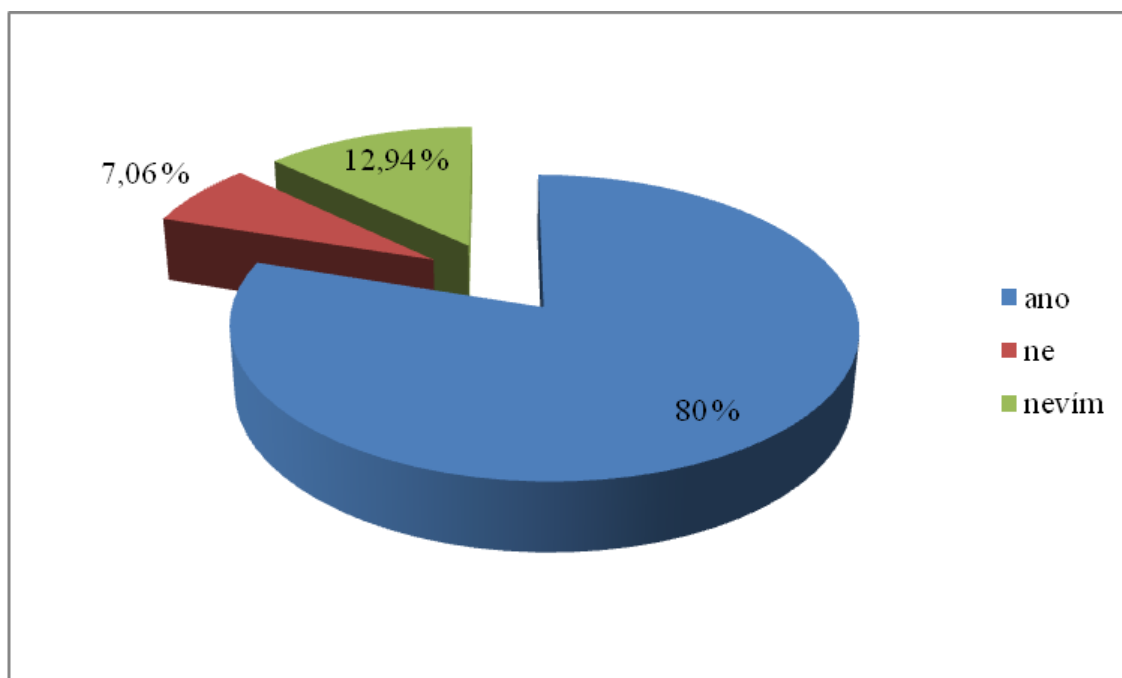
Graf 15 Přínosné prvky navržené dokumentace

Z tohoto grafu můžeme vyčíst zastoupení prvků, které byly shledány respondenty jako přínosné, které by jim práci usnadnily. Největší část respondentů odpověděla, že neví. 24,7 % se zdály přínosné vypsání ošetrovatelské diagnózy a intervence. 17,65 % uvítalo zabudované škály v dokumentaci, 16,47 % kladně ohodnotilo přehlednost a propracovanost. 4,71 % respondentů by rádo zachovalo prvky NANDA taxonomie II. 2,35 % pozitivně ohodnotilo oblast aktivity, stejné procentuální zastoupení by rádo ve své práci prosadilo systém kódování ošetrovatelských diagnóz. Rodinnou anamnézu, plán péče a formu formuláře by uplatňovalo vždy 1,18 % dotazovaných. 1,18 % si myslí, že jejich dokumentace je dostatečně propracovaná, není tedy nutné přidávat dalších položek.

## Otázka č. 16 Nutnost zvýšení povědomí o NANDA taxonomii II

Tab. 18 Nutnost zvýšení povědomí o NANDA taxonomii II

Myslíte si, že je třeba zvýšit povědomí o způsobu práce s NANDA taxonomií II?	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
ano	68	80
ne	6	7,06
nevím	11	12,94
<b>Celkem</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



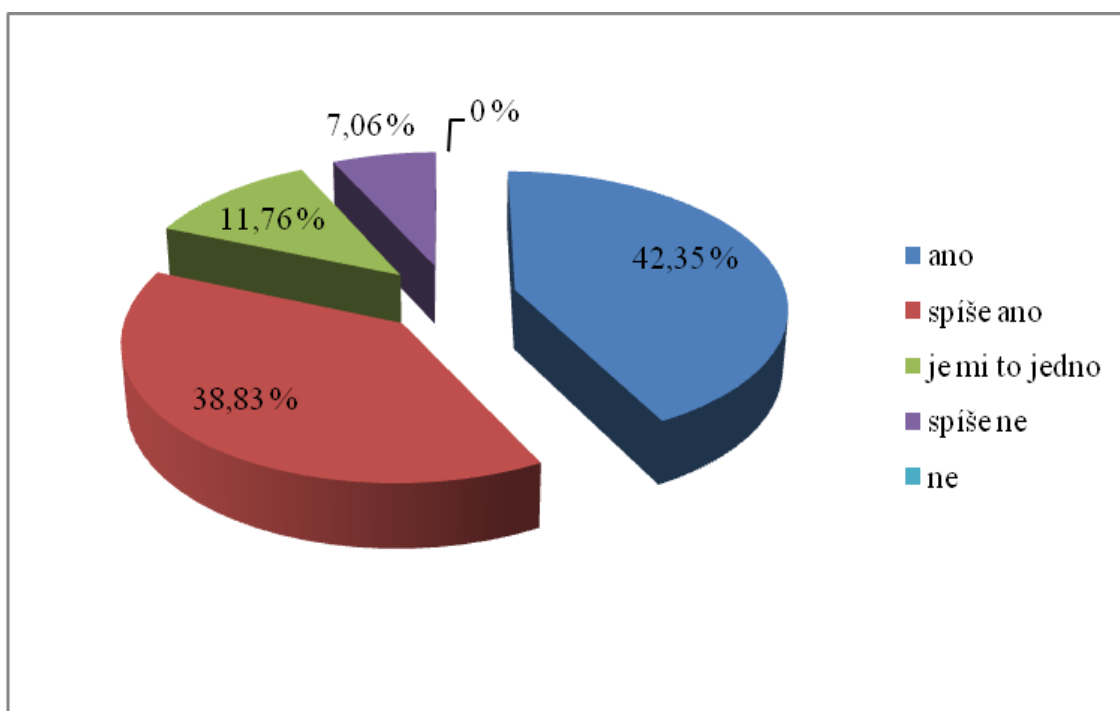
Graf 16 Nutnost zvýšení povědomí o NANDA taxonomii II

Graf č. 16 nám vyjadřuje procentuální zastoupení respondentů ve vztahu k jejich vyjádření o nutnosti zvyšovat a podporovat edukační složku k problematice NANDA taxonomie II. 80 % odpovědělo ano, je potřeba zvyšovat povědomí a to především z důvodu přirozené součásti teoretického a praktického vývoje ošetrovatelské diagnostiky. 7,06 % nepocítuje nutnost zvýšené pozornosti k NANDA taxonomii II, jestliže se s ní na daném pracovišti nepracuje. 12,94 % nemá vyhraněný názor („nevím“).

## Otázka č. 17 Přijetí NANDA taxonomie II na pracovišti

Tab. 19 Přijetí NANDA taxonomie II na pracovišti

Přijal/a byste v praxi způsob práce s diagnostickým systémem NANDA taxonomie II?	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
ano	36	42,35
spíše ano	33	38,83
je mi to jedno	10	11,76
spíše ne	6	7,06
ne	0	0,00
<b>Celkem</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



Graf 17 Přijetí NANDA taxonomie II na pracovišti

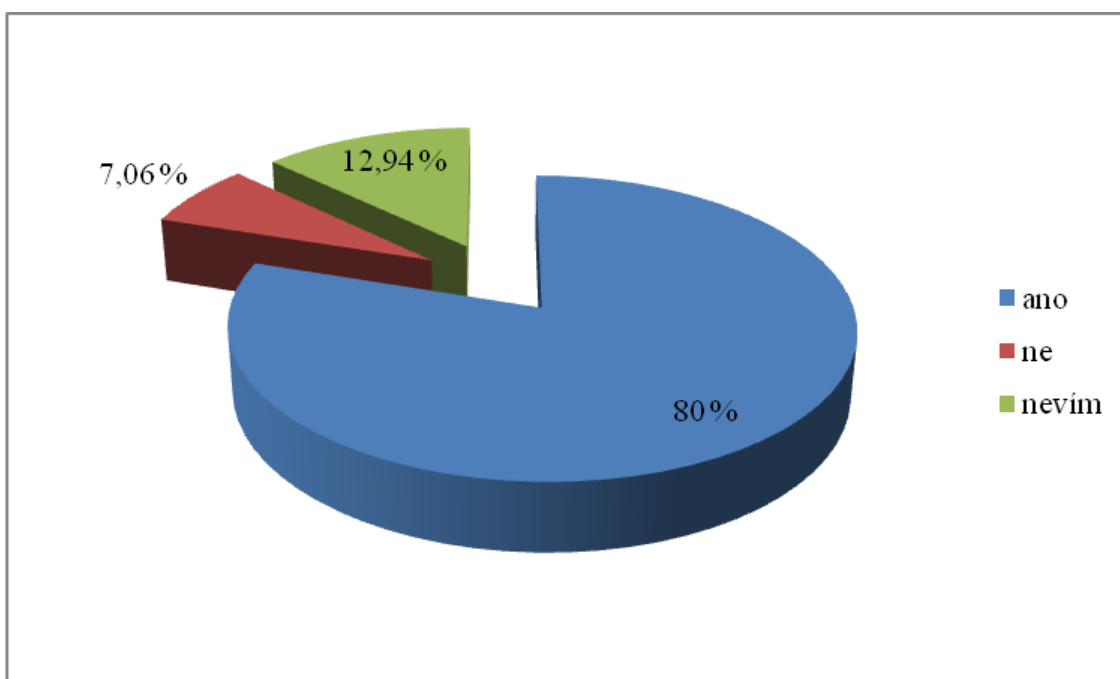
V tomto grafu vyčteme ochotu respondentů přijmout NANDA taxonomii II v klinické praxi v případě zavedení na jejich pracovišti. Přijalo by ji tedy 42,35 % respondentů. 38,83 % by ji spíše přijalo, 11,76 % je jedno, zda by došlo k jejímu zavedení. 7,06 % se vyjádřilo negativním názorem – spíše by ji nepřijali, avšak jednoznačným odmítnutím neodpověděl žádný z dotazovaných.



## Otázka č. 18 Účelnost aplikace navržené dokumentace v praxi

Tab. 20 Účelnost aplikace navržené dokumentace v praxi

Myslíte si, že by bylo účelné aplikovat navrženou dokumentaci v praxi?	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
ano	68	80
ne	6	7,06
nevím	11	12,94
<b>Celkem</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



Graf 18 Účelnost aplikace navržené dokumentace v praxi

Tento graf nám vyjadřuje názor respondentů na vhodnost aplikace navržené ošetrovatelské dokumentace v klinické praxi. 80 % dotazovaných odpovědělo „ano“, 7,06 % odpovědělo „ne“, kdy mezi důvody byla uváděna nepřehlednost, zbytečnost některých položek či časová zátěž sester, které s NANDA taxonomií II prozatím nepřišly do styku, a mohla by se střetnout s neochotou učit se nové věci. 12,94 % vybralo odpověď „nevím“.

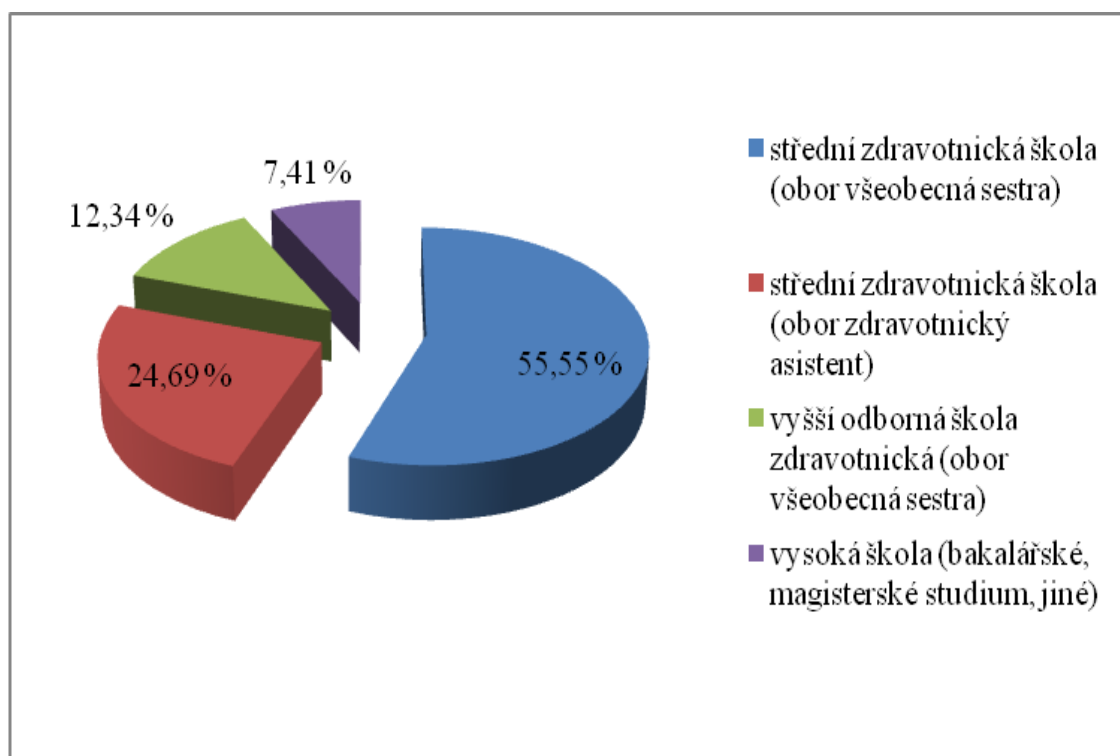
## **7.2 Vyhodnocení dotazníkového šetření obecné informovanosti o NANDA taxonomii II**

K vyhodnocení problematiky této části výzkumného šetření bylo rovněž využito dvou aplikací sady Microsoft Office 2007 a to Microsoft Word k vytvoření záznamových archů pro záznam volených odpovědí k usnadnění výpočtu absolutní a relativní četnosti ze získaných dat z dotazníků a Microsoft Excel k vytvoření tabulky četnosti s vyjádřením absolutní a relativní četnosti (jejich význam popsán výše), jednak k rychlému vydefinování grafů ze stanovených hodnot. Výchozím cílem bylo zjistit míru povědomí zdravotníků a studentů o NANDA taxonomii II a jejich zájmu o další vzdělání. V návaznosti na získané výpovědi od respondentů bude sestaveno doporučení pro praxi a vytvořen edukační materiál aplikací Microsoft Publisher vycházející z udaných potřeb dotazovaných.

## Otázka č. 1 Stupeň dosaženého vzdělání

Tab. 21 Stupeň dosaženého vzdělání/2

Uveďte stupeň dosaženého vzdělání:	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
střední zdravotnická škola (všeobecná sestra)	45	55,55
střední zdravotnická škola (zdravotnický asistent)	20	24,69
vyšší odborná škola zdravotnická všeobecná sestra)	10	12,34
vysoká škola (bakalářské, magisterské studium, jiné)	6	7,41
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>



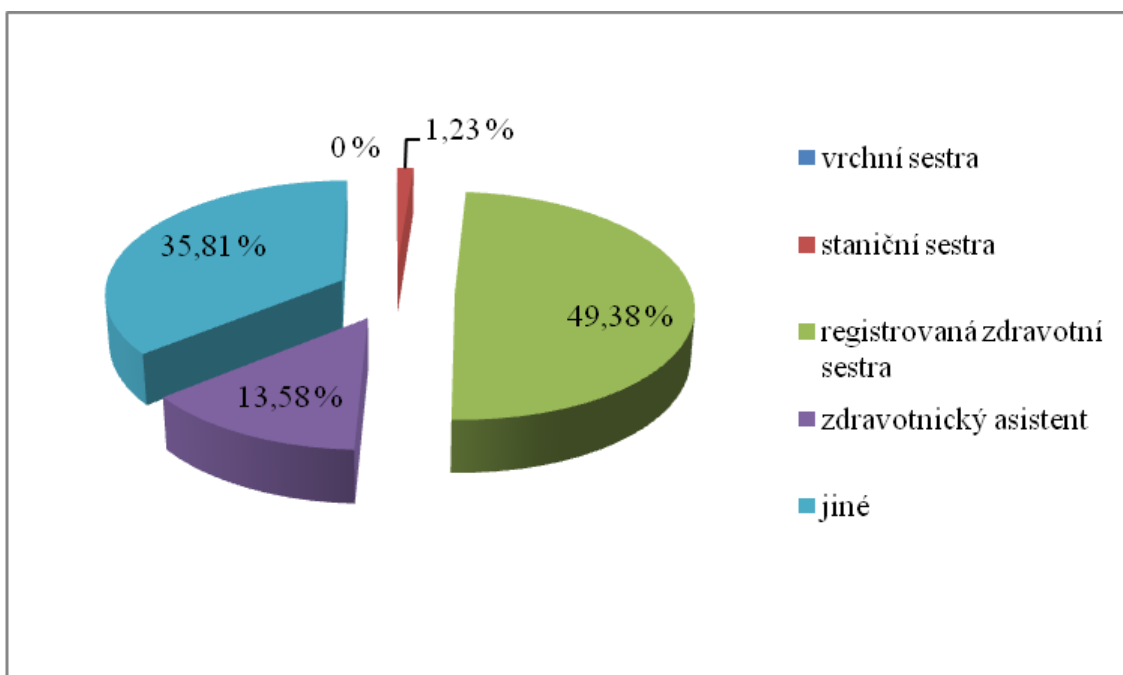
Graf 19 Stupeň dosaženého vzdělání/2

Graf nám vyjadřuje obecné zastoupení respondentů vzhledem ke stupni dosaženého vzdělání, kdy nejvyšší část z uvedeného zaujímají zdravotní sestry/studenti s ukončenou střední školou v oboru všeobecná sestra, což činí 55,55 % z celku. Obor zdravotnického asistenta střední školy je zastoupen 24,69 %. Vyšší odbornou školu zdravotnickou ukončilo 12,34 % respondentů a 7,41 % představují zdravotníci s vysokoškolským titulem.

## Otázka č. 2 Pracovní pozice

Tab. 22 Pracovní pozice

Pracujete na pozici:	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
vrchní sestra	0	0,00
staniční sestra	1	1,23
registrovaná zdravotní sestra	40	49,38
zdravotnický asistent	11	13,58
jiné	29	35,81
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>



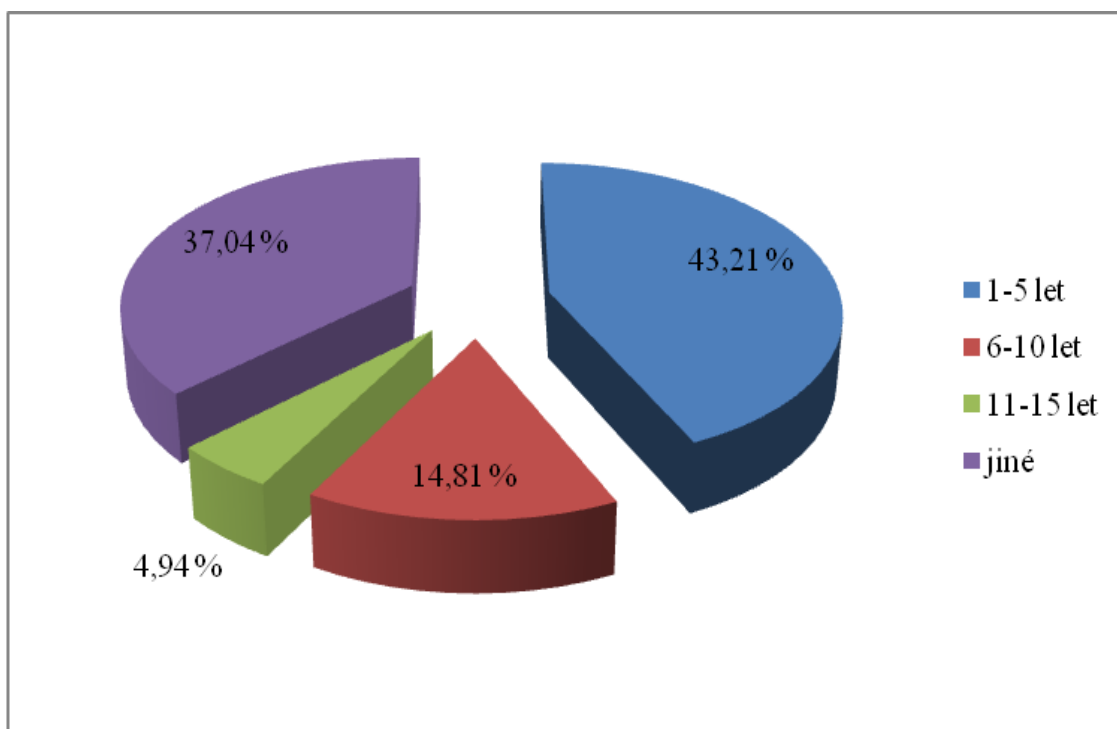
Graf 20 Pracovní pozice

Graf 20 je znázorněním zastoupení respondentů z hlediska jejich pracovní pozice. Zastoupení registrovaných zdravotních sester bylo v počtu 49,38 %. 13,58 % tvořili zdravotničtí asistenti. Zastoupení staničních sester proběhlo v míře 1,23 %. Výzkumu se nezúčastnila žádná vrchní sestra (0%), jelikož na daném pracovišti tato pracovní pozice neexistuje. 35,81 % respondentů volilo odpověď jiné, kde nejčastějšími odpověďmi byly: „student – brigádník, ošetrovatelka – brigádník, všeobecná sestra pod odborným dohledem“.

## Otázka č. 3 Délka ošetrovatelské praxe

Tab. 23 Délka ošetrovatelské praxe

Pracujete na pozici:	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
1-5 let	35	43,21
6-10 let	12	14,81
11-15 let	4	4,94
jiné	30	37,04
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

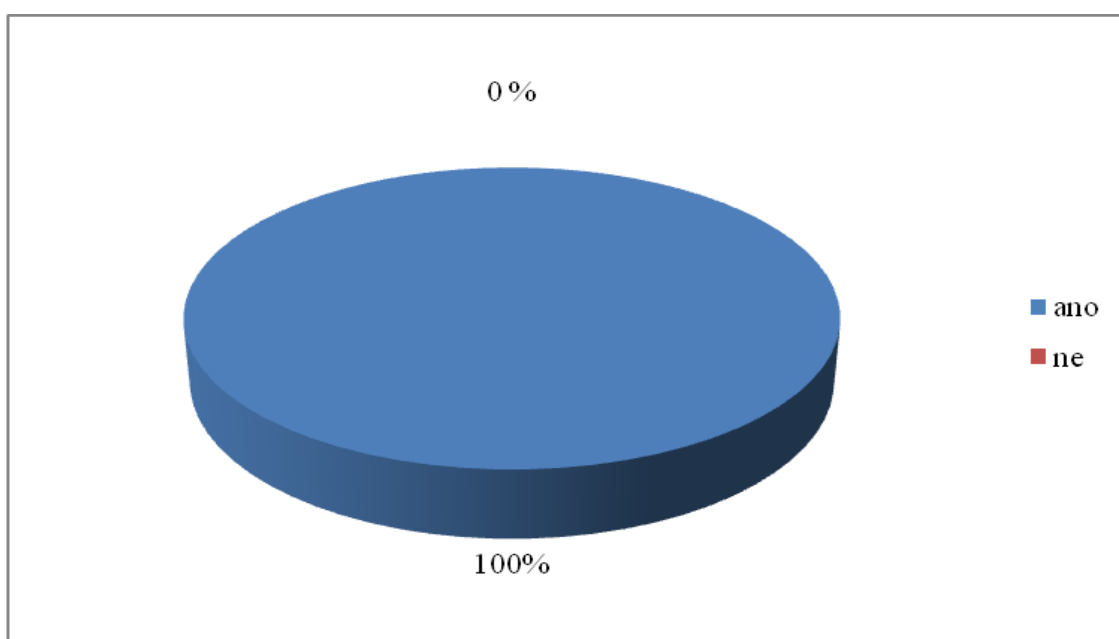


Graf 21 Délka ošetrovatelské praxe

Zde, v grafu č. 21, můžeme vyčíst délku ošetrovatelské praxe respondentů. 43,21 % je zastoupení respondentů, u kterých se délka ošetrovatelské praxe pohybuje v rozmezí 1-5 let. 6-10 let praxe je zastoupeno 14,81 % dotazovaných. 4,94 % spadá pod 11-15 let ošetrovatelské praxe a 37,04 % zvolilo odpověď jiná, kde délka praxe buď byla delší jak 15 let, nebo se pohybovala v rozmezích několika měsíců.

**Otázka č. 4 Využívání ošetrovatelského procesu při plánování ošetrovatelské péče***Tab. 24 Užívání ose procesu*

Využíváte v rámci plánování ošetrovatelské péče o pacienty formu ošetrovatelského procesu?	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
ano	81	100,00
ne	0	0,00
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

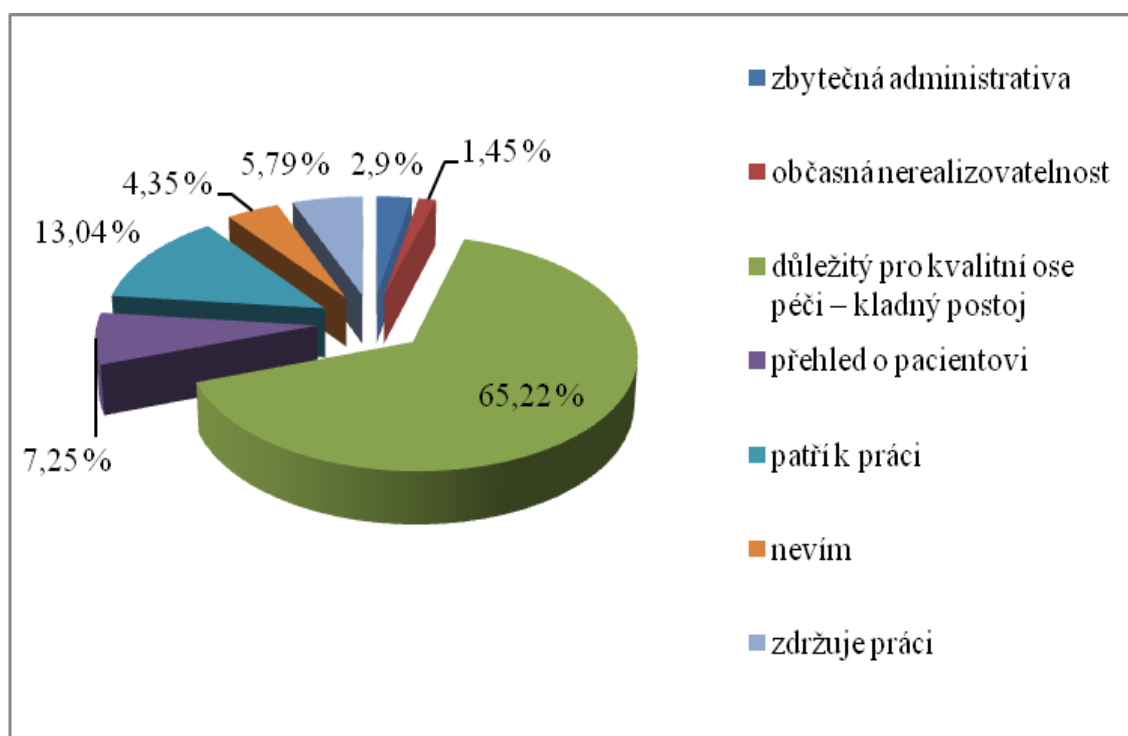
*Graf 22 Užívání ose procesu*

Na tomto grafu můžeme vidět jednoznačné a pro klinickou praxi uspokojivé vyjádření faktu, že ošetrovatelský proces je zapracovanou přímou součástí poskytované ošetrovatelské péče v průběhu plánování ošetrovatelské péče. V tomto případě 100 % dotazovaných respondentů zvolilo odpověď „ano“.

## Otázka č. 5 Názor na užívání ošetrovatelského procesu

Tab. 25 Názor na ošetrovatelský proces

Jaký je Váš názor na užívání ošetrovatelského procesu?	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
zbytečná administrativa	2	2,90
občasná nerealizovatelnost	1	1,45
důležitý pro kvalitní ose péči – kladný postoj	45	65,22
přehled o pacientovi	5	7,25
patří k práci	9	13,04
nevím	3	4,35
zdržuje práci	4	5,79
<b>Celkem</b>	<b>69</b>	<b>100</b>



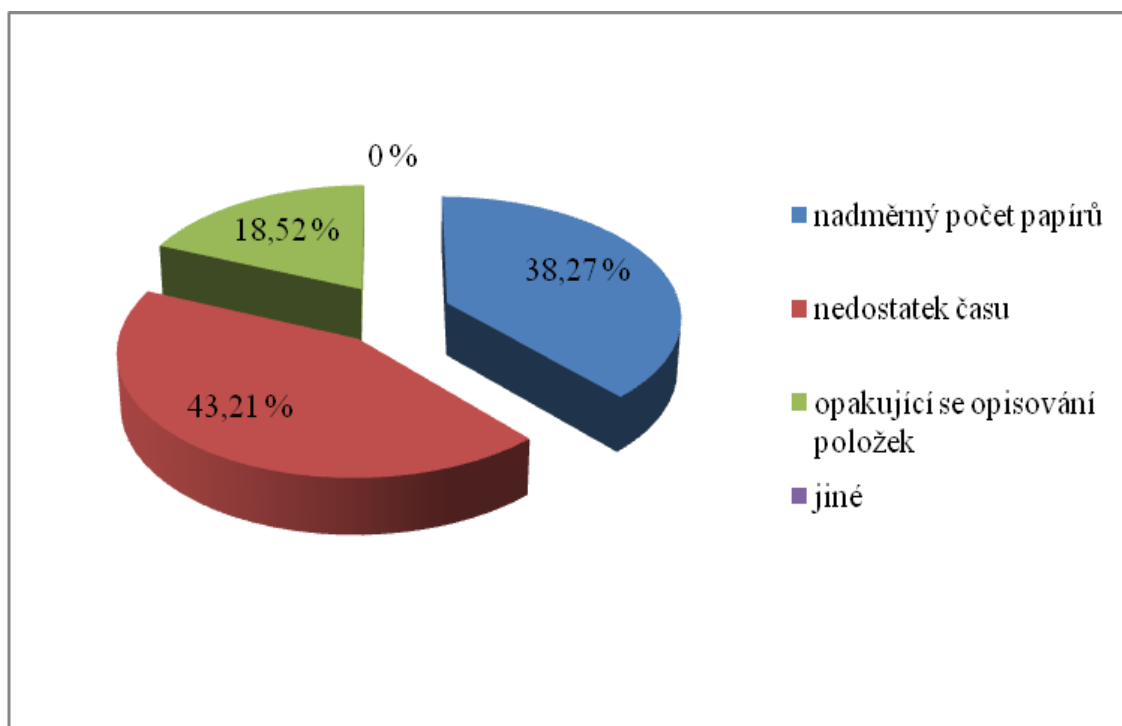
Graf 23 Názor na ošetrovatelský proces

Tento graf nám vyjadřuje názor na začlenění ose procesu v klinické praxi. 65,22 % si myslí, že je důležitý pro kvalitu péče, pro 2,9 % představuje zbytečnou administrativu. Přehled o pacientovi dává 7,25 %. Občasně nerealizovatelný je v případě 1,45 %. Přírozenou součástí práce sester je v 13,04 %, 5,79 % zdržuje v práci a 4,35% odpovědělo „nevím“.

## Otázka č. 6 Odvádějící faktory ve vedení ose procesu

Tab. 26 Odvádějící faktory ve vedení ose procesu

Co Vás nejvíce odvádí od evidence ošetřovatelského procesu?	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
nadměrný počet papírů	31	38,27
nedostatek času	35	43,21
opakující se opisování položek	15	18,52
jiné	0	0,00
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>



Graf 24 Odvádějící faktory ve vedení ose procesu

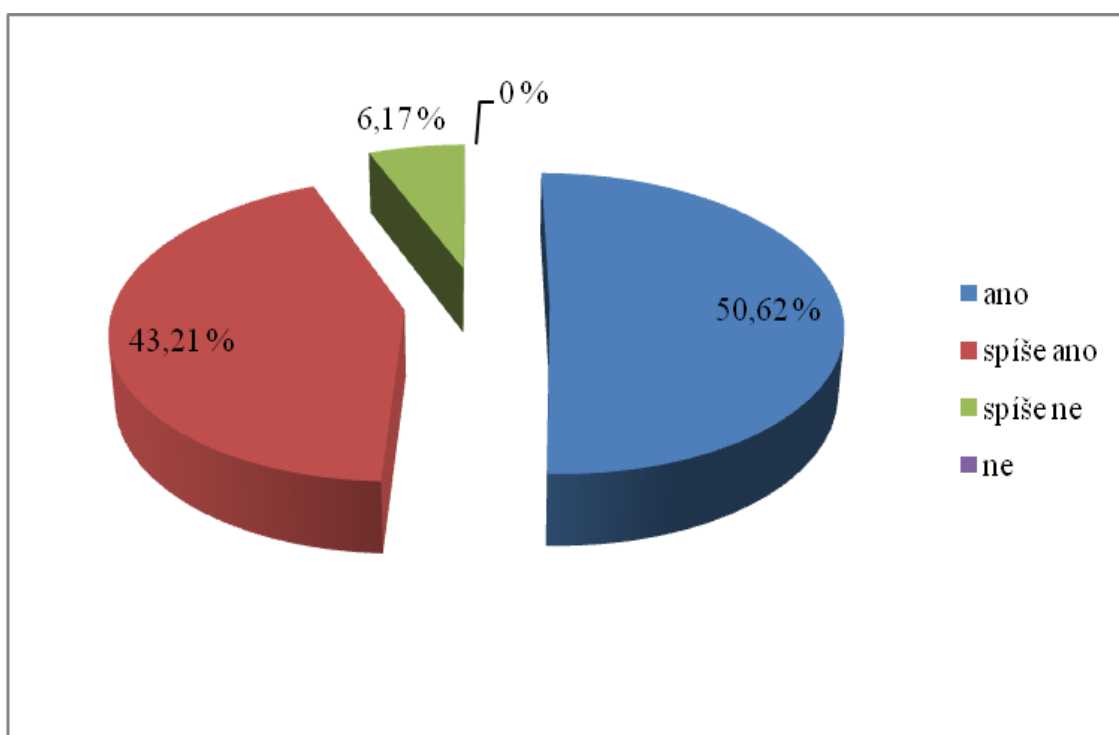
Tento graf nám zobrazuje negativní faktory působící záporný postoj sester k vedení ose procesu. Lze vyčíst, že největší vliv má časová náročnost a to v 43,21 % případů. Nadměrná administrativa je zavádějící v 38,27 %. 18,52 % je odraženo neustálým opisem položek ose procesu. K odpovědi „jiné“ se nevyjádřil žádný z respondentů.



## Otázka č. 7 Důležitost ošetrovatelských diagnóz v práci sester

Tab. 27 Důležitost ose diagnóz v práci sester

Považujete tvorbu ošetrovatelských diagnóz v práci sestry za důležitou?	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
ano	41	50,62
spíše ano	35	43,21
spíše ne	5	6,17
ne	0	0,00
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>



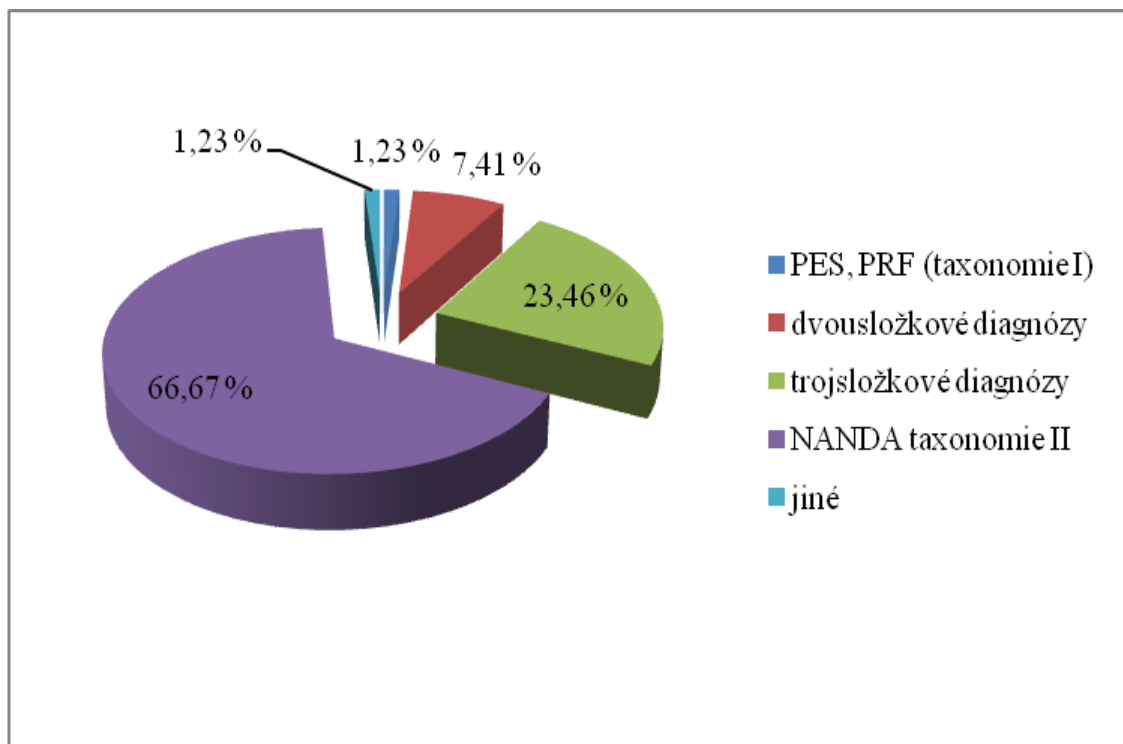
Graf 25 Důležitost ose diagnóz v práci sester

Zde lze vyčíst postoj sester k ošetrovatelské diagnostice v průběhu poskytování ose péče. 50,62 % sester se vyjádřilo, že tvorba ose diagnóz je důležitou součástí jejich práce. 43,21 % zvolilo odpověď „spíše ano“. 6,17 % zastává názor „spíše ne“ a odpověď „ne“ nezvolil žádný z dotazovaných respondentů.

## Otázka č. 8 Forma tvorby ošetrovatelských diagnóz na konkrétním pracovišti

Tab. 28 Forma tvorby ošetrovatelských diagnóz/2

Jakou formu tvorby ošetrovatelských diagnóz využíváte v ošetrovatelské praxi?	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
PES, PRF (taxonomie I)	1	1,23
dvousložkové diagnózy	6	7,41
trojsložkové diagnózy	19	23,46
NANDA taxonomie II	54	66,67
jiné	1	1,23
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>



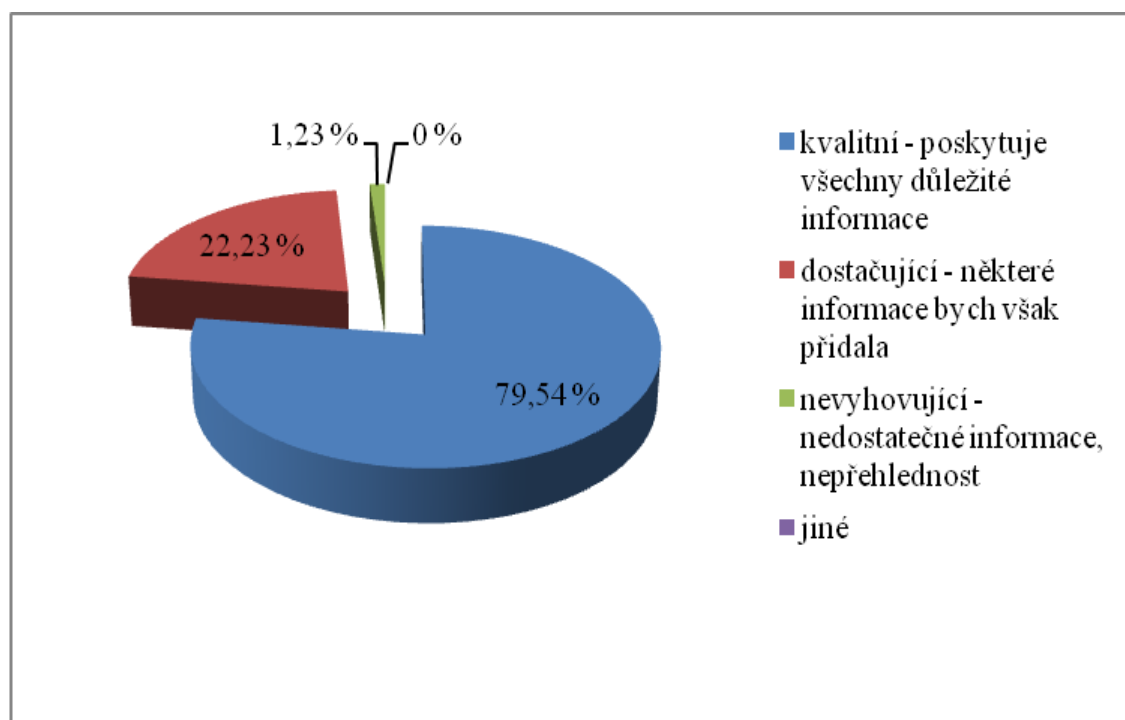
Graf 26 Forma tvorby ošetrovatelských diagnóz/2

Graf č. 26 nám vyjadřuje četnosti zastoupení jednotlivých forem tvorby ošetrovatelské diagnostiky. NANDA taxonomii II využívá 66,67 % respondentů, 23,46 % uvedlo trojsložkové diagnózy. Dvousložkové diagnózy se využívají v případě 7,41 % odpovědí. 1,23 % zastupuje diagnózy tvořené formou PES, PRF (taxonomie I) a 1,23 % respondentů vybralo odpověď „jiné“, což vyjadřovalo propojení prvků jak NANDA taxonomie II, tak i trojsložkových diagnóz.

## Otázka č. 9 Názor na užívanou ošetrovatelskou dokumentaci

Tab. 29 Názor na užívanou ose dokumentaci

Dokumentace, s níž na Vašem pracovišti pracujete, považujete, jako oporu pro tvorbu ošetrovatelského procesu, za:	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
kvalitní - poskytuje všechny důležité informace	62	79,54
dostačující - některé informace bych však přidala	18	22,23
nevyhovující - nedostatečné informace, nepřehlednost	1	1,23
jiné	0	0,00
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>



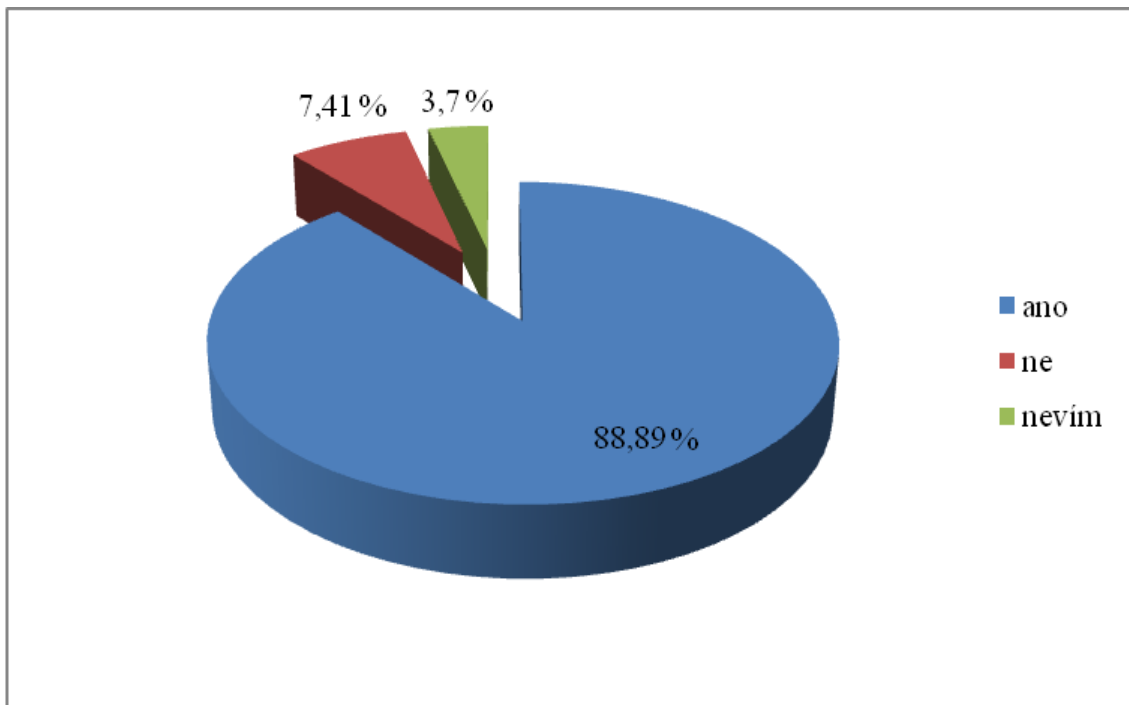
Graf 27 Názor na užívanou ose dokumentaci

Zde lze vyčíst procentuální zastoupení názorů na pracovištích užívanou ošetrovatelskou dokumentaci ze strany uživatelů – respondentů. 79,54 % považuje jejich dokumentaci za kvalitní, poskytující všechny důležité informace. 22,23 % ji vnímá jako dostačující, ale přidali by některé z informačních položek. 1,23 % se zdá nevyhovující pro práci, neposkytuje dostatek informací, nepřehledná. Možnosti „jiné“ nevyužil žádný z respondentů – 0 %.

## Otázka č. 10 Setkání s diagnostickým systémem NANDA taxonomie II

Tab. 30 Setkání s diagnostickým systémem NANDA taxonomie II

Setkal/a jste se v průběhu své praxe/studia s diagnostickým systémem NANDA taxonomie II?	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
ano	72	88,89
ne	6	7,41
nevím	3	3,70
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>



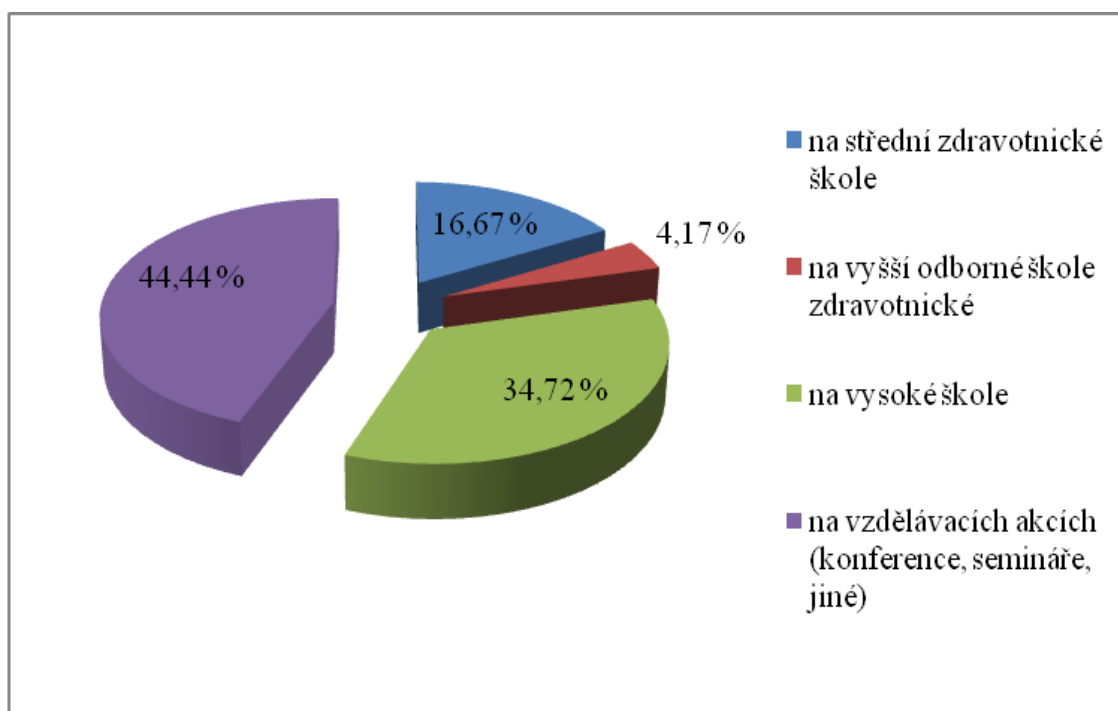
Graf 28 Setkání s diagnostickým systémem NANDA taxonomie II

Z grafu lze vyčíst, jak početná skupina respondentů se již setkala s diagnostickým systémem NANDA taxonomie II v průběhu praxe či studia. V 88,89 % se respondenti s NANDA taxonomií II. již setkali. 7,41 % se prozatím s tímto diagnostickým systémem neseťkalo a 3,7 % si není svým střetnutím s NANDA taxonomií II jistá.

## Otázka č. 11 Místo/doba setkání s NANDA taxonomií II

Tab. 31 Místo/doba setkání s NANDA taxonomií II

S diagnostickým systémem NANDA taxonomie II jste se setkal/a:	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
na střední zdravotnické škole	12	16,67
na vyšší odborné škole zdravotnické	3	4,17
na vysoké škole	25	34,72
na vzdělávacích akcích (konference, semináře, jiné)	32	44,44
<b>Celkem</b>	<b>72</b>	<b>100</b>



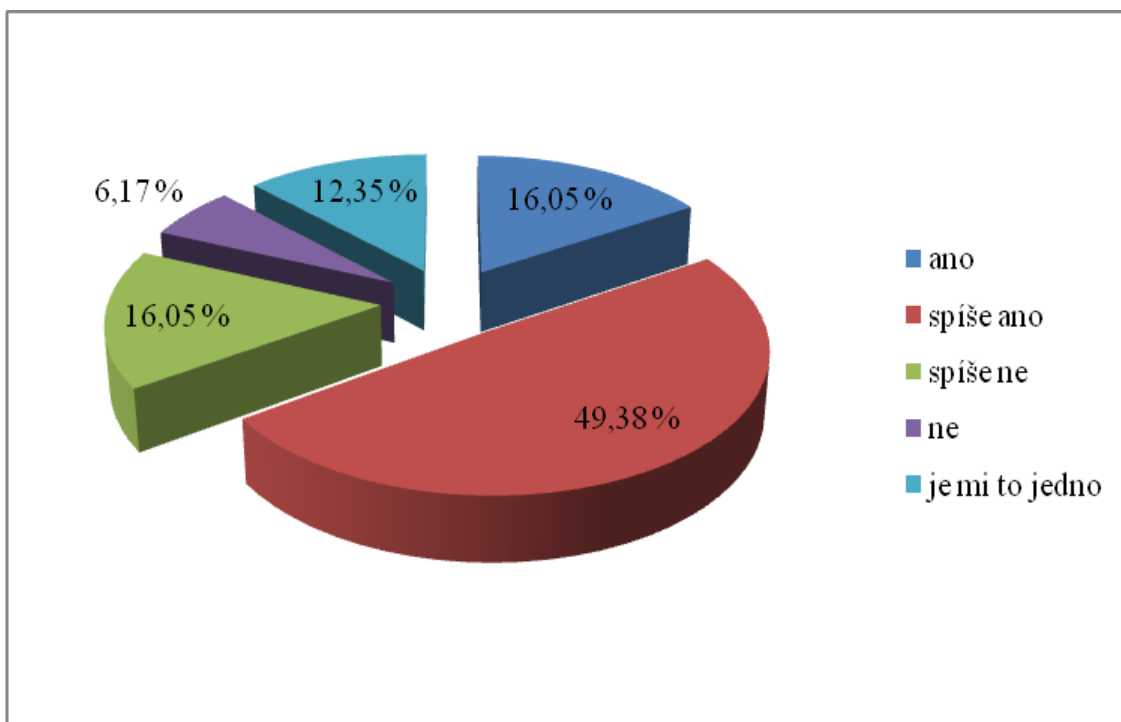
Graf 29 Místo/doba setkání s NANDA taxonomií II

Graf č. 29 je zobrazením místa/doby, kdy či kde se respondenti poprvé s diagnostickým systémem poprvé setkali. Pro 44,44 % to bylo na vzdělávacích akcích (konference, kongres, semináře, ...). 34,72 % se s NANDA taxonomií II poprvé setkalo v průběhu studia na vysoké škole. 16,67 % získali prvotní informace již během studia na střední zdravotnické škole a 4,17 % během studia na vyšší odborné škole zdravotnické.

## Otázka č. 12 Zařazení kódového systému NANDA taxonomie II do klinické praxe

Tab. 32 Zařazení kódového systému NANDA taxonomie II do klinické praxe

NANDA taxonomie II užívá číselných kódů k označení konkrétní ošetrovatelské diagnózy, což snižuje nutnost slovního opisu. Uvítal/a byste tento kódový systém v práci s Vaší ošetrovatelskou dokumentací?	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
ano	13	16,05
spíše ano	40	49,38
spíše ne	13	16,05
ne	5	6,17
je mi to jedno	10	12,35
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>



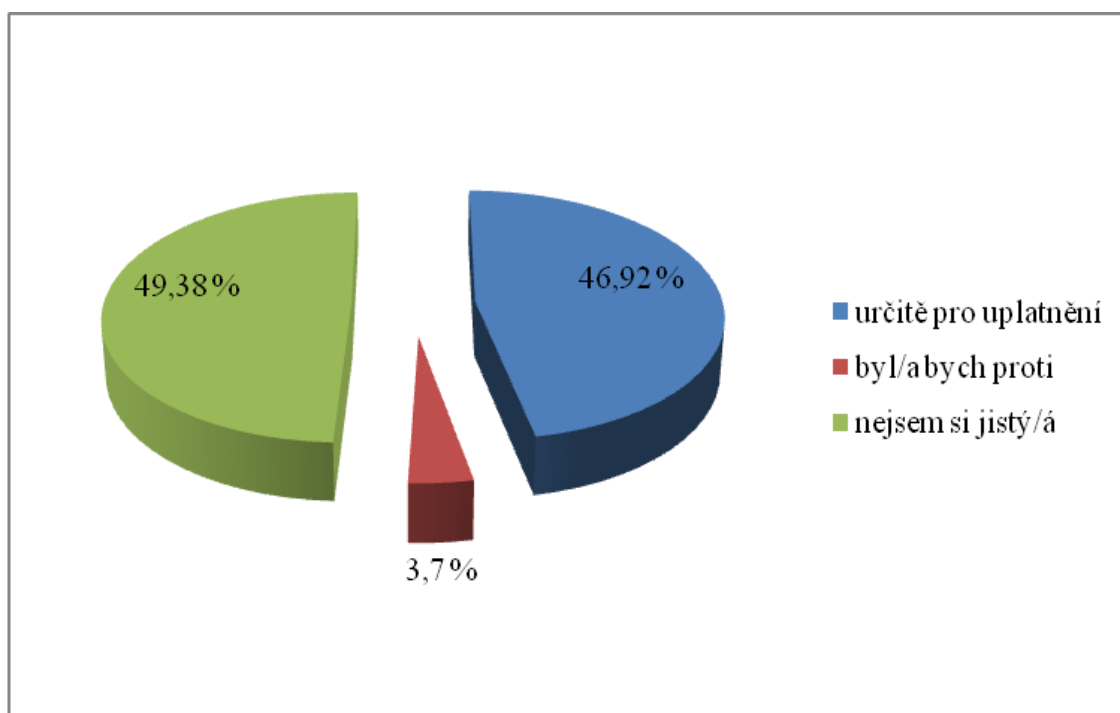
Graf 30 Zařazení kódového systému NANDA taxonomie II do klinické praxe

Tento graf je odrazem názoru respondentů na uplatnění kódového systému NANDA taxonomie II za účelem omezení slovního opisu osé diagnóz. 16,05 % dotazovaných je pro uplatnění tohoto způsobu. 49,38 % zvolilo odpověď „spíše ano“. 16,05 % zastala názor „spíše ne“. Pro neuplatnění tohoto způsobu bylo 6,17 % respondentů, 12,35 % je jedno, zda by k prosazení došlo či ne.

## Otázka č. 13 Kódový systém jako výkaz pracovních činností sester

Tab. 33 Kódový systém jako výkaz pracovních činností sester

V případě možnosti uplatnit číselné kódy diagnóz NANDA taxonomie II jako formu pro výkaz pracovních činností sester, rozhodl/a byste se:	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
určitě pro uplatnění	38	46,92
byl/a bych proti	3	3,70
nejsem si jistý/á	40	49,38
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>



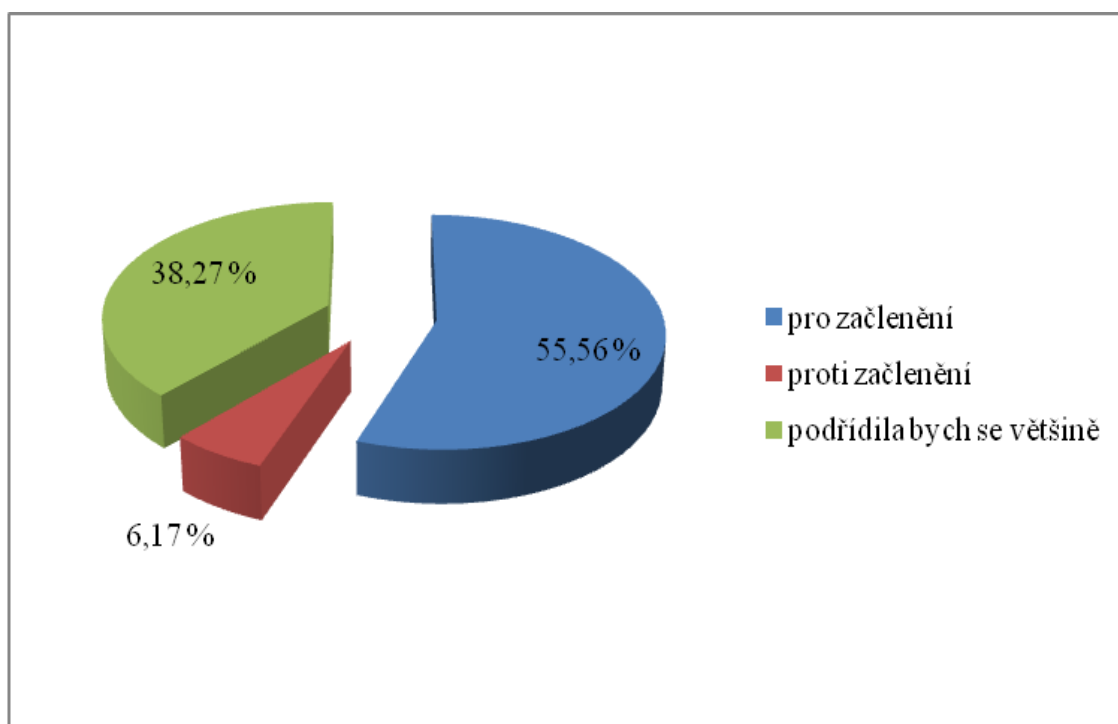
Graf 31 Kódový systém jako výkaz pracovních činností sester

Tento graf zobrazuje názor na uplatnění kódového systému NANDA taxonomie II jako formu pro výkaz pracovních výkonů sester. 46,92 % respondentů je pro uplatnění tohoto způsobu. 46,38 % si není jistá svým názorem a 3,7 % respondentů by bylo proti uplatnění kódového systému v procesu vykazování činností sester.

## Otázka č. 14 Začlenění diagnostického systému NANDA taxonomie II na pracovišti

Tab. 34 Začlenění NANDA taxonomie II na pracovišti

Kdyby byla možnost začlenit diagnostický systém NANDA taxonomie II na Vašem pracovišti, rozhodl/a byste se:	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
pro začlenění	45	55,56
proti začlenění	5	6,17
podřídila bych se většině	31	38,27
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>



Graf 32 Začlenění NANDA taxonomie II na pracovišti

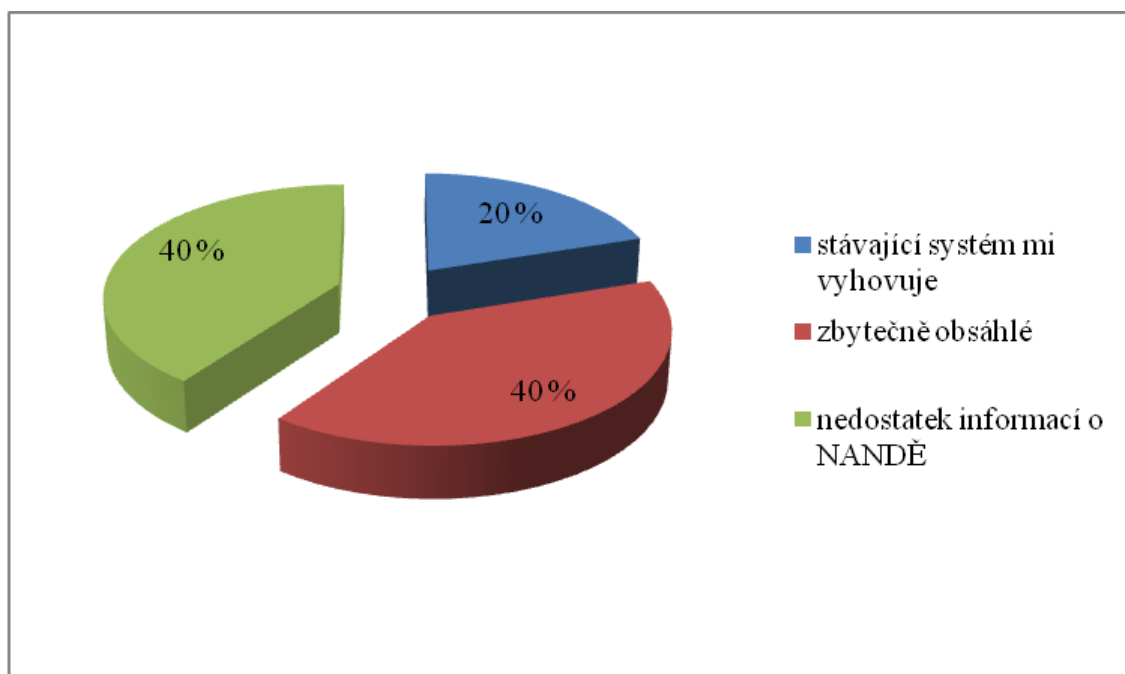
Graf č. 32 je znázorněním obecného názoru na začlenění NANDA taxonomie II do klinické praxe na pracovištích respondentů. 55,56 % by bylo pro začlenění NANDA taxonomie II, proti jejímu zavedení se vyjádřilo 6,17 %. 38,27 % respondentů by se podřídilo názoru většiny.



## Otázka č. 15 Důvody „proti“ začlenění NANDA taxonomie II

Tab. 35 Důvody „proti“ začlenění NANDA taxonomie II

Uveďte důvody „proti“ začlenění NANDA taxonomie II v praxi.	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
stávající systém mi vyhovuje	1	20
zbytečně obsáhlé	2	40
nedostatek informací o NANDĚ	2	40
<b>Celkem</b>	<b>5</b>	<b>100</b>



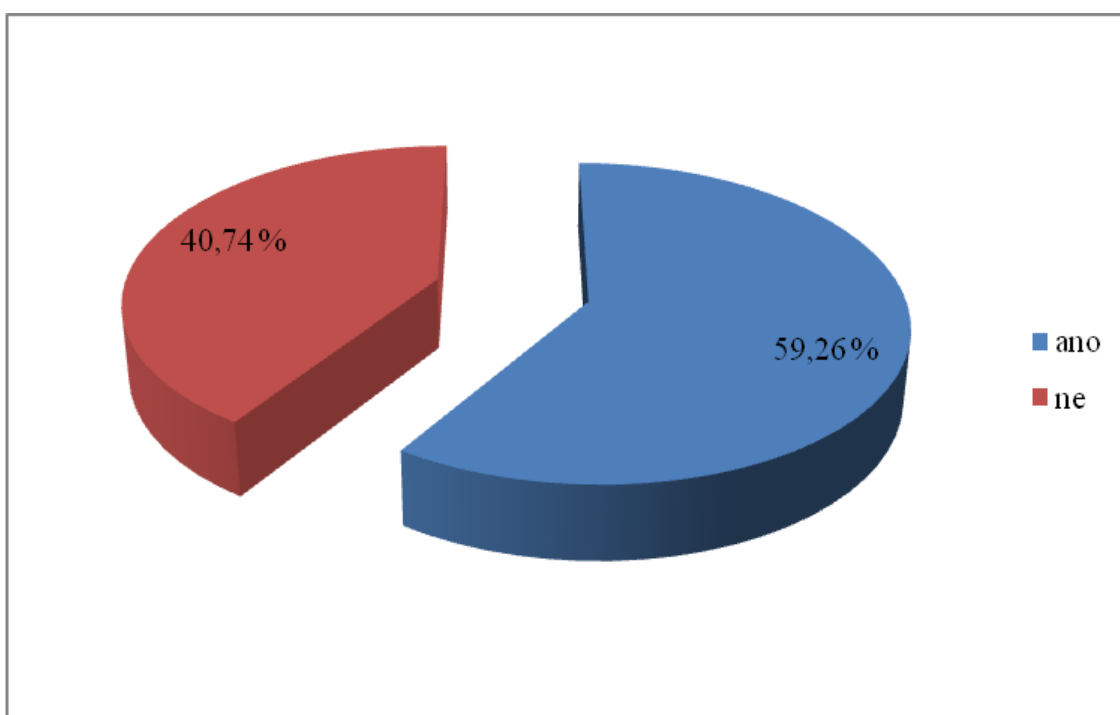
Graf 33 Důvody „proti“ začlenění NANDA taxonomie II

Graf nám procentuálně znázorňuje důvody „proti“ začlenění NANDA taxonomie II u respondentů, kteří v otázce č. 14 vyjádřili svůj negativní postoj k jejímu uplatnění. 20% z nich vyhovuje stávající systém tvorby ošetrovatelských diagnóz, proto by jej neměnili. 40% se NANDA taxonomie II zdá zbytečně obsáhlá a 40% respondentů má o NANDĚ nedostatek informací, proto se jejího začlenění obávají.

## Otázka č. 16 Možnosti zúčastnit se školení k problematice tvorby ose diagnóz

Tab. 36 Možnosti zúčastnit se školení k problematice tvorby ose diagnóz

Měl/a jste možnost zúčastnit se školení či semináře k tématice tvorby ošetrovatelských diagnóz?	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
ano	48	59,26
ne	33	40,74
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>



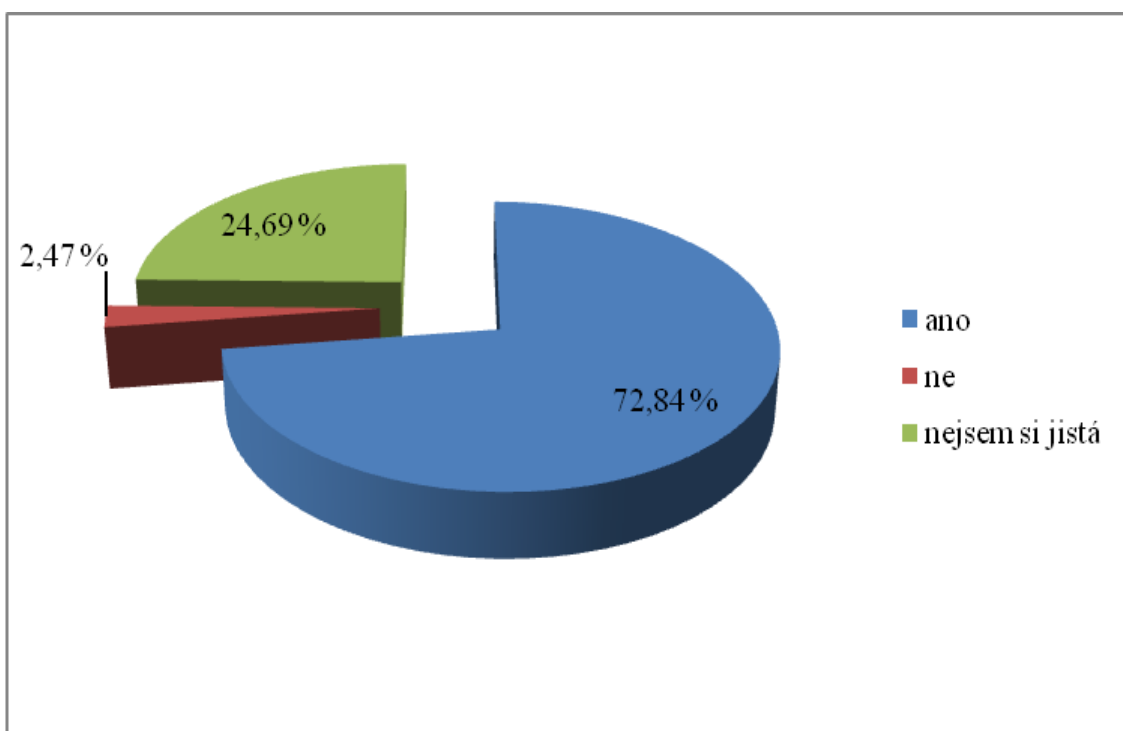
Graf 34 Možnosti zúčastnit se školení k problematice tvorby ose diagnóz

Graf č. 34 je vypovídající pro možnosti respondentů zúčastnit se školení k problematice tvorby ošetrovatelských diagnóz. 59,26 % dotazovaných tuto možnost měla, 40,74 % udává, že nikoliv. Tato odpověď se však vyskytovala převážně u respondentů, jejichž délka praxe byla kratší než 1 rok či vystupují jako brigádníci.

## Otázka č. 17 Podpora pracovištěm ve vzdělávání v ose diagnostice

Tab. 37 Podpora pracovištěm ve vzdělávání v ose diagnostice

Snaží se vedení Vašeho pracoviště podporovat zvyšování kvalifikace/odbornosti v oblasti tvorby ošetřovatelských diagnóz?	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
ano	59	72,84
ne	2	2,47
nejsem si jistá	20	24,69
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>



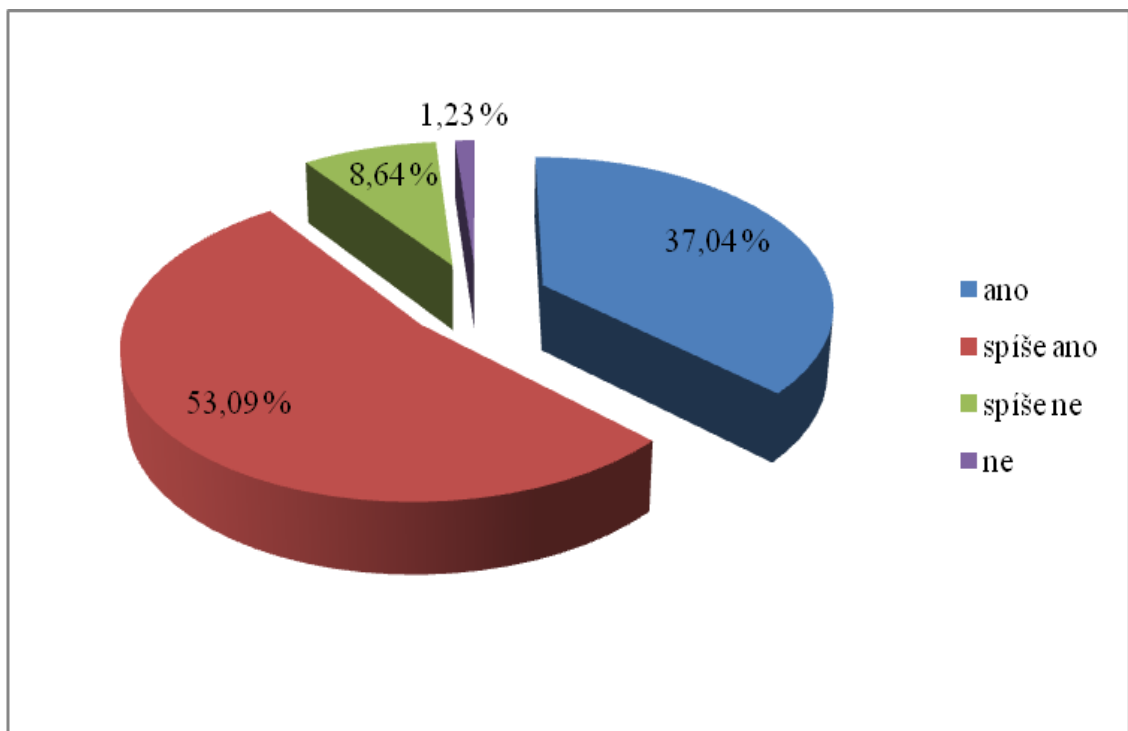
Graf 35 Podpora pracovištěm ve vzdělávání v ose diagnostice

V tomto grafu můžeme vyčíst, do jaké míry se snaží pracoviště respondentů podporovat jejich vzdělávání v ošetřovatelské diagnostice. V 72,84 % je vzdělávání pracovištěm podporováno, kdy nejčastější formou této podpory je vedení různých seminářů a školení. 2,47 % respondentů uvedlo odpověď „ne“. 24,69 % si není jistá postojem pracoviště k podpoře vzdělávání k této problematice.

## Otázka č. 18 Názor na osobní potřebu dalšího vzdělávání k problematice

Tab. 38 Osobní potřeba dalšího vzdělávání k problematice

Uvítal/a byste možnost dalšího vzdělávání v této problematice?	Absolutní hodnota (n)	Relativní hodnota (%)
ano	30	37,04
spíše ano	43	53,09
spíše ne	7	8,64
ne	1	1,23
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>



Graf 36 Osobní potřeba dalšího vzdělávání k problematice

Tento graf nám znázorňuje zájem respondentů o další vzdělávání v problematice ošetrovateľské diagnostiky. 37,04 % má zájem o další vzdělávání, 53,09 % zvolilo odpověď „spíše ano“. „Spíše ne“ zvolilo 8,64 % z dotazovaných a 1,23 % již nemá zájem o další vzdělávání. Zvolenými formou vzdělávací činnosti byly nejčastěji voleny vzdělávací akce typu kongres, seminář, konference a dále pak i odborná literatura.

### 7.3 Vyhodnocení výsledků polostrukturovaného rozhovoru s porovnáním vztahu s dotazníkovým šetřením obecné informovanosti o NANDA taxonomii II

Tato fáze praktické části bakalářské práce je odvislá ze základů kvalitativního výzkumu, přestože výchozí struktury hodnocení vychází ze sběru dat jak kvantitativně tak i kvalitativně položeného výzkumného šetření.

Proces vyhodnocení polostrukturovaného rozhovoru se odvíjel od základní činnosti kódování dat, tedy přiřčení určité kategorizace získaných údajů. Zde odpovídali pouze vedoucí pracovníci (staniční sestry), proto specifické členění ošetrovatelského týmu nebylo nutné.

Z dotazníkového šetření byla jako zástupná skupina respondentů zvolena ta část, jejichž pracovní pozice byla udána jako registrovaná zdravotní sestra (sestra bez odborného dohledu). V procesu kvalitativního posouzení poté korespondovaly jejich vyjádření, názory.

Pro vizuální vyjádření výsledků, vztahů mezi odpověďmi, byla pomocí jednoduché aplikace v Microsoft Word vytvořena tabulka, která zahrnovala toto dvojí stanovisko – ze strany vedoucího zdravotnického pracovníka a zdravotní sestry jako hlavního prostředníka poskytované ošetrovatelské péče.

Tab. 39 Kvalitativní porovnání vyjádření k NANDA taxonomii II

	<b>VEDOUcí PRACOVNÍK</b>	<b>REGISTROVANÁ VŠEOBECNÁ SESTRA</b>
<b>NÁZOR NA UŽÍVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU:</b>	<i>DŮLEŽITÝ</i>	<i>DŮLEŽITÝ</i>
<b>KVALITA UŽÍVANÉ OSE DOKUMENTACE:</b>	<i>VYSOKÁ</i>	<i>KVALITNÍ</i>
<b>POTŘEBA INOVACE OSE DOKUMENTACE:</b>	<i>NE</i>	<i>NE</i>
<b>FORMA TVORBY OSE DIAGNÓZ:</b>	<i>NANDA TAXONOMIE II + TŘÍSLOŽKOVÉ DG.</i>	<i>NANDA TAXONOMIE II + TŘÍSLOŽKOVÉ DG.</i>
<b>POSTOJ K FORMĚ TVORBY OSE DIAGNÓZ:</b>	<i>KLADNÝ</i>	<i>KLADNÝ</i>
<b>VÝZNAMNOST OSE DIAGNÓZ V PRÁCI SESTRY:</b>	<i>ANO V PRAXI JE NUTNOSTÍ</i>	<i>ANO ROZVOJ OSE TO VYŽADUJE</i>
<b>SETKÁNÍ S NANDA TAXONOMIÍ II BĚHEM PRAXE/STUDIA:</b>	<i>ANO PRAXE</i>	<i>ANO PRAXE/STUDIUM</i>
<b>ZÁJEM O ZAVEDENÍ NANDA TAXONOMIE II NA PRACOVIŠTI:</b>	<i>ANO JIŽ S NÍ PRACUJÍ</i>	<i>SPIŠE ANO JIŽ S NÍ PRACUJÍ</i>

<b>MOŽNOSTI VE VZDĚLÁVÁNÍ K PROBLEMATICE OSE DIAGNOSTIKY:</b>	<i>ANO ŠIROKÁ NABÍDKA</i>	<i>ANO SEMINÁŘ/ŠKOLENÍ</i>
<b>POTŘEBA DALŠÍHO VZDĚLÁVÁNÍ V PROBLEMATICE NANDA TAXONOMIE II:</b>	<i>ANO UDRŽOVAT NABÍDKU STÁLE AKTUÁLNÍ</i>	<i>SPÍŠE ANO VZHLEDEM KE STÁLEMU VÝVOJI</i>
<b>UPLATNĚNÍ KÓDOVÉHO SYSTÉMU NANDA TAXONOMIE II V PRAXI VE PROSPĚCH ZDRAVOTNÍKŮ:</b>	<i>SPÍŠE ANO POKUD SE JEDNÁ O ZKVALITNĚNÍ A ZVÝHODNĚNÍ PRÁCE ZS</i>	<i>SPÍŠE ANO V PŘÍPADĚ VÝKAZU ČINNOSTÍ KÓDY JE NEJISTOTA</i>

Tabulka č. 38 je kvalitativním zhodnocením/porovnáním postoje dvou konkrétních skupin zdravotnických pracovníků, vedoucí pracovníci (staniční sestry) versus registrované zdravotní sestry, na konkrétní oblast zájmu – NANDA taxonomie II, kdy cílem bylo zjistit, zda názory obou skupin spolu korespondují či jejich stanovisko v dílčích oblastech nezaujímá výrazné diference, což by samozřejmě z hlediska správné funkčnosti oddělení, případně pracoviště jako celku, nebylo příznivé jednak v oblasti jeho samotného rozvoje, jednak ze strany ošetrovatelské péče vzhledem k nesourodosti a nenávaznosti myšlenek v průběhu jejího poskytování.

Z přehledu lze vyčíst, že názory zastupujících stran se významně neliší a v podstatě obě zastávají obdobné stanovisko. Minimální rozdíly se objevily pouze v určitých případech, avšak celkový výsledek to významně neovlivnilo, co se týká positivity či negace.

Kvalitu pracovištěm užívané ošetrovatelské dokumentace hodnotili vedoucí pracovníci jako vysokou, vzhledem k její nedávné inovaci a snaze vyhledat chybějící články dokumentace, nehledě na začlenění prvků NANDA taxonomie II v diagnostické listině, obnově edukačního záznamu. Zdravotní sestry dokumentaci sice vnímají jako kvalitní, avšak již cítí přemíru informací, které nejsou schopny do své práce často zahrnout. Další rozdílnost se objevovala v otázce formy tvorby ose diagnóz. Přestože odpověď nakonec vyplynula jako stejná, mnoho sester si neuvědomovalo, že v jejich dokumentaci jsou již zařazeny diagnózy NANDA taxonomie II, vzhledem k tomu, že jisté kódování diagnóz užívali již předtím. Ve významu ose diagnóz zaujímalý sestry spíše postoj jakéhosi nuceného spisování problémů klienta, přestože jsou si jejich místem v ose péči vědomy. S NANDA taxonomií II se většina staničních sester setkala v průběhu praxe vzhledem k zastávání jejich funkce na základě délky praxe, zatímco část sester měla možnost jejich prvotního setkání již v dobách studia, především na vysokých školách. Potřebu dalšího vzdělávání v problematice NANDA taxonomie II vyjadřují sestry opatrněji vzhledem k dalším časovým náro-

kům, přesto jsou ochotny podrobit se vzdělávání vzhledem ke změnám a pokrokům v ošetrovatelské diagnostice, které navíc jejich pracoviště následuje a podporuje. Vedoucí pracovníci jsou pro otevřenost nabídek dalšího vzdělávání tak, aby každý vybíral dle formy sebevzdělávání, která je mu více nakloněna. Názor na zastoupení kódového systému ve prospěch zdravotnických pracovníků byl vyjádřen s opatrností vzhledem k tomu, že neexistují předchozí zkušenosti s tímto způsobem práce, především v procesu vykazování pracovních činností sester pro pojišťovny, jako forma reflexe kvality poskytované ošetrovatelské péče, její ucelenosti a také jako odraz profesní odbornosti sestry. Postoj však nenabyl negativního náhledu.

## 8 DISKUSE

Tematické zaměření práce bylo výzvou zaměřit se na ověření účelnosti NANDA taxonomie II vycházející z praxeologicky ověřených poznatků v poskytování ošetrovatelské péče na podkladech diagnostickým systémem vedené klasifikace ošetrovatelské problematiky pacienta. NANDA – International je historicky dlouholetou komponentou ošetrovatelství, která však na našem území začala aktivně působit relativně nedávné době, navíc proti dobře fungujícímu systému práce, což její expanzi na poli českého zdravotnictví nijak neusnadňovalo. Přesto týmy zahraničních, především amerických, odborníků věnují značnou pozornost její osvětě, čemuž odpovídá i množství publikací opírajících se ve svém obsahu o poznatky jakkoli souvisejících s NANDOU.

Literatura, kterou jsem měla k dispozici, se z velké většiny odvíjela právě od těchto zahraničních publikací a to v originálních vydáních, jelikož jejich překlady pro nás bohužel zatím vytvořeny nebyly. Přesto byla možnost zařídit si tyto výtisky přes knihovniční či internetové služby, a získat tak kvalitní a rozsáhlý podklad pro studium. Avšak díky nepřetržitému vývoji a požadavkům, které jsou v dnešní době podmětem dalšího studia, se lze opřít o některé publikace českých či slovenských autorů.

Směrodatné pro mou práci bylo vytvořit si určitý teoretický podklad na základě studia dostupných materiálů, na němž bych mohla odvíjet svou další činnost, jež směřovala především dvěma směry. Prvním z nich je určit příčinu problematického začlenění NANDA taxonomie II do klinické praxe, druhým je soustředit se na dílčí komponenty taxonomického celku a nalézt vhodný a aplikovatelný způsob využití těchto prvků na poli ošetrovatelské diagnostiky, dokumentace a současně ošetrovatelského procesu. K tomuto účelu byly stanovené dílčí cíle a hypotézy, jež byly v průběhu prakticky vedené bakalářské práce plněny a vyhodnocovány.

### ***Cíl 1: Určit míru ochoty zdravotnických pracovníků přijmout NANDA taxonomii II v klinické praxi.***

Cíl, jenž nám vyjadřuje míru ochoty přijmout diagnostický systém NANDA taxonomii II v klinické praxi v případě jejího působení na daném pracovišti, byl stanoven zejména za potřebou zjistit či vytvořit předpoklad reakce zdravotních sester na tuto situaci. Pokud by totiž odezva byla kladná ještě v době před samotnou implementací, můžeme očekávat



téměř s jistotou bezproblémovou spoluprací zaměstnanců v procesu aplikace taxonomické struktury ve složkách jejich práce. V opačném případě by to znamenalo zvýšit motivační činnost a intervenci na straně vedení, hledání ideálního způsobu jejího začlenění.

Na základě zanalyzování dat výzkumného šetření jako komplexu vzešla v této otázce kladná odezva, přestože byl očekáván spíše skeptický pohled na věc. Jak zdravotníci, tak i studenti zdravotnických oborů vyjádřili ochotu přijmout NANDA taxonomii II v klinické praxi. Dotazovaní zdravotníci z vybraného pracoviště již s NANDOU pracují, tedy jejich názory vycházely ze současné zkušenosti a byly odrazem postoje ke směru práce, které se pracoviště rozhodlo přijmout jako způsob své práce. Byl-li vyjádřen negativní pohled na implementaci taxonomie II, vyplýval zejména z důvodu nízké míry informovanosti či nepřítomnosti předešlé zkušenosti. Celkové výsledky však mluví ve prospěch NANDY čili i pracoviště, které se snaží pojmout náhled na potřeby klienta/pacienta opravdu komplexním způsobem.

Pokud nahlédneme na konkrétní čísla, z prvního hodnoceného dotazníku, kde respondenti vyjadřovali právě svou ochotu postavit se ve prospěch NANDA taxonomie II, připadlo 42,35 % na odpověď „ano“, včetně respondentů odpovídajících „spíše ano“ v případě 38,83 %. Druhý dotazník čítal 55,56 % kladných tvrzení a 38,27 % by se podřídila většině.

NANDA taxonomie II je zdravotnickou společností vnímána stále jako novinka, tedy i přestože NANDA samotná má svou dlouholetou historii. Jako pozitivum vnímám fakt, že řada studentů je ochotna převzít ji za svou v případě potenciálu jejich budoucího zaměstnavatele směřovat tímto směrem či v budoucnu své poznatky budou schopni uplatnit, proto vyhlídky rozvoje ošetrovatelské diagnostiky nemusí být pouze otázkou stagnace, ale také dynamického procesu, záleží na iniciativě, s jakou se všichni potenciální edukátoři budou ochotni do procesu implementace zapojit a vynaložit.

### ***Cíl 2: Zjistit rozsah povědomí zdravotnických pracovníků o NANDA taxonomii II***

Na základě teoretických znalostí se principiálně vychází vždy, jestliže chceme vytvářet koncepcie tematického využití předností té či oné problematiky, jestliže má dosáhnout ve svém důsledku viditelného výsledku s dopadem na stávající průběh způsobu vedení práce pracovišť.

Rozsah povědomí o NANDA taxonomii II je základním podmětem k pozitivnímu pohledu zdravotnických pracovníků na tuto problematiku a případné ochotě přijmout taxonomii v klinické praxi, jelikož nevědomost je ve většině případů rovna nejistotě a nedůvěře, což značně ovlivňuje jejich budoucí přístup k podpoře diagnostických systémů, což mě vedlo ke stanovení tohoto cíle. Laxnost, s kterou je občas nahlíženo na proces změny a inovace ve zdravotnické praxi, s sebou přináší četné otazníky, na něž si vedoucí pracovníci, pokud chtějí dosáhnout uspokojivých výsledků, musí nalézt správné a jasné odpovědi, na nichž budou stavět další strategii.

K dosažení tohoto cíle bylo využito současně několika otázek výzkumného šetření, kdy základními údaji byl počet respondentů, jíž s NANDA taxonomií II již přišli do styku (ano: 98,82 % - dotazník 1; dále jen D1, 88,89 % - dotazník 2; dále jen D2) a místo setkání. Zvláště zde bylo dosaženo částečně očekávaných, částečně překvapivých výsledků, kdy k prvotnímu setkání došlo v 60 % (D1) a 30,86 % (D2) na vysoké škole, což potvrzuje **hypotézu č. 2 (Možnost setkat se s NANDA taxonomií II mají v 85 % případů zejména studenti či držitelé vysokoškolského titulu)** v případě součtu obou získaných hodnot. Přesto je z mého pohledu kladně brán rovněž fakt, že velká část procentuálního zastoupení připadla též na vzdělávací akce, což je velmi významná informace, jelikož není-li prioritním místem edukace zdravotně-školský systém, měla by existovat alternativní cesta kompenzace jinou formou, a právě tento způsob byl respondenty zvolen jako nejadekvátnější, čili pro nás to znamená podporovat tento směr sebevzdělávání, protože je sestřám lépe dostupný, ale jimi také očekávan jako cesta přenosu informací v širokém tematickém zaměření, tedy obsahově i na ošetrovatelskou diagnostiku a diagnostické systémy jako takové.

Zdravotníci si uvědomují nutnost zvyšování povědomí o nových poznacích v oboru (80 %) a vzdělávání se nebrání (90,13 %), ale mají svá kritéria vedoucí ke zpětné reflexi k jejich prospěchu. Myslím tím konkrétně např. kreditně ohodnocené formy celoživotního vzdělávání. Ze své strany tento požadavek sice pochopit dokážu, avšak nemyslím si, že by jednorázová přednáška, seminář či podobné akce měly teoreticko-praktický dopad na zrovna tak široce specifikované téma, pokud by se pojednávalo o fázi přímé implementace NANDA taxonomie II do klinické praxe, kde máme zájem jednak o vybudování či rozšíření teoretického základu, tak i na schopnosti využít logické posloupnosti v řešení ošetrovatelsko-diagnostické problematiky s následnou správnou administrativní činností využívajících předností NANDA taxonomie II. Avšak tohoto lze kvalitně využít v procesu udržování bazálního povědomí o existenci diagnostického systému.

Rovněž jsem se zaměřila na rozsah a způsob podpory zaměstnavatelem ve snaze zvýšit odbornost a kvalitu ošetrovatelské péče v kooperaci s vedením ošetrovatelského procesu, což jednoznačnou kladnou odpovědí stvrdili respondenti v případě 72,84 %. 59,26 % se přitom zúčastnilo školení k ošetrovatelské diagnostice zorganizované pracovištěm, přičemž neproškolení pracovníci zastávali pozice studentů či zdravotnických asistentů.

Obecně vzato si myslím, že zdravotníci dnešní doby, ač na mnohé předsudky, jsou již dobře informováni o NANDA taxonomii II a v případě nutnosti jsou schopni buď přímo aplikovat své vědomosti či případně na svých nabytých znalostech alespoň stavět, a minimalizovat tak pocit neznámých novotvarů, které rády vytváří negativistické postoje a striktní názory z předčasného smýšlení a tvoření závěrů.

### ***Cíl 3: Definovat faktory působící stagnaci v implementaci NANDA taxonomie II do klinické praxe.***

Definovat faktory působící stagnaci v implementaci NANDA taxonomie II do klinické praxe je výchozím kritériem, jak určit způsob eliminace negativních vlivů, stanovit si strategický plán vedoucí ke změně vnímání a přístupu k této verzi diagnostického systému. Existuje-li v naší zdravotnické komunitě problém v začleňování taxonomie, vyjma těch pracovišť, které již prokázaly snahu s ní pracovat a vhodně jejích předností využívat, je pro nás potřebné tyto faktory zjistit, jelikož vychází z názorů a potřeb zdravotnických pracovníků vzhledem k délce praxe a zkušenostem s vedením ošetrovatelského procesu a ošetrovatelské diagnostiky samotné.

Z mého pohledu vyplývají stagnační faktory především z nedostatečné informovanosti zdravotnických pracovníků o NANDA taxonomii II, přičemž jsem tuto domněnku podložila stanovením ***hypotézy č. 1 (Příčina problematiky začlenění NANDA taxonomie II do klinické praxe je ze 70 % způsobena nedostatečnou informovaností zdravotních sester)***, která se ve výsledné rovině nepotvrdila, vzhledem k poměru výpovědí vyjadřujících důvody proti začlenění NANDA taxonomie II, jelikož 40% se přiklonilo k nedostatečné informovanosti, 40% se zdá tento diagnostický systém příliš obsáhlý a 20 % vyhovuje stávajícímu systému, s nímž pracují (tříložkové diagnózy). Přesto se otázka řešení nedostatečných znalostí v problematice stále nabízí. Z osobního pohledu si nemyslím, že by materiální podmínky ke studiu či nabídka vzdělávacích akcí byla zúžená. Spíše se dnes mění postoj k sebevzdělávání, kdy se zdravotníci cítí v časové tísní, která se podílí na snižování zájmu

o další aktivity, které by navíc nemusely přinést osobní užitek, čili neměly by dopad na osobní růst zdravotníka.

Zvýšit motivaci zdravotníků přijímat novinky v oboru je prioritním východiskem v řešení této situace. Najít vhodný způsob, jenž by pojal jejich představy, zvláště pokud na NANDA taxonomii II nahlíží z periferie, je zatěžko. Respondenti uvádějící zájem o další vzdělávání uvedli jako vhodné formy dalšího vzdělávání konference, kongresy, semináře, tedy převážně aktivity kreditně ohodnocené, aby měli alespoň minimální pocit reflexe jejich snahy. Mimo tyto akce bych stála za myšlenkou minimálně 1 x ročně pracovištěm uspořádat seminář či školení o ošetrovatelské diagnostice, ose procesu a jejich vedení v dokumentaci s představením a zdůrazněním nejčastějších chyb, změn, apod., včetně novinek v těchto tematických okruzích.

Jako součást práce byl vytvořen edukační materiál k NANDA taxonomii II zahrnující základní terminologii a způsob tvorby ošetrovatelských diagnóz, jejich výčet dokončený k roku 2002. Cílem materiálu není navést a naučit zdravotní sestry ošetrovatelské diagnózy opisovat dle stanovených kritérií a hledat nepatřičné problémy pacienta, ale naučit je vnímat podstatnou stejnorodost s třísložkovými diagnózami či formátem PES a PRF, aby si uvědomili, že jediným neměním se kritériem je název a kód diagnózy. Zbývající část vytváří dle stávajících zvyklostí, což znamená, že nové diagnostické systémy nevynášejí rapidní změny v tvorbě ošetrovatelských diagnóz a plánování ošetrovatelské péče, ale pouze rozvíjí dosavadní poznatky s cílem reflektovat na zjištěná negativa s nabídkou jejich řešení. Domény nám sice pojímají komplex osobnosti jedince, abychom si byli schopni dílčí celky uvědomit a neopomenout na některou oblast lidského zdraví, neznamena to však nutnost přítomnosti problému v každé z nich. Navíc využitím kódového systému lze ušetřit čas, který sestry tolik tíží. Pochopením právě těchto základů si myslím, že by se onen negativně zastřený pohled dal alespoň částečně zmírnit.

#### ***Cíl 4: Vytvořit strategický návrh pro přijetí NANDA taxonomie II***

Hledání strategie v postupu podpory změny názoru a začlenění NANDA taxonomie II v klinické praxi je velmi obtížné vzhledem k individuálnosti každého případu a nárokům jedinců, které jsou navíc obrněny určitou osobní předpojatostí, zatvrzelostí, přesvědčením, avšak můžeme se zde opřít o jakési kolektivní očekávání, u něhož lze vycházet z vlastních zkušeností s předpokladem obdobného toku myšlenek v rámci oborového zaměření, přesto

nepomíjíme diferenciaci zastoupených skupin zdravotnických pracovníků, respektive respondentů, včetně jejich osobního profilu, kam můžeme řadit např. délku praxe, stupeň dosaženého vzdělání, místo studia aj.

Pokud mají zdravotničtí pracovníci přijmout NANDA taxonomii II jako celek, bude třeba nejdříve vytvořit podklad teoretického základu a poté po tematických částech podávat jejich pro a proti v efektivnosti práce s dopadem na osobní prospěch jak sestry, tak i pacienta. Jestliže zvládneme obhájit význam jednotlivých oblastí, struktur NANDA taxonomie II, jejich následné scelení a klinické uplatnění by již nevynášelo nutnost tak vysoké míry edukátorovy intervence, ale v podstatě by v této fázi již nabízel pouze konzultační oporu – dohlížet, kontrolovat, reagovat na připomínky, dotazy, apod.

Postupy řešení jsou prakticky rozebrány v ostatních bodech diskuse, kde se zaměřuji na konkrétní problém související s NANDA taxonomií II, tedy řešení problematiky informovanosti zdravotnických pracovníků v této oblasti (cíl 2, 3). Má reakce vyplynula z reflexe samotných respondentů, jež jsou nakloněni vzdělávací složce v podobě celoživotního vzdělávání (konference, semináře, kongresy, ...), dále bych aktivizovala středoškolské stupně vzdělávání studijního programu ošetrovatelství s alespoň minimální snahou nástinu této formy ošetrovatelské diagnostiky, pokud se jí nechce striktně věnovat. Nakonec doporučení školení zdravotnického personálu 1 x ročně k problematice ošetrovatelské dokumentace, nejčastějších chyb, způsobech vedení, novinkách v ošetrovatelské diagnostice aj. Efektivnost kódového systému při jeho vhodném způsobu aplikace (cíl 5) s následným doporučením metodického zpracování jeho využití, přímé využití na objektivních příkladech (navržená ošetrovatelská dokumentace, způsob výkazu ošetrovatelských činností). V bodě hodnocení navržené ošetrovatelské dokumentace jsem se zaměřila na názorné vyjádření zbývajících základních principů NANDY taxonomie II – domény, třídy, role modelu Marjory Gordonové – především u těch položek, jejichž přítomnost v ošetrovatelské dokumentaci zůstala nepochopena, a tudíž na ni ulpěla záporná odezva.

***Cíl 5: Poukázat na možnosti praktického uplatnění kódového systému NANDA taxonomie II v efektivitě práce zdravotnického pracovníka.***

NANDA – International se uchýlila k revizi taxonomie II z důvodu nízké míry její klinické využitelnosti a to v několika parametrech. Nově přichozí taxonomická struktura se snažila odstranit jak tyto chybné formule, tak přinesla prvky nové či rozvinula a zdokonalila prvky

stávající. Právě dokončení myšlenky kódového systému ošetrovatelských diagnóz věnovala organizace značnou pozornost, jelikož jej chtěla dotlačit na úroveň nejen mezinárodní, ale též celosvětové komunikace mezi zdravotnickými institucemi tak, aby zdravotníci stáli vždy na straně zvýhodnění, čili měla by přinést prospěch jejich práci.

Řazení diagnóz pod záštitou číselného kódu má mít pro zdravotnický personál dva významné cíle stanovené NANDA – I. První je minimalizovat riziko záměny ošetrovatelské diagnózy, dále pak vytvořit onu komunikační linku mezi zdravotnickými institucemi tím směrem, že bude fungovat obdobně jako systém lékařské diagnostiky s možností vykazovat významné a specificky odborné ošetrovatelské úkony pojišťovně s očekávanou zpětnou odezvou, což by následně mohlo mít dopad jak na rozdělování kompetencí pracovníků, tak i na zvýšení pozornosti zdravotnických pracovníků v sebevzdělávacích aktivitách a odbornosti jako takové. Na tento směr využití byla stanovena **hypotéza č. 3 (Sestry by kódový systém v praxi z 95 % uvítaly, jestliže by z něj pramenily profesní výhody)**. Výsledky, které vynesla otázka č. 13 dotazníku č. 2 k obecné informovanosti o NANDA taxonomii II, by vesměs mluvily ve prospěch tohoto využití, byla – li by jeho podstata správně a vhodně uvedena, aby nabrala přesvědčivosti. Tedy mluvíme – li v konkrétních číslech; 46,92 % respondentů by jednoznačně hlasovala pro uplatnění kódového systému tímto způsobem, 3,7 % se jasně vyjádřila svým negativním stanoviskem. Významnou úlohu zde má 49,38 % dotazovaných, kteří svůj názor vyjádřili variabilní odpovědí (nejsou si jisti), proto bude potřeba vhodnou intervenční činností typu jednoduché osvěty či grafického – materiálního zpracování pro možnost vizuální opory. Hypotéza jako taková se co do procentuálního zastoupení nepotvrdila vzhledem k vysoké míře respondentů nestranného zaměření. Byla – li by intervence vůči nim úspěšná, hypotéza by ve svém konečném důsledku potvrdila.

Z mé strany bylo snahou zainteresovat kódový systém v návaznosti na navrženou ošetrovatelskou dokumentaci ve smyslu zobrazení sníženého výskytu nutnosti slovního opisu názvu ošetrovatelské diagnózy v případě užití diagnostického kódu, jež je mezinárodně sjednocený. Tato reakce vyplynula z odpovědí v dotazníku, kdy respondenti na otázku č. 4 dotazníku (D1) a otázku č. 6 dotazníku 2 (D2) odpovídali, že nejčastěji je od evidence ošetrovatelského procesu odvádí nadměrná administrativa (51,76 % - D1; 38,27 % - D2), nedostatek času (30,59 % - D1; 43,21 % - D2), opakující se opisování položek (17,65 % - D1; 18,52 % - D2). Přesto 2,35 % respondentů postrádalo v plánu péče slovní název diagnózy. Nemyslím si však, že by má reflexe na tuto připomínku měla ústít k opětovnému začlenění

slovního opisu ošetrovatelské diagnózy, protože bych jednak slevila ze svých představ, jednak bych reagovala na poznámky člověka, který léta tento opis používá, nevyhovuje mu, brzdí jej v práci a redukuje jeho časový prostor, avšak v závislosti na zvyku není schopen přijmout jemu uzpůsobenou alternativu. Proto se domnívám, že takto zasazená aplikace byla správná a k vyhodnocení efektivnosti by byl zapotřebí delší časový průběh.

V otázce 12 dotazníku č. 2 pojednávající o zájmu o kódový systém v práci s ošetrovatelskou dokumentací právě za účelem snížení slovního opisu jsem dosáhla těchto výsledků: 16,05 % by uvítala takovouto možnost práce, 49,38 % se vyjádřilo odpovědí „spíše ano“. „Spíše ne“ zvolilo 16,05 % respondentů, proti je 6,17 % a 12,35 % dotazovaných je nevyhraněného názoru. Pro mne z těchto dat vyplynula potřeba stát si za svou cílovou myšlenkou, jelikož je zde stále vysoké procento těch, kteří nejsou přiklonění ani k pozitivní ani k negativní straně, a je proto nutné aktivně zasáhnout a navést je na správnou cestu.

### ***Zhodnocení navržené ošetrovatelské dokumentace***

Tématika diagnostického systému NANDA taxonomie II pro mne byla výchozím impulzem k vytvoření návrhu ošetrovatelské dokumentace, která se zakládala jednak na potřebě zobrazit možnou formu využití taxonomické struktury, jednak díky tomu posloužila jako část edukační složky, a jednak jsem se snažila pojmout známé trny ošetrovatelských dokumentací záporně působících na zájem zdravotnických pracovníků věnovat část své pracovní pozornosti tvorbě a vedení ošetrovatelského procesu. S těmito cíli byla vytvořena dokumentace, jež byla následně dotazníkovou metodou kvantitativního výzkumu hodnocena respondenty.

Zhodnotíme – li nejdříve faktory uváděné jako ty, jež stěžují práci sestry, čili konkrétně hovoříme o výpisu anamnézy (24,71 %), hodnocení pomocí rizikových škál (31,76 %), výpisu ošetrovatelských intervencí (24,71 %), hodnocení efektivnosti ošetrovatelského procesu (14,12 %) či mezi jinými (3,53 %) uvedená duplicita formulářů, hlášení sester apod., je jasné, že potřebou zdravotních sester, jíž cítí jako stále aktuální problematiku, je redukce administrativní činnosti tak, aby ošetrovatelská péče byla sice kvalitně evidována, avšak samotná evidence nesmí odvádět od přímého plnění zvolených intervencí. Vedení a záznam ošetrovatelského procesu časově náročný je, ze své strany však věřím v možnost existence kompromisu. Navržená ošetrovatelská dokumentace řeší problém takto: ošetrovatelská anamnéza v sobě již zahrnuje předepsané ošetrovatelské diagnózy a intervence, které lze

přizpůsobit potřebám oddělení, není proto nutné obávat se chybějících diagnostických profilů pro konkrétní oblast zdravotnické péče, tudíž zdravotní sestra pouze zvolí potřebnou část a následně provádí evidenci jejich realizace do plánu ošetrovatelské péče. Anamnéza i plán péče se promítají ve dvojím formátu – elektronická interaktivní podoba, tištěná verze. Zda budou použity jednotlivě či kombinovaně záleží na pracovišti. Elektronická podoba, jež má urychlit práci sestry, umožnit jednoduchý přístup k informacím, jejich doplnění či změnu byla podrobena výzkumné otázce, zda by respondenti měnili tištěnou dokumentaci za elektronickou. Pro nás jsou důležité tyto výsledky: 9,41 % by pro náhradu jednoznačně byla, pro neuplatnění hlasovalo 1,18 %, 35,29 % zvolilo variantu propojení obou těchto forem. Varujícím je pro nás hodnota 37,65 % zastupující odpověď „spíše ne“, kdy zastává nejspíše stále ještě rozmezí, kdy sestry buď o elektronickou podobu opravdu zájem nemají, nebo vzhledem k dlouholeté tradici písemného formátu na ni pohlíží nedůvěřivým okem. Tento problém by se pravděpodobně dal odbourat správnou praktickou průpravou – seznámením – s elektronickou dokumentací.

Členění ošetrovatelské dokumentace dle diagnostických domén nám v procesu získávání informací vytváří přehled oblastí, jimiž je zapotřebí se zabývat, proto je účelné těchto vlastností věcně využít, což nám ošetrovatelskou dokumentaci zpřehlední, současně umožní získávat údaje o pacientech dle jakéhosi návodu, tím brání opomenutí důležitých informací. Z dotazníku vyplynulo, že 71,76 % uspořádání ošetrovatelské dokumentace dle diagnostických domén vyhovuje a pro práci je přehlednější, což je většina z počtu respondentů. Zřejmým důvodem je návyk dotazovaných pracovat s modelem Marjory Gordonové, z něhož NANDA taxonomie II.

Shrnuli-li komplexně, s jakým přístupem se respondenti postavili k navržené ošetrovatelské dokumentaci, byly výsledky relativně kladného vyjádření, přesto je potřeba převzít jejich připomínky a snažit se přijít na způsob, jak je vhodně aplikovat a využít. 72,94 % dotazovaných přišla navržená ošetrovatelská dokumentace jednodušší v porovnání s jimi užívanou. Složitější se zdála 5,88 % a zbytečné položky měla pro 8,24 % dotazovaných. V tomto případě je nutné přehodnotit, zda by vzhledem k tomu, že ji bude používat celé zařízení, bylo vhodné tyto nadbytečné položky odstranit či ne. K vytvoření kvalitního ošetrovatelského procesu je potřeba kvalitních a komplexních informací, načež mnou vytvořená ošetrovatelská dokumentace v 52,94 % dle respondentů tyto informace poskytuje, v 44,71 % byla zvolena odpověď „spíše ano“. Zbylé procento dotazovaných si nebylo jisté (2,35 %). V otázce porovnání dokumentace pracoviště a navržené ošetrovatelské dokumentace mluví



výsledky vesměs ve prospěch navržené dokumentace (mnohem lepší 14,12%; lepší 44,71%). Pro mou reflexi je však dominující procento 30,59 %, jež dokumentace hodnotí stejnou úrovní a 5,88 % jako horší. Je tedy důležité ošetřovatelskou dokumentaci přehodnotit, vzít v povědomí připomínky vyjadřující její pro a proti, následně přehodnotit obsahovou formu dokumentace s případnou následnou úpravou se začleněním těchto poznatků respondentů čerpajících ze svých praktických poznatků. **Hypotéza č. 4** tvrdí, že ***navržená ošetřovatelská dokumentace je z obsahového hlediska v praxi aplikovatelná a respondenti by ji ve své práci v 80 % případů přijali***, přičemž došlo k jejímu potvrzení v zastoupení 80 % respondentů hlasujících v její prospěch. 7,06 %, jež zastávali negativní postoj, vycházeli ze své nezkušenosti s NANDA taxonomií II či byli se současnou dokumentací spokojeni a necítili tedy potřebu změny v tomto směru.

## ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou začlenění NANDA taxonomie II do klinické praxe a cíleným hledáním východiska a řešení faktorů působících tuto stagnaci. Diagnostické systémy s sebou přináší vždy široké spektrum otázek a možnosti řešení přichází s individuálním náhledem řešitele dané situace. Mou snahou bylo pojmout práci praktickým způsobem s vytvořením cílených podpůrných materiálů, které by se ve svém základě opíraly o myšlenky NANDA taxonomie II a fungovaly jako předmět objektivního znázornění příkladu jejího využití.

Zvolené téma skýtalo rozsáhlý okruh teoretického východiska, podstaty, již bylo zapotřebí nejdříve prostudovat pomocí dostupných literárních zdrojů, následně vymezit strukturu NANDA taxonomie II tak, abych mohla její schematickou posloupnost a metodiku vhodným způsobem aplikovat v praktické části mé práce. Především mi ale toto studium umožnilo definovat cíle, jichž mělo být dosaženo, a stanovit si hypotézy zpětně ověřované výzkumnou činností uplatněné na poli zdravotnického zařízení aktivně začleňujícího NANDA taxonomii II do ošetrovatelského procesu na bázi dohody s kontaktní osobou.

Navržení ošetrovatelské dokumentace tiskové a elektronické interaktivní formy bylo vyjádřením osobní představy, jak by se daly využít prvky tohoto diagnostického systému ve prospěch zdravotníků s pojmáním známých paradigmat, které ošetrovatelskou dokumentaci provází. Potěšující okolností byla výsledná hodnota kladného vyjádření vůči dokumentaci a jejím vlastnostem, což je z mého hlediska poloviční krok k uvědomění si jejich adaptačních schopností a vyjádřeného pochopení pro šíři a náročnost práce sester. Edukační materiál k NANDA taxonomii II má podpořit informovanost (povědomí) zdravotníků v této oblasti, která vzešla jako hlavní faktor její problematické implementace do klinické praxe a na základě vyjádřené potřeby a uvědomění zdravotnických pracovníků zvýšit vědomosti pojímající tematiku ošetrovatelských diagnostických systémů, metod. Neučí sestry tvořit ošetrovatelské diagnózy dle návodu, ale nabízí možnost pochopit vztah a návaznost na vývojově starší diagnostické systémy.

Veškerá sebraná data kvalitativně-quantitativního výzkumného šetření a materiální prostředky (ošetrovatelská dokumentace, edukační materiál) budou poskytnuty kontaktní osobě spolupracujícího pracoviště využívající NANDA taxonomie II, pro něž tyto výstupy poslouží jako zpětná reflexe efektivity jejich probíhající činnosti. Současně bude poskytnuta otevřená volba, zda uplatní edukační materiál jako tvůrčí podporu sestrám na jednotli-

vých odděleních. Těchto podkladů bylo rovněž využito při tvorbě a zpracování výsledků, přípravě výstupu v rámci Studentské vědecké a odborné činnosti na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně ve snaze podpořit tento tematický celek na poli vzdělávání v ošetrovatelství a ukázat kladné stránky, které s sebou tento diagnostický systém nese či by v budoucnu nést mohl, jestliže by jeho vlastností bylo využito v plném rozsahu tak, jak je sám otevřeně nabízí.

Pokud zhodnotím celkové výsledky práce, musím vyjádřit vůči zdravotnickým pracovníkům spokojenost v jejich postoji k takové problematice, která v oblasti vzdělávání není zrovna atraktivní, avšak má-li v budoucnu dojít k aktualizaci diagnostických systémů v nemocničních zařízeních, a to nejen pod záštitou NANDA taxonomie II, je účelné sledovat a mít povědomí o možnostech, jež se managementu ošetrovatelské péče nabízejí ve snaze vyjádřit způsoby v poskytování jejího kvalitnějšího kalibru.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BULECHEK, Gloria; BUTCHER, Howard; DOCHTERMAN, Joanne McCloskey. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 5th edition. United States of America: Elsevier Health Sciences, 2007. 976 s. ISBN 0-323-05340-8.
- [2] COX, Helen C., et al. *Clinical Applications of Nursing Diagnosis: Adult, Child, Women's, Psychiatric, Gerontic and Home Health Considerations*. 1st edition. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2002. 768 s. 4. ISBN 0-8036-0913-2.
- [3] DELAUNE, Sue C., LADNER, Patricia K. *Fundamentals of Nursing: standards & practice*. 2nd edition. USA: Delmar, 2002. 1411 s. 2. ISBN 0-7668-2452-7.
- [4] DICARA, Veronika, et al. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 568 s. ISBN 978-80-247-2240-5.
- [5] DOENGES, M., MOORHOUSE, M. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. Praha: Grada Publishing, a.s., 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
- [6] DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. *Application of Nursing Process and Nursing Diagnosis: An Interactive Text for Diagnostic Reasoning*. 4th compl. edition. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2003. 55 s. 4. ISBN 0-8036-1066-1.
- [7] DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances, MURR, Alice C. *Nursing Diagnosis Manual: Planning, Individualizing, and Documenting Client Care*. 2nd compl. edition. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2008. 994 s. 2. ISBN 978-0-8036-1859-6.
- [8] FARKAŠOVÁ, Dana, et al. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
- [9] FARKAŠOVÁ, Dana, et al. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 88 s. ISBN 80-8063-229-4.
- [10] FITZPATRICK, Joyce J., WALLACE, Meredith. *Encyclopedia of Nursing Research*. 1st edition. New York: Springer Publishing Company, 2006. 832 s. 2. ISBN 0-8261-9812-0.
- [11] GEORGE, Marie A. *The Nursing Outcomes Classification (NOC): An Overview of its Development and Features*. 1st edition. [s.l.]: Duke University School of Nursing, 2003. 5 s.

- [12] GORDON, Marjory. *Assess notes: Nursing Assessment & Diagnostic Reasoning*. 1st edition. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2008. 206 s.
- [13] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- [14] CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [15] KOZIEROVA, BARBARA; ERBOVÁ, GLENORA; OLIVIERIOVA, RITA. *Ošetrovatel'stvo 1*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
- [16] MAREČKOVÁ, Jana. *NANDA-International diagnostika v ošetrovatelském procese, NIC a NOC klasifikace*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 80 s. ISBN 80-7368-109-9.
- [17] MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- [18] MAREČKOVÁ, Jana, JAROŠOVÁ, Darja. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 86 s. ISBN 80-7368-058-0.
- [19] MAREČKOVÁ, Jana, PŘIKRYLOVÁ, Libuše. *Nanda klasifikace. Sestra: Odborný časopis pro zdravotní sestry*. 2005, roč. 15, č. 2, s. 8-9. ISSN 1210-0404.
- [20] NETTINA, Sandra M.; MILLS, Elizabeth Jacqueline. *Lippincott Manual of Nursing Practice*. Edition: 8th. United States: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. 1888 s. ISBN 1582553424.
- [21] SMELTZER, Suzanne CO'Connell, BARE, Brenda. *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2003. 472 s. 10. ISBN 0781788854.
- [22] TRACHTOVÁ, Eva, et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
- [23] VÖRÖSOVÁ, Gabriela, et al. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007. 112 s. ISBN 978-80-8063-242-7.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

aj.	a jiné
ANA	American Nursing Association (Americká asociace sester)
apod.	a podobně
D 1	dotazník 1 (spokojenost s navrženou ošetrovatelskou dokumentací)
D 2	dotazník 2 (informovanost zdravotníků o NANDA taxonomii II.)
DG	diagnóza
DRG	Diagnosis Related Groups - systém klasifikace nemocných dle vztahu mezi typem pacientů a nákladů na léčbu
FHP	Functional Health Patterns (Funkční vzorce zdraví)
K/P	klient/pacient
NANDA I.	North American Association for Nursing Diagnosis International
např.	například
NIC	Nursing Interventions Classification
NNN	NANDA-NIC-NOC
NOC	Nursing Outcomes Classification
OASIS	The Outcome and Assessment Information Set
OCS	Omaha Classification Scheme
OSE	ošetrovatelský
PES	problém/etiologie/symptom

PRF      problém/rizikový faktor

RF        rizikový faktor

s.         strana

SF        související faktory

UZ        určující znaky

viz        videre licet

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

<i>Obrázek 1 Ošetrovatelský proces (Delaune, S., Ladner, P., 2002, s. 82) .....</i>	13
<i>Obrázek 2 Maslowova hierarchie potrieb (Farkašová, D. a kol., 2006, s. 63) .....</i>	18
<i>Obrázek 3 Srovnání ošetrovatelské a lékařské diagnózy (Delaune, S., Ladner, P., 2002, s. 85) .....</i>	20
<i>Obrázek 4 Struktura NANDA taxonomie II .....</i>	38



**SEZNAM TABULEK**

<i>Tab. 1 NOC hodnotící škála</i> .....	33
<i>Tab. 2 NOC výsledek</i> .....	33
<i>Tab. 3 Stupeň dosaženého vzdělání</i> .....	53
<i>Tab. 4 Pracovní pozice</i> .....	54
<i>Tab. 5 Forma tvorby ošetrovatelských diagnóz</i> .....	55
<i>Tab. 6 Co nejvíce odvádí od evidence ošetrovatelského procesu</i> .....	56
<i>Tab. 7 Systém tvorby ose diagnóz vyhovuje/nevyhovuje</i> .....	57
<i>Tab. 8 Část ose dokumentace zatěžující práci sester</i> .....	58
<i>Tab. 9 Vhodnost náhrady tištěné dokumentace za elektronickou formu</i> .....	60
<i>Tab. 10 První setkání s NANDA taxonomií II</i> .....	61
<i>Tab. 11 Názor na navrženou ošetrovatelskou dokumentaci</i> .....	62
<i>Tab. 12 Komplexnost informací navržené ošetrovatelské dokumentace</i> .....	63
<i>Tab. 13 Porovnání navržené ose dokumentace a dokumentace pracoviště</i> .....	64
<i>Tab. 14 Uspořádání ose dokumentace dle domén</i> .....	65
<i>Tab. 15 Začlenění ose diagnóz v dokumentaci</i> .....	66
<i>Tab. 16 Chybějící položky v navržené ose dokumentaci</i> .....	67
<i>Tab. 17 Přínosné prvky navržené dokumentace</i> .....	69
<i>Tab. 18 Nutnost zvýšení povědomí o NANDA taxonomii II</i> .....	71
<i>Tab. 19 Přijetí NANDA taxonomie II na pracovišti</i> .....	72
<i>Tab. 20 Účelnost aplikace navržené dokumentace v praxi</i> .....	73
<i>Tab. 21 Stupeň dosaženého vzdělání/2</i> .....	75
<i>Tab. 22 Pracovní pozice</i> .....	76
<i>Tab. 23 Délka ošetrovatelské praxe</i> .....	77
<i>Tab. 24 Užívání ose procesu</i> .....	78
<i>Tab. 25 Názor na ošetrovatelský proces</i> .....	79
<i>Tab. 26 Odvádějící faktory ve vedení ose procesu</i> .....	80
<i>Tab. 27 Důležitost ose diagnóz v práci sester</i> .....	81
<i>Tab. 28 Forma tvorby ošetrovatelských diagnóz/2</i> .....	82
<i>Tab. 29 Názor na užívanou ose dokumentaci</i> .....	83
<i>Tab. 30 Setkání s diagnostickým systémem NANDA taxonomie II</i> .....	84
<i>Tab. 31 Místo/doba setkání s NANDA taxonomií II</i> .....	85
<i>Tab. 32 Zařazení kódového systému NANDA taxonomie II do klinické praxe</i> .....	86

---

<i>Tab. 33 Kódový systém jako výkaz pracovních činností sester .....</i>	<i>87</i>
<i>Tab. 34 Začlenění NANDA taxonomie II na pracovišti .....</i>	<i>88</i>
<i>Tab. 35 Důvody „proti“ začlenění NANDA taxonomie II.....</i>	<i>89</i>
<i>Tab. 36 Možnosti zúčastnit se školení k problematice tvorby ose diagnóz .....</i>	<i>90</i>
<i>Tab. 37 Podpora pracovištěm ve vzdělávání v ose diagnostice.....</i>	<i>91</i>
<i>Tab. 38 Osobní potřeba dalšího vzdělávání k problematice .....</i>	<i>92</i>
<i>Tab. 39 Kvalitativní porovnání vyjádření k NANDA taxonomii II .....</i>	<i>93</i>

**SEZNAM GRAFŮ**

<i>Graf 1 Stupeň dosaženého vzdělání .....</i>	53
<i>Graf 2 Pracovní pozice.....</i>	54
<i>Graf 3 Forma tvorby ošetrovatelských diagnóz.....</i>	55
<i>Graf 4 Co nejvíce odvádí od evidence ose procesu .....</i>	56
<i>Graf 5 Systém tvorby ose diagnóz vyhovuje/nevyhovuje .....</i>	57
<i>Graf 6 Část ose dokumentace zatěžující práci sester.....</i>	58
<i>Graf 7 Vhodnost náhrady tištěné dokumentace za elektronickou formu.....</i>	60
<i>Graf 8 První setkání s NANDA taxonomií II.....</i>	61
<i>Graf 9 Názor na navrženou ošetrovatelskou dokumentaci .....</i>	62
<i>Graf 10 Komplexnost informací navržené ošetrovatelské dokumentace.....</i>	63
<i>Graf 11 Porovnání navržené ose dokumentace a dokumentace pracoviště .....</i>	64
<i>Graf 12 Uspořádání ose dokumentace dle domén .....</i>	65
<i>Graf 13 Začlenění ose diagnóz v dokumentaci .....</i>	66
<i>Graf 14 Chybějící položky v navržené ose dokumentaci .....</i>	67
<i>Graf 15 Přínosné prvky navržené dokumentace .....</i>	69
<i>Graf 16 Nutnost zvýšení povědomí o NANDA taxonomii II .....</i>	71
<i>Graf 17 Přijetí NANDA taxonomie II na pracovišti.....</i>	72
<i>Graf 18 Účelnost aplikace navržené dokumentace v praxi .....</i>	73
<i>Graf 19 Stupeň dosaženého vzdělání/2.....</i>	75
<i>Graf 20 Pracovní pozice.....</i>	76
<i>Graf 21 Délka ošetrovatelské praxe.....</i>	77
<i>Graf 22 Užívání ose procesu .....</i>	78
<i>Graf 23 Názor na ošetrovatelský proces .....</i>	79
<i>Graf 24 Odvádějící faktory ve vedení ose procesu .....</i>	80
<i>Graf 25 Důležitost ose diagnóz v práci sester .....</i>	81
<i>Graf 26 Forma tvorby ošetrovatelských diagnóz/2.....</i>	82
<i>Graf 27 Názor na užívanou ose dokumentaci .....</i>	83
<i>Graf 28 Setkání s diagnostickým systémem NANDA taxonomie II.....</i>	84
<i>Graf 29 Místo/doba setkání s NANDA taxonomií II .....</i>	85
<i>Graf 30 Zařazení kódového systému NANDA taxonomie II do klinické praxe.....</i>	86
<i>Graf 31 Kódový systém jako výkaz pracovních činností sester .....</i>	87
<i>Graf 32 Začlenění NANDA taxonomie II na pracovišti .....</i>	88

---

<i>Graf 33 Důvody „proti“ začlenění NANDA taxonomie II .....</i>	<i>89</i>
<i>Graf 34 Možnosti zúčastnit se školení k problematice tvorby ose diagnóz .....</i>	<i>90</i>
<i>Graf 35 Podpora pracovištěm ve vzdělávání v ose diagnostice .....</i>	<i>91</i>
<i>Graf 36 Osobní potřeba dalšího vzdělávání k problematice .....</i>	<i>92</i>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

PŘÍLOHA P I: KLASIFIKACE OŠETŘOVATELSKÝCH INTERVENCÍ

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK K NAVRŽENÉ OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACI

PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK K INFORMOVANOSTI O NANDA TAXONOMII II

PŘÍLOHA P IV: OTÁZKY POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU

PŘÍLOHA P V: ŽÁDOST O UMÍSTĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

PŘÍLOHA P VI: NÁVRH OŠETŘOVATELSKÉ ANAMNÉZY

PŘÍLOHA P VII: NÁVRH OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU

# PŘÍLOHA P I: KLASIFIKACE OŠETŘOVATELSKÝCH INTERVENCÍ

**NIC Taxonomy: Domains and Classes**  
 From *Nursing Interventions Classification (NIC)*, 4<sup>th</sup> ed., edited by J.M. Dochterman and G.M. Bulechek (St. Louis: Mosby, 2004), pp. 112-113.

1	2	3	4	5	6	7
<b>Physiological: Basic</b> Care that supports physical functioning	<b>Physiological: Complex</b> Care that supports homeostatic regulation	<b>Behavioral</b> Care that supports psychosocial functioning and facilitates lifestyle changes	<b>Safety</b> Care that supports protection against harm	<b>Family</b> Care that supports the family	<b>Health System</b> Care that supports effective use of the health care delivery system	<b>Community</b> Care that supports the health of the community
<b>A</b> <b>Activity &amp; Exercise Mgt.:</b> Interventions to organize or assist with physical activity and energy conservation and expenditure	<b>G</b> <b>Electrolyte &amp; Acid-Base Mgt.:</b> Interventions to regulate electrolyte/acid base balance and prevent complications	<b>O</b> <b>Behavior Therapy:</b> Interventions to reinforce or promote desirable behaviors or alter undesirable behaviors	<b>U</b> <b>Crisis Mgt.:</b> Interventions to provide immediate help in both psychological and physiological crises	<b>W</b> <b>Childbearing Care:</b> Interventions to assist in the preparation of the management of the psychological and physiological changes before, during, and immediately following childbirth	<b>Y</b> <b>Health System Mediation:</b> Interventions to facilitate the interface between patient/family and the health care system	<b>Yc</b> <b>Community Health Promotion:</b> Interventions that promote the health of the whole community
<b>B</b> <b>Elimination Mgt.:</b> Interventions to establish and maintain regular bowel and urinary elimination patterns and manage complications due to altered patterns	<b>H</b> <b>Drug Mgt.:</b> Interventions to facilitate desired effects of pharmacologic agents	<b>P</b> <b>Cognitive Therapy:</b> Interventions to reinforce or promote desirable cognitive functioning or alter undesirable cognitive functioning	<b>V</b> <b>Risk Mgt.:</b> Interventions to initiate risk reduction activities and continue monitoring risks over time	<b>Z</b> <b>Childbearing Care:</b> Interventions to assist in raising children	<b>Ya</b> <b>Health System Mgt.:</b> Interventions to provide and enhance support service for the delivery of care	<b>Yd</b> <b>Community Risk Mgt.:</b> Interventions that assist in detecting or preventing health risks to the whole community
<b>C</b> <b>Immobility Mgt.:</b> Interventions to manage restricted body movement and the sequelae	<b>I</b> <b>Neurological Mgt.:</b> Interventions to optimize neurologic function	<b>Q</b> <b>Communication Enhancement:</b> Interventions to facilitate delivering and receiving verbal and nonverbal messages	<b>X</b>	<b>X</b> <b>Lifespan Care:</b> Interventions to facilitate family unit functioning and promote the health and welfare of family members throughout the lifespan	<b>Yb</b> <b>Information Mgt.:</b> Interventions to facilitate communication about health care	
<b>D</b> <b>Nutrition Support:</b> Interventions to modify or maintain nutritional status	<b>J</b> <b>Peroperative Care:</b> Interventions to provide care prior to, during, and immediately after surgery	<b>R</b> <b>Coping Assistance:</b> Interventions to assist another to build on own strengths, to adapt to a change in function, or to achieve a higher level of function				
<b>E</b> <b>Physical Comfort Promotion:</b> Interventions to promote comfort using physical techniques	<b>K</b> <b>Respiratory Mgt.:</b> Interventions to promote airway patency and gas exchange	<b>S</b> <b>Patient Education:</b> Interventions to facilitate learning				
<b>F</b> <b>Self-Care Facilitation:</b> Interventions to provide or assist with routine activities of daily living	<b>L</b> <b>Skin/Wound Mgt.:</b> Interventions to maintain or restore tissue integrity	<b>T</b> <b>Psychological Comfort Promotion:</b> Interventions to promote comfort using psychological techniques				
	<b>M</b> <b>Thermoregulation:</b> Interventions to maintain body temperature within a normal range					
	<b>N</b> <b>Tissue Perfusion Mgt.:</b> Interventions to optimize circulation of blood and fluids to the tissue					

## PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK K NAVRŽENÉ OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACI

Dobrý den,

jmenuji se Tereza Petruželová a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty humanitních studií Univerzity T. Bati ve Zlíně, oboru všeobecná sestra. Před sebou máte dotazník, na jehož základě dojde k vyhodnocení spokojenosti s navrženou ošetrovatelskou dokumentací, která odráží základní principy NANDA taxonomie II. Díky nabytým informacím z dotazníku budu moci blíže nahlédnout na její případné nedostatky, a podstoupit tak následné kroky k jejich odstranění. Tímto Vás prosím o spolupráci vyplněním příslušného dotazníku.

Dotazník je zcela anonymní. Každou otázku si pozorně přečtete a vyberte odpověď, která nejvíce odpovídá Vašemu názoru, a zakroužkujte ji. V případě odpovědi „jiné“ uveďte Vámi míněnou odpověď. V případě otevřené otázky využijte stručného popisu situace, názoru.

Děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

1. Uveďte stupeň dosaženého vzdělání:
  - a) střední zdravotnická škola (všeobecná sestra)
  - b) střední zdravotnická škola (zdravotnický asistent)
  - c) vyšší odborná škola zdravotnická
  - d) vysoká škola (bakalářské, magisterské studium, jiné)
  
2. Jste v pozici:
  - a) vrchní sestra
  - b) staniční sestra
  - c) registrovaná zdravotní sestra
  - d) zdravotnický asistent
  - e) student

3. Jakou formou dochází k plnění ošetrovatelského procesu na Vašem oddělení?
- a) PES, PRF (taxonomie I)
  - b) tříložkové diagnózy
  - c) dvousložkové diagnózy
  - d) NANDA taxonomie II
  - e) jiné.....
4. Co Vás nejvíce odvádí od evidence ošetrovatelského procesu?
- a) nadměrný počet papírů
  - b) nedostatek času
  - c) opakující se opisování položek
  - d) jiné  
.....
5. Vyhovuje Vám systém tvorby ošetrovatelských diagnóz, s nímž pracujete na Vašem pracovišti?
- a) ano, zcela mi vyhovuje tento systém
  - b) spíše ano, zvykla jsem si na něj
  - c) spíše ne, ale přizpůsobím se potřebám oddělení
  - d) nevyhovuje
6. Uveďte, která část ošetrovatelské dokumentace dle Vašeho názoru stěžuje Vaši práci“?
- a) výpis anamnézy
  - b) hodnocení pomocí rizikových škál
  - c) výpis ošetrovatelských intervencí
  - d) stanovení ošetrovatelských diagnóz
  - e) hodnocení efektivnosti ošetrovatelského procesu
  - f) jiné.....



7. Myslíte si, že by bylo účinné nahradit tištěnou formu ošetrovatelské dokumentace za elektronickou podobu?
- a) určitě ano
  - b) spíše ano
  - c) využití obou forem
  - d) spíše ne
  - e) ne
8. S diagnostickým systémem NANDA taxonomie II jste se dříve setkal/a:
- a) na střední zdravotnické škole
  - b) na vyšší odborné škole zdravotnické
  - c) během studia na vysoké škole
  - d) během praxe v nemocnici
  - e) na vzdělávacích akcích (semináře, konference, kongres)
  - f) nesetkal/a
  - g) jiné.....
9. Navržená dokumentace, která se opírá o strukturu NANDA taxonomie II se Vám zdá:
- a) jednodušší
  - b) složitější
  - c) obsahuje zbytečné položky
  - d) nevím
  - e) jiné.....
10. Myslíte si, že navržená dokumentace poskytuje komplexní informace pro tvorbu kvalitního ošetrovatelského procesu?
- a) ano
  - b) spíše ano
  - c) spíše ne
  - d) ne
  - e) nevím

11. Jak hodnotíte navrženou dokumentaci vycházející z NANDA taxonomie II v porovnání s dokumentací užívanou na daném pracovišti?

- a) mnohem lepší
- b) lepší
- c) horší
- d) stejná úroveň
- e) nevím

12. Vyhovuje Vám uspořádání ošetrovatelské dokumentace dle jednotlivých domén?

- a) ano, pro práci je přehlednější
- b) spíše ano, ale dokumentaci bych neměnila
- c) je mi to jedno, přizpůsobím se
- d) zatím jsem o tom nepřemýšlela
- e) spíše ne
- f) ne

13. Považujete za výhodné, z hlediska efektivnosti práce, začlenění ošetrovatelských diagnóz do ošetrovatelské dokumentace?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

14. Napište, která z položek Vám v navržené dokumentaci chybí:

.....

15. Uveďte, které prvky z navržené dokumentace byste ve své práci přivítali:

.....

16. Myslíte si, že je třeba zvýšit povědomí o způsobu práce s NANDA taxonomií II?

Uveďte důvod.

a) ano.....

b) ne.....

c) nevím.....

17. Přijal/a byste v praxi způsob práce s diagnostickým systémem NANDA taxonomie II?

a) ano

b) spíše ano

c) je mi to jedno

d) spíše ne

e) ne

18. Myslíte si, že by bylo účelné aplikovat navrženou dokumentaci v praxi? V případě odpovědi „ne“ uveďte důvod.

a) ano

b) ne.....

c) nevím

## PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK K INFORMOVANOSTI O NANDA TAXONOMII II

Dobrý den,

jmenuji se Tereza Petruželová a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty humanitních studií Univerzity T. Bati ve Zlíně, oboru všeobecná sestra. V rámci své bakalářské práce se zabývám problematikou začlenění diagnostického systému NANDA taxonomie II do klinické praxe. Nyní máte před sebou dotazník, na jehož základě bude mou snahou vyhledat a určit příčiny bránící jejímu uplatnění. Tímto Vás laskavě žádám o spolupráci vyplněním příslušného dotazníku. Dotazník je zcela anonymní.

Každou otázku si pozorně přečtěte a Vámi zvolenou odpověď zakroužkujte. V případě odpovědi „jiné“ uveďte Vámi míněnou odpověď. V případě otevřené otázky využijte stručného popisu situace, názoru.

Děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

1. Uveďte stupeň dosaženého vzdělání:

- e) střední zdravotnická škola (obor všeobecná sestra)
- f) střední zdravotnická škola (obor zdravotnický asistent)
- g) vyšší odborná škola zdravotnická (obor všeobecná sestra)
- h) vysoká škola (bakalářské, magisterské studium, jiné)

2. Pracujete na pozici:

- a) vrchní sestra
- b) staniční sestra
- c) registrovaná zdravotní sestra
- d) zdravotnický asistent
- e) jiné.....

3. Jak dlouho jste v ošetrovatelské praxi?
- a) 1-5 let
  - b) 6-10 let
  - c) 11-15 let
  - d) jiné.....
4. Využíváte v rámci plánování ošetrovatelské péče o pacienty formu ošetrovatelského procesu?
- a) ano
  - b) ne
5. Jaký je Váš názor na užívání ošetrovatelského procesu?
- .....
- .....
6. Co Vás nejvíce odvádí od evidence ošetrovatelského procesu?
- e) nadměrný počet papírů
  - f) nedostatek času
  - g) opakující se opisování položek
  - h) jiné.....
7. Považujete tvorbu ošetrovatelských diagnóz v práci sestry za důležitou?
- a) ano
  - b) spíše ano
  - c) spíše ne
  - d) ne

8. Jakou formu tvorby ošetrovatelských diagnóz využíváte v ošetrovatelské praxi?
- a) PES, PRF (taxonomie I)
  - b) dvousložkové diagnózy
  - c) trojsložkové diagnózy
  - d) NANDA taxonomie II
  - e) jiné.....
9. Dokumentace, s níž na Vašem pracovišti pracujete, považujete jako oporu pro tvorbu ošetrovatelského procesu za:
- a) kvalitní - poskytuje všechny důležité informace
  - b) dostačující - některé informace bych však přidala
  - c) nevyhovující - nedostatečné informace, nepřehlednost
  - d) jiné.....
10. Setkal/a jste se v průběhu své praxe/studia s diagnostickým systémem NANDA taxonomie II?
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím
- (v případě odpovědi „ANO“ pokračujte otázkou č.11)
11. S diagnostickým systémem NANDA taxonomie II jste se setkal/a:
- a) na střední zdravotnické škole
  - b) na vyšší odborné škole zdravotnické
  - c) na vysoké škole
  - d) na vzdělávacích akcích (konference, semináře, jiné)

12. NANDA taxonomie II užívá číselných kódů k označení konkrétní ošetrovatelské diagnózy, což snižuje nutnost slovního opisu. Uvítal/a byste tento kódový systém v práci s Vaší ošetrovatelskou dokumentací?
- a) ano
  - b) spíše ano
  - c) spíše ne
  - d) ne
  - e) je mi to jedno
13. V případě možnosti uplatnit číselné kódy diagnóz NANDA taxonomie II jako formu pro výkaz pracovních činností sester, rozhodl/a byste se:
- a) určitě pro uplatnění
  - b) byl/a bych proti
  - c) nejsem si jistý/á
14. Kdyby byla možnost začlenit diagnostický systém NANDA taxonomie II na Vašem pracovišti, rozhodl/a byste se:
- a) pro začlenění
  - b) proti začlenění
  - c) podřídila bych se většině
15. Uveďte důvody „proti“ začlenění NANDA taxonomii II v praxi (v případě odpovědi „proti“ v otázce č. 14)?
- .....
16. Měl/a jste možnost zúčastnit se školení či semináře k tématice tvorby ošetrovatelských diagnóz?
- a) ano
  - b) ne

17. Snaží se vedení Vašeho pracoviště podporovat zvyšování kvalifikace/odbornosti v oblasti tvorby ošetřovatelských diagnóz?

a) ano.....(uved'te způsob podpory)

b) ne

c) nejsem si jistá

18. Uvítal/a byste možnost dalšího vzdělávání v této problematice? Jakou formou?

a) Ano forma.....

b) spíše ano forma.....

c) spíše ne

d) ne



## **PŘÍLOHA P IV: OTÁZKY POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU**

- 1) Pracovní pozice
- 2) Délka praxe
- 3) Trendem moderního ošetrovatelství je hodnotit kvalitu ošetrovatelské péče v návaznosti na práci dle ošetrovatelského procesu. Jaký je Váš názor na jeho užívání?
- 4) Myslíte si, že ošetrovatelská dokumentace, s níž pracujete, poskytuje ucelené informace o K/P pro tvorbu ošetrovatelského procesu? Vnímáte z praktického hlediska potřebu její inovace?
- 5) Jakou formou dochází k tvorbě ošetrovatelských diagnóz na vašem pracovišti (PES, NANDA taxonomie II,...)? Jste s touto formou spokojená?
- 6) Považujete tvorbu ošetrovatelských diagnóz v práci sestry za významnou složku? Proč?
- 7) Setkala jste se v průběhu své ošetrovatelské praxe/studia s diagnostickým systémem NANDA taxonomie II?
- 8) Myslíte si, že by bylo účelné zavést tento diagnostický systém i na Vašem pracovišti, a podpořit tak současně edukační složku sester k této problematice?
- 9) Mají sestry dle Vašeho názoru dostatek možností ke vzdělávání v problematice ošetrovatelské diagnostiky?

## PŘÍLOHA P V: ŽÁDOST O UMÍSTĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií


### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Tereza Petruželová
Téma bakalářské práce	Problematika začlenění NANDA taxonomie II. do klinické praxe
Skupina respondentů	150 respondentů - všeobecné zdravotní sestry
Pracoviště	Nemocnice Valašské Meziříčí, a.s., U Nemocnice 980, 757 01 Valašské Meziříčí

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 18. 11. 2019

  
.....  
Mgr. Jitka Laholová, RN  
ředitel Ústavu ošetrovatelství

Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.  
U Nemocnice č.p. 980  
757 42 Valašské Meziříčí  
Mgr. Jana Pettkánová  
hlavní sestra  
  
.....  
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová  
tel: +420 577 008 137, e-mail: jnavratilova@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P VI: NÁVRH OŠETŘOVATELSKÉ ANAMNÉZY

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

Datum přijetí: <input style="width: 100%;" type="text"/> Diagnóza při přijetí (kód+název): <input style="width: 100%;" type="text"/> Oddělení: <input style="width: 100%;" type="text"/> Bydliště: <input style="width: 100%;" type="text"/> Rodina informována: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Kontaktní osoba: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Datum propuštění: <input style="width: 100%;" type="text"/> Jméno a příjmení: <input style="width: 100%;" type="text"/> Rodné číslo: <input style="width: 100%;" type="text"/> Povolání: <input style="width: 100%;" type="text"/> Opakovaná přijetí: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Kontakt (adresa+telefonní číslo): <input style="width: 100%;" type="text"/>	Trávící problémy (pálení žáhy apod.): <input style="width: 100%;" type="text"/> Změny na kůži (jaké): <input style="width: 100%;" type="text"/> <div style="background-color: #444; color: white; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold;">VTLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA</div> Mlékce: <input type="checkbox"/> Normo <input type="checkbox"/> Inkontin. <input type="checkbox"/> Retence Permanentní močový katétr: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Vyprazdňování stolice: <input type="checkbox"/> Prav. <input type="checkbox"/> Průjem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stomie: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Zvracení: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Umělý chrup: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Horní/dolní Kožní turgor: <input type="checkbox"/> Normo <input type="checkbox"/> Snížený <div style="background-color: #444; color: white; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold;">VTLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA</div> Denní diuréza: <input type="checkbox"/> Jiné <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Užívání projímadel: <input type="checkbox"/> Zácpa <input type="checkbox"/> Inkontinence Pocení: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
<div style="background-color: #444; color: white; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold;">PODPOŘA ZDRAVÍ</div> Svůj zdravotní stav hodnotím jako: <input type="checkbox"/> Dobrý <input type="checkbox"/> Částečně dobrý <input type="checkbox"/> Špatný Alkohol: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Příležitostně	<input type="checkbox"/> Narušený <input type="checkbox"/> Špatný Kouření: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Příležitostně	<div style="background-color: #444; color: white; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold;">AKTIVITA-ODPOČINEK</div> Trávení volného času: <input style="width: 100%;" type="text"/> Sobeštačnost (Barthelův test): <input style="width: 100%;" type="text"/> Pomůcky k sebeobsluze: <input style="width: 100%;" type="text"/> Spánkový rytmus: <input style="width: 100%;" type="text"/> Spánkové rituály: <input style="width: 100%;" type="text"/> Po spánku se cítím: <input type="checkbox"/> Odpočatý/á <input type="checkbox"/> Unavený/á	Pohyblivost: <input type="checkbox"/> Chodid <input type="checkbox"/> Ležící Dopomoc při: <input type="checkbox"/> Chůze <input type="checkbox"/> Strava <input type="checkbox"/> Hygiena Obtíže při pohybové aktivitě: <input type="checkbox"/> Dušnost <input type="checkbox"/> Bolest <input type="checkbox"/> Jiné Obtíže: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Užívání léků: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Nevyšpalý/á <input type="checkbox"/> Jiné <input type="checkbox"/>
<div style="background-color: #444; color: white; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold;">VÝŽIVA A METABOLISMUS</div> Výška (cm): <input style="width: 100%;" type="text"/> Váha (kg): <input style="width: 100%;" type="text"/> BMI: <input style="width: 100%;" type="text"/> Úbytek/nárust hmotnosti za 1/2 roku: <input style="width: 100%;" type="text"/> Tekutiny za 24h: <input style="width: 100%;" type="text"/> Druh: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Tělesná konstituce: <input type="checkbox"/> Normo <input type="checkbox"/> Obézní <input type="checkbox"/> Kachexie Chut' k jídlu: <input type="checkbox"/> Normo <input type="checkbox"/> Snížená <input type="checkbox"/> Zvýšená Pocit žízná: <input type="checkbox"/> Normo <input type="checkbox"/> Snížená <input type="checkbox"/> Zvýšená	Informace <input type="checkbox"/> Konzultace Změny zdravotního stavu za 2 roky: <input style="width: 100%;" type="text"/>	V průběhu hospitalizace si přeji: <input type="checkbox"/> Informace <input type="checkbox"/> Konzultace Změny zdravotního stavu za 2 roky: <input style="width: 100%;" type="text"/>

<p><b>VNÍMÁNÍ POZNÁVÁNÍ</b></p> <p>Orientován/a:</p> <p>Čase: <input type="checkbox"/> Plně orientován/a <input type="checkbox"/> Částečně <input type="checkbox"/> Dezorientován/a</p> <p>Prostoru: <input type="checkbox"/> Plně orientován/a <input type="checkbox"/> Částečně <input type="checkbox"/> Dezorientován/a</p> <p>Osobě: <input type="checkbox"/> Plně orientován/a <input type="checkbox"/> Částečně <input type="checkbox"/> Dezorientován/a</p> <p>Obtíže s:  <input type="checkbox"/> Zrak <input type="checkbox"/> Sluch <input type="checkbox"/> Čich  <input type="checkbox"/> Kompenzační pomůcky: <input type="checkbox"/> Čochy <input type="checkbox"/> Jiné</p>	<p><b>SEXUALITA</b></p> <p>Menstruace:  <input type="checkbox"/> Od: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Silné <input type="checkbox"/> Slabé <input type="checkbox"/> Bolestivé  <input type="checkbox"/> Antikoncepce: <input type="checkbox"/> Pravidl./neprav. <input type="checkbox"/> Jaká: <input type="text"/></p> <p>Porody: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="text"/> Klimakterické obtíže: <input type="text"/></p> <p>Operace/jiné: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="text"/></p>
<p><b>VNÍMÁNÍ SEBE SÁMA</b></p> <p>Jsem:  <input type="checkbox"/> Optimista <input type="checkbox"/> Sebedůvěra: <input type="checkbox"/> Snížená <input type="checkbox"/> Zvýšená  <input type="checkbox"/> Pesimista <input type="checkbox"/> Spíše ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="text"/></p>	<p><b>ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE ODOLNOST VŮČI STRESU</b></p> <p>Pocty stresu: <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="text"/> Stres. faktory: <input type="text"/></p> <p>Pocty strachu: <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="text"/> Strategie zvládnání: <input type="text"/></p>
<p><b>VZTAHY</b></p> <p>Sociální anamnéza:  <input type="checkbox"/> Žije sám/a <input type="checkbox"/> V rodině <input type="checkbox"/> S partnerem <input type="checkbox"/> Soc. zařízení  <input type="checkbox"/> Propuštění plánováno do: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ONP <input type="checkbox"/> Jiné <input type="text"/>  <input type="checkbox"/> Dom. prostředí <input type="checkbox"/> DPS <input type="checkbox"/> Agresivní  <input type="checkbox"/> Chování k/p: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Přátelské <input type="checkbox"/> Pasivní</p>	<p><b>ŽIVOTNÍ PRŮBĚH</b></p> <p>Jsem:  <input type="checkbox"/> Katolík <input type="checkbox"/> Evangelik <input type="checkbox"/> Jiné  <input type="checkbox"/> Náboženský kontakt s: <input type="text"/>  <input type="checkbox"/> Přeji <input type="checkbox"/> Nepřeji <input type="text"/>  <input type="checkbox"/> Potřebuji rozhovor s: <input type="text"/>  <input type="checkbox"/> Lékař <input type="checkbox"/> Sestra <input type="checkbox"/> Kněz</p>

**BEZPEČNOST OCHRANA**

Alergie:  Ano  Ne

Riziko infekce/jaké:  Ne

PŽK/CŽK:  Od  Do

Riziko pádu:  Ano  Ne

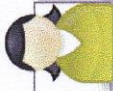
Riziko dekubitů (Nortonová):  Ano  Ne

**KOMFORT**

Bolest/charakter:  Akutní  Chronická

Intenzita:  Ne

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Co ji tlumí:  Lokalizace: 

Co ji zvyšuje:  Nauzea:  Ano  Ne

**RŮST A VÝVOJ**

Norm.  Opožděný  Regres  Souměrný  Neprospívání

Datum:

Podpis sestry:

Datum:

Podpis pacienta:

**BARTHELOV TEST VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ**

Činnost:	Provedení činnosti:	Bojové skóre
01 Najedení/napítí	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	05
02 Ohlédnutí	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	05
03 Nopánání	Samostatně nebo s pomocí	05
	Neprave	00
04 Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05
	Neprave	00
05 Kontinence moči	Průkontinentní	10
	Občas inkontinentní	05
06 Kontinence stolice	Tvrdě inkontinentní	00
	Průkontinentní	05
07 Použití WC	Občas inkontinentní	00
	Inkontinentní	00
	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	05
08 Přesun či žo-tidie	Neprave	00
	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydří sedle	05
09 Chůze po rovině	Neprave	00
	Samostatně nad 50 metrů	15
	S pomocí 50 metrů	10
	Na vozíku 50 metrů	05
10 Chůze po schodech	Neprave	00
	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	05
	Neprave	00



**Hodnocení:**

Závise	00 - 40 bodů
Vyse závise	45 - 60 bodů
Lehká závise	65 - 95 bodů
nezávise	96 - 100 bodů

**RIZIKO VZNIKU DEKUBITŮ DLE NORTONOVÉ**

1 bod	2 body	3 body	4 body	body
snopost spolupráce	Záně	omezená	omezená	3
Věk (let)	nad 60	50-60	30-50	0-10
stav pokožky	rány, alergické rozšíření řáze	Vřiva	Sucho, lupinatá	Normální
Přítulné onemocnění	Trombóza, edémová, ledv. selady	Roztroušená skleróza, cukrovka	Pokřivená křivka	Záně
Právní stav	Věmi šarvy	Šarvy	Zo šarvy	Do 3
Atvita	Bevčovní	Znatení	Ayacký	Bo 4
Pohybnost	Ležbí	Upřa na vozík	Chodí	3
Inkontinence	Moz a stolice	omezená	Mně omezená	Nemazná
		Ovylie moč	Do 24h	Ne 4

**HODNOCENÍ**

Zdné (víc než 2 body)	00 - 24 bodů
středně	25 - 49 bodů
vyšce	50 - 74 bodů
velm vysoké	75 - 99 bodů
Počet získaných bodů	



