



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Diplomová práce

# Využití NIC a NOC klasifikací u pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu.

Vypracoval: Bc. Barbora Kulhánková

Vedoucí práce: Mgr. František Dolák, Ph.D.

České Budějovice 2016

## **Abstrakt**

Teoretická část práce na téma Využití NIC a NOC klasifikací u pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu se zabývá problematikou totální endoprotézy kyčelního kloubu, edukací pacientů před operačním výkonem a také režimem, který musí pacient dodržovat během hospitalizace i po propuštění do domácího ošetřování. Dále popisuje sestru jako poskytovatelku rehabilitačního ošetřovatelství spolupracující s fyzioterapeutem. Práce pojednává o ošetřovatelském procesu, zabývá se terminologiemi ve zdravotnictví, problematikou NANDA, klasifikacemi NIC a NOC a Aliancí 3N.

Byly stanoveny tři cíle práce:

1. Zjistit, jaké aktivity NIC jsou sestrami typicky používány v péči o pacienty s totální endoprotézou kyčelního kloubu.
2. Ověřit uplatnění klasifikací NIC a NOC v péči o pacienty s totální endoprotézou kyčelního kloubu.
3. Zjistit, jaké indikátory NOC jsou sestrami typicky používány v péči o pacienta s totální endoprotézou kyčelního kloubu.

Byla využita kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumného šetření. V rámci kvantitativního šetření byly stanoveny čtyři hypotézy:

1. Ošetřovatelské diagnózy jsou sestrami hodnocené jako nepřínosné.
2. Zajištění pomůcek usnadňující pohyb je sestrami typicky využívaná intervence.
3. Znalost pojmů NIC a NOC je ovlivněna vzděláním.
4. Spokojenost sester s ošetřovatelskou dokumentací je ovlivněna délkou praxe.

Data byla sbírána pomocí dotazníku. Pro kvalitativní výzkumné šetření byla stanovena jedna výzkumná otázka: Jaký je názor sester na NIC a NOC klasifikace v péči o pacienty s totální endoprotézou kyčelního kloubu? Data byla sbírána pomocí námi vytvořené ošetřovatelské dokumentace na základě klasifikací NIC a NOC. Poté byly provedeny polostrukturované rozhovory.

H1 byla vyvrácena. H2, H3 a H4 byly statisticky ověřeny. Klasifikace NIC a NOC jsou celkově sestrami hodnoceny jako nepřínosné pro ošetřovatelskou praxi.

**Klíčová slova:**

Totální endoprotéza kyčelního kloubu

Porušená hybnost

Ošetřovatelský proces

NANDA

Klasifikace NIC

Klasifikace NOC

## **Abstract**

The theoretical part of the thesis entitled *The Use of NIC and NOC Classifications at Patients with the Total Hip Arthroplasty* deals with the problem of the total hip replacement, educating patients before surgery and the regime which must be observed by the patient during the hospitalization and when being discharged from the hospital to home nursing. Further, the nurse has been described as a provider of rehabilitation nursing cooperating with the physiotherapist. The thesis is concerned with the nursing process, it preoccupies with the terminology in the health care, the issue of NANDA, NIC and NOC classifications and the Alliance 3N.

Three goals of the thesis were defined: 1. to find out what types of NIC activities are typically used by nurses within the care of patients with total hip replacement. 2. to verify the application of NIC and NOC classifications in the care of patients with total hip replacement. 3. to investigate what sorts of the NOC indicators are typically used by the nurses in the care of patients with total hip replacement.

The combination of the quantitative and qualitative research is applied. The four hypotheses were determined in the frame of the quantitative survey: 1. Nursing diagnoses are assessed as not being beneficial by the nurses. 2. Ensuring of tools facilitating the movement is a commonly preferred kind of an intervention by the nurses. 3. The knowledge of NIC and NOC terms is influenced by the previous education. 4. The satisfaction of the nurses with the nursing documentation is influenced by the length of practice. Data was collected by means of the questionnaires. One research query was established for the qualitative research: 1. What is the standpoint of the nurses on the NIC and NOC classifications in the care of the patient with total hip replacement? Data was collected by means of the formed nursing documentation based on the NIC and NOC classifications. The semi-structured interviews were used, as well.

H1 remained unconfirmed. H2, H3 and H4 were not statistically validated. The NIC and NOC classifications are generally classified as not being beneficial for the nursing practice by the nurses.

**Keywords**

Total hip arthroplasty

Impaired momentum

Nursing process

NANDA

Classification NIC

Classification NOC

## **Prohlášení**

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

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

V Českých Budějovicích dne 16. 5. 2016

.....

(jméno a příjmení)

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala svému vedoucímu diplomové práce Mgr. Františku Dolákovi, Ph.D. za odborné vedení, vstřícnost a za kvalitní poradenství při konzultacích. Dále bych chtěla poděkovat za neodmyslitelnou psychickou podporu svým rodičům a mému příteli.

## OBSAH

1	SOUČASNÝ STAV .....	13
1.1	Totální endoprotéza kyčelního kloubu .....	13
1.2	Typy totálních endoprotéz .....	14
1.3	Edukace pacienta.....	16
1.3.1	Období před operací.....	16
1.3.2	Období po operaci.....	17
1.3.3	Akutní bolest u pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu...18	
1.3.4	Návrat do běžného života .....	20
1.4	Rehabilitační ošetřovatelství.....	21
1.4.1	Zhoršená tělesná pohyblivost .....	22
1.4.2	Spolupráce s pacientem během rehabilitačního ošetřovatelství .....	23
1.4.3	Spolupráce sestry s fyzioterapeutem.....	24
1.5	Ošetřovatelský proces .....	25
1.5.1	Výhody ošetřovatelského procesu .....	27
1.5.2	Fáze ošetřovatelského procesu .....	27
1.5.3	Kritické myšlení.....	30
1.5.4	Ošetřovatelská dokumentace .....	30
1.5.5	Potřeby klienta .....	33
1.6	Terminologie v ošetřovatelství .....	34
1.6.1	Výzkum v oblasti zdravotnických terminologií .....	35
1.6.2	Důvody pro vznik standardizované terminologie .....	35
1.7	Nanda – International .....	36
1.7.1	Taxonomie a jejich vývoj .....	37
1.7.1.1	Taxonomie I .....	37
1.7.1.2	Taxonomie II .....	38
1.8	Klasifikace ošetřovatelských intervencí – NIC .....	39
1.8.1	Struktura klasifikace NIC .....	39
1.8.2	Využití klasifikace NIC.....	40



1.9	Klasifikace výsledků ošetrovatelské péče – NOC .....	40
1.9.1	Struktura klasifikace NOC .....	41
1.10	Aliance 3N.....	42
2	STANOVENÉ CÍLE A HYPOTÉZY .....	44
2.1	Cíle práce.....	44
2.2	Hypotézy.....	44
2.3	Výzkumné otázky .....	44
3	Metodika.....	45
3.1	Popis metodiky.....	45
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	45
4	Výsledky výzkumného šetření.....	49
4.1	Kvantitativní výzkumné šetření .....	49
4.2	Výsledky kvantitativního výzkumu – hypotézy .....	59
4.3	Výsledky kvalitativního výzkumného šetření .....	66
4.3.1	Analýza ošetrovatelské dokumentace .....	66
4.3.2	Kategorizace výsledků .....	71
4.3.2.1	Spokojenost s ošetrovatelskou dokumentací.....	71
4.3.2.2	Srozumitelnost ošetrovatelské dokumentace.....	72
4.3.2.3	Přínos ošetrovatelské dokumentace .....	73
4.3.2.4	Důvody nespokojenosti s ošetrovatelskou dokumentací .....	73
5	Diskuze .....	75
6	Závěr.....	90
7	Seznam použitých zdrojů.....	92
8	Přílohy .....	98

### **Seznam použitých zkratk**

**NANDA** - North American Nursing Diagnosis Association

**NIC** - Nursing Interventions Classification

**NOC** - Nursing Outcomes Classification

**EULAR** - European League Against Rheumatism

**SYSADOA** - symptomatic slow acting drugs

**EBP** - Evidence based practice

**ANA** - American Nurses Association

**ICN** - International Council of Nurses

**ACENDIO** - Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes

**WENR** - Workgroups of European Nurses Researches

**JIP** – Jednotka intenzivní péče

**SZŠ** – Střední zdravotnická škola

**VOŠ** – Vyšší odborná škola

**PhDr.** – Doktor filozofie

**DiS.** – Diplomovaný specialista

**Bc.** - Vysokoškolské bakalářské vzdělání

**Mgr.** - Vysokoškolské magisterské vzdělání

**Ph.D.** – Doktor filozofie

## Úvod

Pacienti, kterým byla indikována totální endoprotéza kyčelního kloubu, jsou po tomto výkonu do jisté míry omezeni v pohybu, což může být pro některé jedince problémem, který vážně zasahuje do jejich života. Po tomto výkonu je nutné nejen změnit pohybový režim, ale v některých případech je třeba zasáhnout přímo do soukromého života těchto klientů. Konkrétně se může jednat o přeměnu či úplnou změnu jejich dosavadního bydliště, u jedinců v mladším věku se může jednat o změnu mimovolních aktivit a u některých osob je dokonce třeba, aby změnilly dosavadní povolání. Rekonvalescence po tomto výkonu není snadná, a proto je důležité, aby byl pacient součástí takového týmu, který mu usnadní tuto nelehkou životní situaci zvládnout.

Pro pacienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu je stěžejní správný pohybový režim. V prvních dnech je ale samozřejmé, že se mohou objevit jisté problémy, které se týkají jeho pohyblivosti a soběstačnosti. Jedinci nejsou schopni bez jisté pomoci samostatného polohování v lůžku, přemisťovat se. V oblasti hygieny, vyprazdňování, nebo oblékání se též objevují jisté deficity. Pacienti jsou nuceni používat kompenzační pomůcky a též jsou odkázáni na pomoc druhé osoby, ať už se jedná o pomoc sestry, fyzioterapeuta, ergoterapeuta či nejbližších příbuzných. Jednotlivé problémy v těchto oblastech je třeba identifikovat a profesionálně je řešit. K jejich identifikaci je třeba důkladného zhodnocení pacienta sestrou, a to nejen po stránce fyzické, ale též po stránce psychické, sociální a spirituální. Všechny tyto aspekty je třeba udržovat v rovnováze, a pokud je jediná složka narušena a nedochází k její nápravě, může dojít k nespolupráci ze strany pacienta a tím k prodloužení jeho hospitalizace.

Pro důkladné zhodnocení pacienta sestra používá ošetrovatelský proces, který má několik fází. Jednou z těchto fází je diagnostika, při níž jsou u konkrétního pacienta po získání dostatečného množství informací sestaveny jednotlivé ošetrovatelské diagnózy. Diagnostickou terminologií se zabývá asociace NANDA – International, která diagnózy vyvíjí, zdokonaluje a podporuje jejich používání. S touto americkou asociací úzce spolupracují klasifikace ošetrovatelských intervencí NIC a klasifikace ošetrovatelských výsledků NOC. Klasifikace jsou přeloženy do několika světových jazyků, do českého

však nikoliv. Ve vysoké míře jsou využívány v Brazílii, Kanadě, Dánsku, Anglii, Francii, Německu, na Islandu, v Japonsku, Korejské republice, Španělsku, Švýcarsku a v Nizozemí. V České republice k jejich revizi nedošlo a nejsou ani v souladu s vyhláškou 55/2011 Sb., O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Přesto jsou ale na území České republiky prováděny výzkumy v této oblasti jako součást rozvoje ošetřovatelství.

Péče poskytovaná pomocí standardizovaného názvosloví Aliance 3N, tedy NANDA, NIC a NOC, pomáhá vyvíjet takovou databázi informací, ze které je možné vybrat ošetřovatelské intervence, které jsou pro pacienta nejvhodnější a zabezpečují tak vysoce individuální a profesionální ošetřovatelskou péči.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Totální endoprotéza kyčelního kloubu

Müller a Herle (2010) popisují kyčelní kloub jako kulovitý kloub, který patří mezi největší klouby v lidském těle. Jeho náchylnost k patologickým procesům je dána nucenou adaptací na vzpřímený postoj během vývoje jedince.

Dále uvádí, že nejčastější indikací pro totální endoprotézu kyčelního kloubu je diagnostikovaná koxartróza. Jedná se o degenerativní onemocnění kyčelního kloubu. Jde o proces, během kterého dochází k destrukci chrupavky kloubu a dochází tak k subchondrálním mikrofrakturám. Onemocnění vzniká na podkladě určité zátěže, které organismus nedokáže dlouhodobě odolávat.

Evropská liga proti revmatismu (EULAR) navrhla léčebný postup pro terapii artróz a shrnula ji do takzvané Pyramidy léčby artróz dle EULAR. Na spodní straně této pyramidy jsou vyobrazena režimová opatření, ke kterým patří odlehčení, rehabilitace, lázeňská léčba a protetika. Při zhoršování příznaků artrózy se přechází k medikamentům ze skupiny nesteroidních antirevmatik a léky zpomalující artrózu (léky třídy SYSADOA). Při vyšším stupni artrotických procesů jsou volena silná analgetika společně s opioidy. Na úplném vrcholu pyramidy leží chirurgická terapie v podobě totální endoprotézy kyčelního kloubu.

Klient, kterému byla doporučena implantace totální endoprotézy kyčelního kloubu, by se měl od svého ošetřujícího lékaře dozvědět mimo jiné i takovou skutečnost, že umělou náhradou kyčelního kloubu terapie nekončí a zhruba po patnácti letech od výkonu nejsou výjimkou i revizní reoperace (Müller a Herle, 2010). Rozkydal (2012) poukazuje na omezení, která jsou dána limity totální endoprotézy. Denní aktivita bez nošení těžkých břemen, vyhýbání se fyzicky namáhavé práci a pravidelné kontroly lékařem za účelem detekování změn a možných komplikací v okolí kosti i implantátu samotného, jsou podmínkami pro efektivní a správnou funkci endoprotézy, která může sloužit i 20 až 30 let.

Totální endoprotéza kyčelního kloubu je jedna z neúspěšnějších a často prováděných operací na celém světě (L. Shan et al., 2014). „*Jedním z největších dobrodiní moderní ortopedie je bezesporu endoprotéza kyčelního kloubu, která nabývá*

*stále většího významu se zvyšující se průměrnou délkou života.*“ (Dungl a kol., 2014, s. 758) Rozkydal (2012) se zmiňuje o tom, že během totální náhrady kyčelního kloubu je nahrazováno acetabulum, které je poškozené degenerativními procesy, společně s femorální hlavici. Endoprotéza je rozdělena na dvě části, a to na acetabulární komponentu, neboli jamku, a femorální komponentu s dříkem, krčkem a hlavičkou. Kudrna a Burget (2011) uvádějí, že totální endoprotéza kyčelního kloubu, nebo také aloplastika, dnes patří k nejběžnějším terapeutickým výkonům. Díky tomuto zákroku je zpět do běžného života navraceno několik tisíc pacientů. Implantace endoprotézy je klientům doporučována v případě, kdy jsou ohroženi na zdraví primární artrózou kyčle, postdysplastickou artrózou, ale také artrózou posttraumatickou. K indikacím pro totální endoprotézu kyčelního kloubu jsou též řazeny zlomeniny, nádorová onemocnění a v některých případech i srpkovitá anémie či avaskulární nekróza hlavice kosti.

Jako každý invazivní zákrok má i aloplastika své komplikace. Jako nejzávažnější pooperační komplikace je uváděn infekt, v jehož důsledku často dochází k odstranění endoprotézy, sanaci infekce a v některých případech také následné revizní operaci. Příčin vzniku infekce je několik. K zanesení infekčního agens může dojít během výkonu na operačním sále, nebo hematogenní cestou ze vzdálenějšího ložiska. K dalším pooperačním komplikacím patří luxace endoprotézy, periprotetické zlomeniny a vznik trombembolické nemoci, při které existuje riziko vzniku plicní embolie.

## **1.2 Typy totálních endoprotéz**

Kudrna a Burget (2011) informují o dělení implantátů. Nahrazovaná kloubní jamka s hlavici jsou zpravidla děleny dle způsobu fixace ke kosti, a to na cementované a necementované.

Cementovaná endoprotéza je ke kosti upevněna pomocí kostního cementu. Pro cementovaný dřík je charakteristická okamžitá primární stabilita, což umožňuje pacientům poměrně rychlou mobilizaci po výkonu. Využívány jsou dříky s leštěným povrchem a pro jejich výrobu je vybírána ušlechtilá konstrukční ocel a slitiny chromu, kobaltu a molybdenu. Femorální komponenty medulární, jejichž krček je zakončen takzvaným kónusem s úkosem 12/14, ke kterému jsou připevňovány hlavičky z různých materiálů, jsou pro implantaci vybírány častěji než komponenty monolitní. Další

součástí cementované endoprotézy je jamka. Rovněž je, stejně jako dřík, dobře primárně stabilní. Pro její výrobu je většinou zvolen vysokomolekulární polyetylén. Tento materiál je zpracováván metodou cross – link, která zaručuje odolnost vůči otěru. Tyto komponenty jsou ve velké míře využívány především u starších pacientů.

Druhým typem totální náhrady kyčelního kloubu je necementovaná endoprotéza. Necementovaný dřík je ve většině případů rovný, čtyřhranný. Před jeho implantací je třeba čtyřhrannou frézou vyfrézovat dřevovou dutinu. Díky tomu je dřík pevně usazen do kosti. Pro výrobu necementovaných implantátů bývá volena slitina titanu. Na povrchu implantátů je vrstva hydroxiapatitu nebo mikropartikule oxidů titanu. Díky těmto vrstvám je zajištěna co nejlepší sekundární stabilita. K necementovanému dříku patří necementovaná jamka. Ta je vždy modulární. Výhodou této jamky je velká primární stabilita, která je zajištěna závitorezným principem. Kotvící část je připevněna v acetabulu díky závitům na zevním povrchu necementované jamky. Je tak zašroubována do kostního lůžka. Velké uplatnění pro upevnění jamky má však metoda press–fit nebo také form-fit. Kostní lůžko je upraveno sférickými frézami a do takto upraveného lůžka je upevněna kotvící část jamky ve velikosti poslední použité frézy, nebo je zvolena velikost jamky o dva milimetry větší (Kudrna, Burget, 2011).

V kotvících částech necementovaných komponentů jsou upevněny artikulační vložky. Upevnění těchto vložek je opět provedeno několika způsoby. Nejčastějším je opět metoda press – fit, která umožňuje přesné a dokonalé zapadnutí daných částí. Výrobním materiálem artikulačních vložek i hlaviček je polyetylén, ale také kov a keramika. Nejmenší otěr operatér zajistí při užití kombinace keramické artikulační vložky a keramické hlavičky.

Někdy zdravotní stav pacienta vyžaduje, aby operatér zvolil takové femorální komponenty, které jsou využívány pouze při zvláštních indikacích. Mezi tyto komponenty jsou řazeny dříky užívané při revizních výkonech a jsou proto nazývány dříky revizní. Dalším typem jsou dříky tumorózní, které jsou využity při metastatických změnách proximální části kosti stehenní (Kudrna, Burget, 2011).

### **1.3 Edukace pacienta**

Sigmundová (2010) se ve svém článku zaměřuje na důležitou součást předoperační přípravy, a to na edukaci pacienta. Každý z klientů s plánovanou totální endoprotézou kyčelního kloubu by měl být informován o průběhu celé hospitalizace. Není výjimkou, že pacienti často ani nemají představu o tom, co je před a také po samotném výkonu čeká. A protože po tomto zákroku je důležité dodržovat doporučený režim, je nezbytné, aby klient prošel edukačním procesem, který ho naučí správnému chování po operaci i po návratu do domácího prostředí.

Autorka uvádí, že cílem edukace je pacientovi pomoci připravit se na období před i po výkonu. Jedná se o přípravu předoperační, ale i domácí, neboť klient s totální endoprotézou kyčelního kloubu je v pohybu omezen na delší čas, než jen po dobu hospitalizace. Edukátor by měl klientům doporučit, že je třeba jeho bydliště vybavit několika kompenzačními pomůckami pro ulehčení pohybu, jakými jsou sedačky do vany či sprchového kouta, protiskluzová rohož, madla do koupelny i na toaletu spolu s nástavcem na WC. Zmíněnou sedačku s nástavcem na toaletu lze získat na základě poukazu od lékaře a následně si tyto pomůcky obstarat v obchodě se zdravotnickými potřebami. Dále pacient může využít k ulehčení běžných výkonů navlékač ponožek, ruční podavač, nazouvací lžici s dlouhou rukojetí a podobné velmi dobře dostupné pomůcky. Důraz je kladen i na obuv, která musí být vybavena pevnou patou. Jednou z nejdůležitějších pomůcek je abdukční klín pro udržení správné polohy končetin v lůžku (Sigmundová, 2010).

#### **1.3.1 Období před operací**

Halášová a Panošová (2010) se zmiňují o nezbytnosti důkladné dlouhodobé předoperační přípravy z důvodů kompenzace přidružených onemocnění, samotného zákroku i vhodného zvolení anestézie. Komplexní předoperační vyšetření před tímto operačním výkonem zahrnuje vyšetření interní, předoperační rehabilitaci, krevní odběr nutný pro zajištění autotransfúze a samozřejmě předoperační přípravu krátkodobou a bezprostřední v den operace. Interní vyšetření zhodnotí schopnost klienta podstoupit tento náročný terapeutický zákrok, případně stupeň rizika společně s navrhovanými postupy, které tato rizika u konkrétního klienta mohou snížit. Dalším důležitým



kritériem je vyšetření a následná sanace veškerých zdrojů infekce. U pacientů s plánovanou totální endoprotézou kyčelního kloubu je nezbytné zajistit autotransfuzi. Dojde-li během vlastního výkonu k velkým krevním ztrátám, je pro pacienta zajištěno dodání vlastní krve, což je pro klienta příznivé z hlediska snížení pooperační zátěže a rizika vzniku komplikací během i po podání transfúze. Součástí předoperační přípravy je setkání pacienta s fyzioterapeutem, který ho edukuje především o správné a efektivní chůzi s berlemi po výkonu.

### **1.3.2 Období po operaci**

Během pooperační péče, kdy je u klienta pravidelně sledována operační rána a dochází k řadě pooperačních kontrol zaměřených především na hojení měkkých tkání a integraci implantátu, je nezbytnou a jednou z nejdůležitějších částí této péče pravidelná a správná rehabilitace. Ta navazuje na rehabilitační techniky, které se pacient ve spolupráci s fyzioterapeutem naučil před operací (Halasová, Panošová, 2010).

Dungl a kol. (2014) popisují pooperační období zaměřené na rehabilitaci pacienta. První pooperační den je rehabilitační cvičení věnováno dechové gymnastice a kondičnímu cvičení. To je zaměřeno jak na operovanou dolní končetinu, tak i na ostatní končetiny, zejména na extenzory lokte, které jsou podstatné pro správnou chůzi o berlích. Na operované končetině je třeba aktivně cvičit hlezenní kloub společně s izometrickými cviky orientované na gluteální svaly a musculus quadriceps femoris.

Druhý a třetí den je do rehabilitace zapojeno i cvičení kyčelního kloubu za pomoci fyzioterapeuta. Jedná se o flexi kyčle do 90 stupňů při zachování vnitřní rotace společně s abdukci. Dále je pacient postupně vertikalizován. V první fázi je nacvičen sed se svěšenými dolními končetinami z lůžka, v další se pacient s pomocí postaví a dochází k nácviku takzvané trojdobé chůze, který je zahájen simulací nášlapu. K tomu jsou využívány francouzské hole nebo také podpažní berle, neboť operovanou nohu je třeba odlehčit. Z hlediska zajištění co největšího odlehčení operované končetiny jsou nevhodnější berle podpažní. Většinou jsou však voleny francouzské hole, a to z důvodu většího pohodlí pro pacienty.

Čtvrtý a pátý den je klient schopen samostatného cvičení s končetinou do povolené flexe a abdukce. Kromě toho také dochází k nácviku přetáčení na bok za pomoci

pomůcek, konkrétně s molitanovým klínem, který se pacientům vkládá mezi končetiny. Ten zabraňuje zevní rotaci a addukci, které jsou příčinou luxace kloubu. Poloha na boku není vhodná pro spaní, ale naopak se doporučuje pro uvolnění při bolestech zad, dále lze takto, při spolupráci s fyzioterapeutem, procvičovat flexi v kyčelním i kolenním kloubu společně s izometrickým cvičením gluteálních svalů. Při relaxaci či cvičení pacienta v poloze na boku je nutné pacientům mezi kolena vložit molitanový válec, nebo jinou polohovací pomůcku.

V období šestého a sedmého pooperačního dne by pacient měl zvládnout cvičení na břiše. V této poloze opět probíhají izometrická cvičení gluteálních svalů a quadricepsu, dále i flexe a extenze kolenního kloubu. V tomto období dochází také k nácviku vnitřní rotace vsedě na lůžku.

Po týdnu důkladné rehabilitace, osmý až dvanáctý den, je rehabilitace směřována na osvojování chůze a dalších prvků sebeobsluhy. Pacienti trénují posazení na židli a toaletu, chůzi po nerovném terénu a také chůzi po schodech. Vše pod dohledem fyzioterapeuta.

Pokud je pacient bez komplikací a v dobrém zdravotním stavu, bývá třináctý až čtrnáctý den věnován konzultacím o jeho domácím prostředí. Fyzioterapeut informuje pacienta o vhodných kompenzačních pomůckách, které jsou nezbytné pro udržení naučeného režimu, jež je třeba udržovat i po návratu do domácího prostředí. Jedná se o nástavce na toalety, madla k toaletě i do koupelny a podobně (Dungl a kol., 2014).

Slezáková (2010) popisuje následnou léčebnou rehabilitaci jako období po ukončení hospitalizace pacienta, kdy po důkladné edukaci odborníků rehabilituje samostatně v domácím prostředí, nebo je z ortopedického oddělení přeložen na oddělení rehabilitační. Často je těmto pacientům doporučován pobyt v lázních.

### **1.3.3 Akutní bolest u pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu**

Dle Rokyty a kol. (2009) je akutní bolest krátkodobá a pro organismus člověka účelná a velmi dobře reaguje na léčbu. K léčbě akutní bolesti by mělo být přistupováno hlavně po úrazech a v průběhu pooperačního období. V případě, že akutní bolest není dostatečně a efektivně řešena, hrozí riziko vzniku chronické a perzistentní bolesti, jejíž léčba je dlouhodobá a náročná.

U pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu bývá přítomna akutní pooperační bolest, která je doprovodným efektem tohoto zákroku. Příčinou je mechanické či tepelné poškození tkání (o tepelném poškození tkání mluvíme v souvislosti s termokoagulací nutnou pro zastavování krvácení operátorem během chirurgického výkonu).

Kompetence všeobecných sester, které jsou dány Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 55/2011 Sb. umožňují hodnotit aktuální stav pacientů za pomoci hodnotících škál. Tato hodnocení se týkají mnoha oblastí a samozřejmě i sledování a následné hodnocení bolesti (Taliánová a kol., 2013).

Rokyta a kolektiv (2009) informuje o tom, že sestry v rámci ošetrovatelského procesu sledují a hodnotí bolest pacientů pomocí vizuální analogové škály VAS. Pacient během tohoto měření určí stupeň intenzity jeho bolesti, kdy 0 ukazuje na nepřítomnost bolesti a 10 na nejvyšší možnou míru intenzity bolesti, která je pro pacienta představitelná. Zároveň s těmito údaji by měl ošetrovatelský personál zaznamenávat hodnoty monitorace dechu, krevního tlaku a pulzace. Vnímání bolestivého podnětu je velmi subjektivní.

Rokyta a kolektiv (2009) dále popisuje typy léčby akutní pooperační bolesti. Během léčby pooperační akutní bolesti jsou voleny metody nefarmakologické, při nichž je důležitý psychologický přístup ke konkrétnímu pacientovi. Pocity bezmocnosti, strachu a úzkosti negativně ovlivňují vnímání pooperační bolesti. Málek (2011) mezi další nefarmakologické metody řadí hypnózu, imobilizaci, chlazení, masáže a také akupunkturu. Všechny tyto metody jsou charakteristické svou minimální invazivností. Jejich účinnost je však nízká.

Další metodou je samozřejmě farmakologická léčba bolesti. Pacientům jsou aplikovány medikamenty pro tlumení bolesti. U pacientů staršího věku je ovšem nutné, aby se lékaři před naordinováním určitého medikamentu pro tlumení bolesti řídili jak věkem klienta, tak i možnou polymorbiditou. Často je v pooperačním období využívána kombinace obou metod. Jedná se o tak zvaný multimodální přístup (Rokyta a kol., 2009).

Rokyta a kol. (2012) zdůrazňuje, že tišení akutní bolesti redukuje autonomní nežádoucí účinky, má vliv na hojení operační rány a tím i na zkrácení doby hospitalizace pacienta. Dále není možné, aby se opomínalo na pravidelné podávání tekutin pacientům, dostatečnou výživu a v neposlední řadě zajištění kvalitního spánku. Je samozřejmostí, že ze strany ošetrovatelského personálu je zajištěna prevence a případná terapie komplikací.

#### **1.3.4 Návrat do běžného života**

Po ukončení hospitalizace jsou pacienti poučeni o nezbytnosti léčebného cvičení v domácím prostředí dle rehabilitačního plánu, který jim byl stanoven na oddělení. Dodržování tohoto plánu je důležitým prvkem pro postupné zvyšování rozsahu pohybu v kyčelním kloubu, pro posílení svalů a zlepšení celkového stavu pacienta. Ke zlepšení celkové kondice přispěje také „odložení“ francouzských holí. Hole klient přestane užívat dle ordinace ortopeda (Prokšíková, 2014). Halasová a Panošová (2010) uvádějí, že po uplynutí dvou až pěti měsíců od implantování náhrady kyčelního kloubu mohou pacienti již vyvíjet plnou zátěž na operovanou končetinu a při běžných činnostech není nutné využívat berle. Stále je však třeba dodržovat naučená pravidla a vyhýbat se hlubokým předklonům, nekřížit dolní končetiny přes sebe a být opatrný při ulehání do lůžka.

Pacienti by se také měli vyhýbat cestám, které jsou kluzké nebo namrzlé a užívat by měli doporučenou obuv s pružnou podrážkou. Během posazování a ulehání je vhodné, aby klienti stále užívali abdukční klín či jinou pomůcku se stejným účinkem. Důležitá je častá změna poloh a při sedu váhu rozložit na obě hýždě rovnoměrně. Dodržuje-li pacient všechny stanovené zásady společně s rehabilitačním plánem, je riziko uvolnění endoprotézy již po třech měsících minimální (Taliánová, Holubová, Pylný, 2009).

Návrat klientů zpět do zaměstnání bývá individuální. Takové zaměstnání, které od klienta vyžaduje zvýšenou fyzickou aktivitu, je nevhodné i několik měsíců od zákroku a při výrazném poškození kloubu ani umělá náhrada neumožňuje pacientům opětovný návrat do jejich zaměstnání. Se zaměstnáním do určité míry souvisí i jízda v automobilu. Řízení samotného klienta je možné až po uplynutí tří měsíců od

propuštění. Na místo spolujezdce se však může posadit ihned po ukončení hospitalizace za předpokladu dodržení několika pravidel. Auto musí být dostatečně prostorné a uzpůsobené tak, aby při usazení klienta nedošlo k výrazné flexi v kyčelním kloubu.

Všem klientům je ze strany zdravotníků doporučeno několik typů rekreačních sportů. K lehkému sportování by mělo docházet s odstupem šesti měsíců po návratu do domácího prostředí. Nejlépe hodnocenými sportovními aktivitami pro pacienty po totální endoprotéze kyčelního kloubu jsou chůze, jízda na kole, plavání a lehká turistika. Sporty, u kterých je výrazné riziko pádu, jako například sjezdové lyžování či jízda na koni není pro takovéto pacienty vhodná.

Je velmi důležité, aby se pacient s tímto naučeným režimem zcela identifikoval a dodržoval ho po zbytek života. Důležitou roli hraje i prevence zánětů a obezity. Správná životospráva je proto nedílnou součástí každodenního života klienta (Halasová, Panošová, 2010).

#### **1.4 Rehabilitační ošetřovatelství**

Dle vyhlášky č. 55/2011Sb., O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, je sestra kompetentní k vykonávání rehabilitačního ošetřovatelství ve spolupráci s fyzioterapeutem či ergoterapeutem. Jedná se především o činnosti jako polohování, posazování, dechová cvičení, metody bazální stimulace. Dále je kompetentní k provádění nácviku sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti klientů. To vše s ohledem na prevenci nebo nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z mobility (Předpis č. 55/2011 Sb., 2011).

Hlavičková (2013) popisuje rehabilitační ošetřovatelství jako činnost, která je nezbytnou součástí komplexní ošetřovatelské péče o pacienta. Díky těmto činnostem sestry zamezují vzniku sekundárních změn a komplikací, které vždy prodlužují dobu hospitalizace klientů. Jak uvádí Kolář (2010), sekundární změny jsou mnohdy větší zátěží pro organismus než samotné primární onemocnění. Hlavičková (2013) upozorňuje na to, že i běžné činnosti patřící ke každodenní práci sester, jakými jsou hygienická péče, péče o kůži a vyprazdňování, zajištění pitného režimu i dietních opatření a v neposlední řadě fyzická i psychická aktivace klienta, jsou neodmyslitelnými prvky rehabilitačního ošetřování.

Rehabilitační ošetrovatelství však sestra nemůže provádět bez spolupráce ostatních členů multidisciplinárního týmu. Neustálá spolupráce sestry s fyzioterapeutem, ergoterapeutem, ale také psychologem zaručuje pacientům kvalitní a efektivní péči v oblasti rehabilitačního ošetrovatelství.

Piecková Palata (2012) ve svém článku uvádí, že hlavním cílem rehabilitace a rehabilitačního ošetrovatelství je opětovné navrácení klienta zpět do běžných aktivit života. Tato takzvaná návratná péče udržuje a zvyšuje soběstačnost pacienta a tím zajišťuje klientovu nezávislost na druhých. Rehabilitační ošetrovatelství má nesmírný význam a je důležité jako prevence imobilizačního syndromu. Klient, který je z nějakého důvodu upoután na lůžku, je ohrožen vznikem mnoha komplikací. Mezi nejčastější řadíme trombózu dolních končetin, kontraktury, dekubity, edémy, pneumonii a jiné.

Sestra během rehabilitačních ošetrovatelských činností využívá řadu rehabilitačních prvků. K těmto prvkům patří polohování, pasivní pohyby, kondiční, aktivní i dechová cvičení, výchova k soběstačnosti a někdy také relaxační techniky. Klienti k pohybu někdy využívají pomoci nejrůznějších kompenzačních pomůcek. Sestra by měla být s těmi nejvyužívanějšími pomůckami seznámena a měla by mít znalosti o jejich správném a efektivním užívání.

#### **1.4.1 Zhoršená tělesná pohyblivost**

NANDA ošetrovatelskou diagnózu č. 00085 definuje takto: „*Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin.*“ (NANDA, 2013, s. 230) Pacienti s touto ošetrovatelskou diagnózou se vykazují určitými určujícími znaky. Klienti mají změněnou chůzi, omezený rozsah pohybu v kloubu, obtíže při otáčení, zpomalené pohyby a jiné obtíže.

Slezáková a kol. (2010) uvádí, že cílem sestry při péči o takového pacienta je, aby byl samostatně schopen pohybu, ovšem dle možností stanoveného pooperačního režimu. Při stanovení ošetrovatelských intervencí je ošetrovatelská péče zaměřena na různé oblasti. Před zahájením sesterských aktivit je důležité zhodnotit aktuální stav klienta s ohledem na rehabilitaci. Dále jsou ošetrovatelské intervence směřovány na správnou polohu operované dolní končetiny. Sestra kontroluje, zda dolní končetina

klienta zaujímá polohu v mírné abdukci a lehké vnitřní rotaci. Pro správnou polohu končetiny sestra využívá abdukčního klína společně s antirotační botou. Dále by měl ošetrovatelský personál pacienta s totální endoprotézou kyčelního kloubu neustále upozorňovat na nevhodné pohyby, které by mohly zkomplikovat léčení a prodloužit hospitalizaci. Pacienti nesmějí dolní končetiny překřížit, ležet na operované končetině, sedat na toaletu bez nástavce na WC, provádět zevní rotaci operované končetiny. Kontraindikován je i hluboký sed, dřepy, kleky, přitahování končetiny k pasu a předklánění. Důležitou intervencí je i zajištění abdukčního klína pro pacienta během spánku a polohovacího polštářku mezi kolena během přetáčení klienta na břicho přes zdravou dolní končetinu. Sestra je též aktivní při vstávání či uléhání pacienta na lůžko a při nácvičku sedu, stoje a chůze za pomoci kompenzačních pomůcek, jakými jsou berle nebo chodítka, spolupracuje jak s klientem, tak i s fyzioterapeutem. V neposlední řadě by měla sestra pacienta s totální endoprotézou poučit o nebezpečí pádu a následné možné luxaci endoprotézy.

#### **1.4.2 Spolupráce s pacientem během rehabilitačního ošetrovatelství**

Plevová a kol. (2011a) uvádí, že sestra i ostatní členové multidisciplinárního týmu často spoléhají na to, že s nimi bude pacient při všech ošetrovatelských činnostech spolupracovat. To je ovšem jeden z omylů, kterého se zdravotnický personál dopouští. Ke spolupráci musí být pacient ze strany odborníků neustále motivován a podporován. Mezi pacientem a poskytovatelem ošetrovatelské péče je zapotřebí pozitivní vztah, který vznikne díky prvkům správné a vhodné komunikace mezi nimi. Výsledkem tohoto vztahu je pak spolupráce klienta se zdravotníkem. Jirkovský a kol. (2012) informují o tom, že před zahájením jakékoliv činnosti s pacientem, tedy i v oblasti rehabilitačního ošetrovatelství, je důležitá neustálá spolupráce s konkrétním klientem. Před každým zahájením jakékoli činnosti je třeba klientovi vysvětlit, co budeme dělat, proč tuto činnost budeme vykonávat a seznámit pacienta s postupem. Po celou dobu práce s klientem je důležité dbát na vhodnou verbální i neverbální komunikaci. Sestra by se měla vyjadřovat přesně, jasně a pro klienta srozumitelně. Proto je nezbytné, aby měla zjištěné informace o mentálním stavu pacienta, o jeho ochotě spolupracovat a přijímat

pokyny ze strany odborníka. Pacientovi by též měl být ponechán prostor po případné dotazy a vyjádření jeho názoru.

### **1.4.3 Spolupráce sestry s fyzioterapeutem**

Péče o zdravotní stav pacientů má multidisciplinární charakter. Vliv na kvalitní a efektivní poskytování ošetrovatelské péče má multidisciplinární tým složený z mnoha profesionálů ve svém oboru, jakými jsou fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, ošetrovatelky, psychologové, zdravotní laboranti a jiní.

V současné době dochází k modifikacím v postavení sestry v tomto týmu díky transformaci zdravotní i ošetrovatelské péče. Sestra s příslušnou kvalifikací má neodmyslitelnou roli v týmu odborníků a je v partnerském postavení s ostatními členy (Vévoda a kol., 2013).

Benešová a Benešová (2009) poukazují na skutečnost, že fyzioterapeut má nedocenitelný a pozitivní vliv na řešení klientových problémů. Je prokázáno, že u většiny nemocných lze jejich potřeby uspokojit a jejich problémy vyřešit řadou fyzioterapeutických postupů. Těmito metodami lze ovlivňovat bolestivé podněty, posílit a tím zkvalitnit pohybový aparát i paměťové schopnosti klienta. Týmová práce sestry a fyzioterapeuta znamená profesionální propojení jejich činností tak, aby společně klientům umožnili co největší možnou míru sebezpeče a co nejrychlejší navrácení do běžného a kvalitního života.

Činnosti sestry a fyzioterapeuta se propojují v jednotlivých oblastech. K nejdůležitějším oblastem patří příjem potravy a tekutin, vyměšování, pomoc při oblékání, pomoc při udržování tělesné teploty, při odpočinku a spánku a pomoc během hygienické péče. Výraznou spoluprací mezi těmito profesionály lze zaznamenat během pohybových aktivit pacienta. Součástí běžné ošetrovatelské péče je polohování klienta. Tato aktivita prováděná sestrou je nazývána polohování preventivní. Polohování korekční umožňuje pacientům aktivizaci a je užíváno při vzniklých komplikacích. Sestra je ze strany fyzioterapeuta proškolená za účelem správného zaujímání dané polohy klientem v určitém časovém rozmezí. Sestra je také informována o pomůckách, které jsou pro určitou polohu vhodné. V oblasti dýchání sestra pomáhá pacientovi zaujmout vhodnou polohu, zajišťují přívod vzduchu a provádí hygienu dýchacích cest.



Fyzioterapeut klientům předává informace a učí je speciálním technikám a cvikům. Opět sestřám předává informace o tom, kdy a jak je třeba, aby jedinec dané cviky prováděl, a sestra následně kontroluje, zda se nemocný řídí pokyny. Stejný postup je určen u pohybových aktivit. Fyzioterapeut poučí ošetřovatelský personál o stupni aktivity pacienta a jeho dovednostech. Dále informuje o kompenzačních pomůckách, které klient k pohybu využívá.

## **1.5 Ošetřovatelský proces**

Tóthová a kol. (2014) popisuje aktivní práci sestry, která je založena na ošetřovatelské péči. Aby poskytovaná ošetřovatelská péče byla kvalitní a efektivní, je třeba využívat soubor postupů a metod, které zmiňovanou kvalitu a efektivitu zaručí. Tyto postupy jsou shrnuty do takzvaného ošetřovatelského procesu, který je dnes metodou moderního ošetřovatelství.

Tento termín poprvé uvedla v roce 1955 Hallová a s odstupem několika let byl popisován ještě mnoha dalšími teoretičkami jako Johnsonovou, Orlandovou, Wiedenbachovou, Hendersonovou, Heidgerkenovou, Knowlesovou a Oremovou. V roce 1973 American Nursing Association (Americké sdružení sester) předneslo pět fází ošetřovatelského procesu. Jedná se o zhodnocení pacienta, diagnostiku, plánování péče, realizaci a vyhodnocení výsledků. Všechny tyto fáze se navzájem překrývají a jsou na sobě závislé. Mastiliaková (2014) ve své publikaci uvádí, že v roce 1988 ANA přidala k pěti fázím ošetřovatelského procesu fázi šestou. Standart ošetřovatelského procesu se proto rozšířil na posouzení, diagnostiku, plánování cílů a výsledků, plánování intervencí, realizaci a vyhodnocení.

Při realizaci ošetřovatelského procesu je jedním z důležitých aktivit sestry rozhodování a rozhodovací procesy. S těmito procesy se sestra setká v každé z jejích mnoha rolí. Za výsledky svého rozhodnutí je ovšem plně zodpovědná. Tato samostatná aktivita má vliv na spokojenost sestry ve své profesi a tím je do určité míry zajištěna i její produktivní činnost. V multidisciplinárním týmu se sestra podílí v procesu rozhodování dle svých kompetencí, které získá v průběhu vzdělávání a ošetřovatelské praxe. Rozhodovací procesy lze ovlivnit sestrami v profesních organizacích, ale i na popud sester manažerek, které podporují a vyzývají ostatní sestry na účasti

v organizacích a vládních systémech. Ošetrovatelské rozhodování je však často považováno za aktivitu, která podléhá rozhodnutím ze strany lékařů, tedy rozhodování medicínského, což je překážkou v tomto procesu (Scholzová Festová, Bártlová, 2015).

Tóthová a kol. (2014) dále uvádí, že pilířem ošetrovatelského procesu je holistický přístup k pacientům, rozpoznávání a uspokojování potřeb všech klientů bez rozdílu, úspěšné řešení problémů a předcházení jejich opětovnému vzniku či výskytu komplikací nových. *„Sérii vzájemně propojených činností, při individualizované ošetrovatelské péči provádíme ve prospěch nemocného buď sami, nebo, je-li to možné, i za aktivní spolupráce pacienta.“* (Tóthová a kol., 2014, s. 16) Ošetrovatelského procesu by se měl účastnit samozřejmě i každý pacient, a to zapojením do rozhodování o ošetrovatelské péči u své osoby, kdy společně se sestrou vyhodnotí své potřeby, sestaví plán dané péče, spolupracuje při plnění stanoveného plánu a v závěru hodnotí dosažené výsledky. Tento proces umožňuje aktivně reagovat na potenciální i aktuální ošetrovatelské problémy.

Klienti na změnu svého zdravotního stavu ovšem reagují odlišně, proto není výjimkou, dojde-li ze strany pacienta k pasivitě a nedostatečné spolupráci. Pacienti jsou ovlivňováni mnoha faktory, mezi které patří například pohled na vlastní zdraví, vztah mezi pacientem a poskytovatelem ošetrovatelské péče, vnímání potřeb a jiné.

Ošetrovatelský proces je orientován na to, jak klient na poskytovanou péči reaguje. Vždy je nutné sestavit individualizovaný ošetrovatelský plán. Důraz je kladen také na vedení ošetrovatelské dokumentace, která je nezbytná pro správnou komunikaci, k redukci chyb zdravotnického personálu a k dalším účelům. (Tóthová a kol., 2014)

Efektivnost ošetrovatelské péče je zaručena takzvanou ošetrovatelskou praxí založenou na důkazech (EBP). Jedná se o proces, při kterém jsou spojeny preference klienta se sesterskou odborností kvalifikovaných sester (Ježová, Kvapilová, 2013). *„Praxe založená na důkazech je spojení nejlepšího důkazu získaného výzkumnou činností s klinickou zkušeností a pacientovými hodnotami, které usnadňuje klinické rozhodování.“* (Bužgová, Sikorová, 2008, 26 s.) Cílem EBP je zvýšení kvality ošetrovatelské péče poskytované hospitalizovaným pacientům v rámci ošetrovatelského procesu (Ježová, Kvapilová, 2013).

### **1.5.1 Výhody ošetrovatelského procesu**

Ošetrovatelský proces a jeho využití při poskytování ošetrovatelské péče přináší mnoho pozitivního jak pro poskytovatele ošetrovatelské péče, tak i pro jeho příjemce, tedy klienty.

Pozitiva pro příjemce jsou následující: poskytovaná péče je plánovaná, kvalitní a efektivně uspokojuje potřeby nemocných, proces umožňuje návaznost a kontinuitu péče, v neposlední řadě je zajištěna účast pacienta na ošetrovatelské péči.

Pro poskytovatele péče je ošetrovatelský proces přínosem z hlediska splnění norem akreditovaných pracovišť, neboť jeho realizace je primárním požadavkem těchto pracovišť a základní podmínkou pro instituce, které o akreditaci žádají. Dalšími pozitivy jsou plnění norem ošetrovatelských, vyhnutí se trestné činnosti a rozporu se zákonem, spokojenost v zaměstnání a systematické ošetrovatelské vzdělání personálu (Tóthová a kol., 2014).

### **1.5.2 Fáze ošetrovatelského procesu**

Mastiliaková (2014) popisuje šest fází ošetrovatelského procesu. Na začátku stojí posuzování. Tato fáze je nezbytná pro získání veškerých možných informací o klientech. Shromáždění údajů sestře napomáhá stanovit určitý závěr a vyhodnotit stav nemocného. Pro získávání dat využívá mnoha zdrojů. Od samotného pacienta, jeho rodiny, přátel, ze zdravotnické dokumentace nemocného, laboratorních a ostatních vyšetření a také od zdravotnického personálu, který již byl s pacientem v kontaktu. Sestra v této fázi s pacientem sestaví ošetrovatelskou anamnézu a provede základní fyzikální vyšetření.

Dalším krokem je diagnostika. V této fázi sestra analyzuje veškeré informace a data získaná o klientovi, následně je syntetizuje, provede diagnostiku jeho problémů a sestaví ošetrovatelské diagnózy aktuální i potenciální.

Janíková a Zeleníková (2013) kladou důraz na identifikování ošetrovatelských diagnóz, které jsou vysoce individuální a jsou sestavovány na základě důkladného posouzení klienta, určení rizikových a souvisejících faktorů a určujících znaků. Nelze vycházet jen z tělesné stránky. Je třeba pohlížet na každého z klientů jako na bio –

psycho – sociálního a spirituálního jedince. Během ošetrovatelské diagnostiky je důležité dbát na správnou a důkladnou komunikaci s pacientem.

Od sester se v této fázi ošetrovatelského procesu očekává, že jsou v ošetrovatelských diagnózách plně orientované a umí s nimi efektivně pracovat. Přesto se však stále objevují námitky ze strany sester pro užívání ošetrovatelské diagnostiky. Nejčastěji sestry poukazují na jejich přetěžování a na nedostatek času na klienty. Dále je zdůrazňováno, že aktivity sester jsou směřovány k diagnózám medicínským a také fakt, že zvolené ošetrovatelské diagnózy ne vždy odpovídají stavu pacienta. Dle výzkumného šetření, které bylo zaměřeno na detekování možných příčin, které ovlivňují používání ošetrovatelských diagnóz sestrami, byly jako nejčastější faktory uvedeny nedostatek času, nedostatek personálu, počet pacientů na jednu sestru, zátěž, kterou přináší administrativa, rozdíly v teorii a praxi (Macková, Zeleníková, 2012).

Čablová (2010) poukazuje na to, že u každého onemocnění se vyskytují některé ošetrovatelské diagnózy ve vysoké frekvenci, a proto je možné vypracovat soubor ošetrovatelských diagnóz, které jsou v praxi běžné a časté. Jako příklad udává pacienty se zlomeninou dolní končetiny. U všech klientů s touto diagnózou je vždy přítomna akutní bolest, riziko infekce v souvislosti se zavedením periferního žilního katétru či permanentního močového katétru a též deficit sebezpečí při oblékání, během hygieny i v oblasti vyprazdňování. Autorka pohlíží pozitivně na zavedení postupu, při kterém by byl vytvořen již zmiňovaný soubor ošetrovatelských diagnóz společně s ošetrovatelskými cíli a sestřskými intervencemi. Takto vytvořený plán by bylo, dle autorky, možné využít během péče o všechny pacienty se zlomeninou dolní končetiny. Autorka však nezapomíná na fakt, že každý z pacientů by měl být individuálně ohodnocen ve všech třinácti doménách dle modelu Gordonové (Čablová, 2010).

Třetí fází ošetrovatelského procesu je plánování. Sestra si naplánuje následnou ošetrovatelskou péči a stanoví očekávané výsledky, kterých je třeba ve spolupráci s pacientem dosáhnout. Ke zlepšení zdravotního stavu pacienta nebo k jeho úplnému uzdravení vedou ošetrovatelské intervence. Tyto intervence jsou poskytovány v určitém čase, v určité situaci a za pomoci a dostupnosti jednotlivých zdrojů a technik.

Po naplánování následuje fáze čtvrtá, tedy plánování intervencí. Naplánování těchto ošetrovatelských intervencí vychází z fáze třetí. Sestra si vymezí očekávané cíle (Mastiliaková, 2014). Výsledkem je sestavení individuálního ošetrovatelského plánu pro každého z pacientů. Wichsová (2013) informuje o tom, že ošetrovatelský plán sestavený dle stanovených ošetrovatelských diagnóz klientům zaručuje efektivní a kvalitní péči uspokojující jejich vysoce individuální potřeby.

Pro pátou fází je charakteristická realizace naplánovaných činností. Vykonané ošetrovatelské aktivity a reakce pacienta na ně sestra uvádí do dokumentace konkrétního klienta. Sestru v těchto aktivitách může zastoupit i někdo jiný z členů ošetrovatelského týmu. Takzvaná delegace práce je možná pouze za předpokladu, že jde o činnost, jež může být legálně a bezpečně provedena pověřenou osobou a nedojde k ohrožení pacienta a případnému zhoršení jeho zdravotního stavu. Realizace individuální péče vychází z předpokladu péče skupinové.

Poslední, tedy šestou fází ošetrovatelského procesu, je vyhodnocení. Sestra hodnotí, zda bylo dosaženo všech stanovených cílů a jestli veškeré intervence byly efektivní. Na základě účinnosti ošetrovatelských aktivit a splnění či nedosažení ošetrovatelských cílů je stanovený plán modifikován. V případě nesplněného cíle je třeba identifikovat důvod neúspěchu a intervence pozměnit, nebo je zcela vyřadit a přidat nové. Tato poslední fáze vyžaduje opětovné zopakování všech předchozích fází (Mastiliaková, 2014).

Holubová a Pálková (2012) prezentují výsledky jejich výzkumného šetření, kterého se účastnilo 41 sester pracujících na standardních odděleních v nemocničních zařízeních Jihočeského kraje a Moravskoslezského kraje. S ošetrovatelským procesem a jejich fázemi je dle výzkumu tohoto šetření seznámeno 66 % sester. V průběhu poskytování ošetrovatelské péče o hospitalizované pacienty využívá ošetrovatelského procesu 95 % respondentů, 5 % dotazovaných si není jisto, zda je jejich ošetrovatelská péče poskytována formou ošetrovatelského procesu. Z celkového počtu respondentů se však jedná pouze o dvě všeobecné sestry.

Sběr dat se dotkl i oblasti ošetrovatelských diagnóz. Bylo prokázáno, že většina účastníků tohoto šetření zaujímá kladný postoj k ošetrovatelským diagnózám. 59 % dotazovaných sester považuje ošetrovatelské diagnózy za důležité prvky potřebné

k efektivnímu poskytování ošetrovatelské péče. 34 % respondentů je považuje za zcela zbytečné a 27 % si nebylo jisto v kladech či záporech jejich užívání (Holubová, Pálková, 2012).

### **1.5.3 Kritické myšlení**

Sestra v klinické praxi má mnoho rolí. Jednou z těchto rolí je i sestra jako manažerka ošetrovatelské péče. Během ošetrovatelského procesu, který je využíván v rámci ošetrovatelské péče a uspokojování potřeb klientů, je důležitým prvkem kritické myšlení. Kritického myšlení je zapotřebí během rozhodovacích procesů, ale i v průběhu výkonu ošetrovatelských činností.

Sestra, která je schopná kritického myšlení, aplikuje již získané znalosti, strategie a postupy do praxe a při nedostatku vědomostí ví, kde potřebné informace nalezne. Dalším projevem kritického myšlení je aktivní vyhledávání informací, dotazování a zjišťování, kreativita a schopnost přemýšlet o aktuálních či potenciálních situacích. Špirudová (2015) ve své publikaci řadí kritické myšlení mezi takzvané impulsy pro podpůrný ošetrovatelský systém.

Největším přínosem kritického myšlení je napravení chyb způsobených sestrou a následné vyvarování se těmto chybám (Plevová a kol., 2012).

Kritického myšlení je třeba také během plánování ošetrovatelských intervencí. Sestra by si měla neustále opakovat otázku, jakým způsobem je dokázáno, že by sestry měly vykonávat konkrétní intervence. K pokládání si těchto otázek sestra dospěje díky dotazování se, kritickému hodnocení vlastní praxe a samozřejmě také díky kritickému myšlení (Jarošová, Zeleníková, 2014).

### **1.5.4 Ošetrovatelská dokumentace**

Ošetrovatelská dokumentace neboli dokumentace ošetrovatelské péče, je součástí dokumentace zdravotnické. Zdravotnická dokumentace je složena z údajů o klientovi, o jeho zdravotním stavu a poskytnuté ošetrovatelské péči (Policar 2010).

Dle zákona č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách, jsou všechna zdravotnická zařízení povinna vést zdravotnickou dokumentaci. Je zde zakotven obsah zdravotnické dokumentace, jakým způsobem je vedena a uchovávána, kdo a za jakých

podmínek smí do zdravotnické dokumentace pacientů nahlížet a práva pacientů týkajících se zdravotnické dokumentace (Předpis 372/2011 Sb., 2011). Vedení zdravotnické dokumentace a údaje o obsahové stránce upravuje předpis č. 98/2012 Sb., Vyhláška o zdravotnické dokumentaci (Předpis 98/2012 Sb., 2012).

Do dokumentace mohou zaznamenávat pouze pověřené osoby, jakými jsou lékař nebo sestra. Jedná se však o takové záznamy, které jsou v jejich kompetencích. Správně vedená zdravotnická dokumentace se všemi náležitostmi, jako jsou podpisy a razítka, časové údaje, je čitelná a ošetřovatelské záznamy a hlášení sester se shodují s těmi lékařskými, zaručuje zdravotnickému personálu potřebnou ochranu před případnými žalobami ze stran nespokojených klientů (Ščeponcová, 2009).

Zdravotnická dokumentace může mít několik forem. Textová, audiovizuální či grafická. Data ve zdravotnické dokumentaci jsou v elektronické nebo listinné formě.

Dokumentace ošetřovatelské péče obsahuje ošetřovatelskou anamnézu pacienta, zhodnocení jeho stavu, jednotlivé potřeby a jejich deficitů a k nim zvolené ošetřovatelské postupy a navržený ošetřovatelský plán.

V části dokumentace, která se týká stanoveného ošetřovatelského plánu, jsou rozebrány a popsány jednotlivé části. V první části se jedná o definici ošetřovatelského problému a konkrétní diagnózu. Dále jednotlivé intervence, datum, čas a četnost jejich realizace a v neposlední řadě i poučení pacientů. Nesmí chybět vyhodnocení ošetřovatelského plánu a v případě potřebných změn v poskytování ošetřovatelské péče je třeba tyto modifikace zaznamenat.

Dalším oddílem jsou doporučení k jednotlivým vyšetřením a propouštěcí zprávy, které se vyhotovují v případě překlady pacienta na jiné oddělení, či do jiného zdravotnického zařízení. V propouštěcí zprávě nesmějí chybět shrnutí anamnézy klienta, aktuální stav pacienta, naposledy provedené činnosti v rámci ošetřovatelských intervencí včetně časových údajů spolu s posledním podáním medikamentů.

V ošetřovatelské dokumentaci pacienta nesmí chybět jeho souhlas s hospitalizací, diagnostickými a terapeutickými výkony a další dokumenty související s poskytovanou ošetřovatelskou péčí, které klientem musí být podepsány. Také dokumenty pro zaznamenávání a sledování jednotlivých rizik, kterými je pacient ohrožen. Týkají se

výživy, sledování bolesti, dekubitů a jiných. Součástí jsou i edukační záznamy a záznamy o ošetřování ran (Policar, 2010).

Díky dobře vedené ošetřovatelské dokumentaci je pacientům poskytována kvalitní, efektivní a systematická ošetřovatelská péče. Je zhotovena dle konceptů sebepéče, se kterými sestra pracuje. Zaznamenávání veškerých aktivit, které sestra v rámci ošetřovatelské péče provádí, je důležité, mimo jiné, také pro doložení o těchto činnostech zdravotním pojišťovnám (Halmo, 2014).

Dle Vondráčka a Wirthové (2009) musí být ošetřovatelská dokumentace, stejně jako zdravotnická, pravdivá, stručná, věcná, čitelná a vždy dostupná. Nesmějí v ní chybět data a časové údaje, jména a podpisy zdravotníků. Důraz je kladen na pravidelné doplňování nových údajů a změn ve stavu klienta.

Dle České asociace sester (ČAS) je nezbytné, aby všeobecné sestry, ale i sestry komunitní a porodní asistentky, vykonávaly ošetřovatelskou péči formou ošetřovatelského procesu. Jeho fáze a aktivity s nimi spojené je třeba zaznamenávat do ošetřovatelské dokumentace pacienta. Dokument „Vedení a uchovávání ošetřovatelské dokumentace“ byl Českou asociací sester vydán jako návod pro práci s ošetřovatelkou dokumentací.

Kvalitně vedená ošetřovatelská dokumentace je jedním z ukazatelů profesionality poskytovatele ošetřovatelské péče. Díky dobře vedené ošetřovatelské dokumentaci je všem klientům bez rozdílu zajištěna kontinuita péče, standart ošetřovatelské péče, umožňuje i správnou komunikaci mezi multidisciplinárním týmem. Nejefektivnější forma ošetřovatelské dokumentace je ta, která je modifikována dle potřeb klienta. Vzniká při neustálém diskutování se členy víceoborového týmu společně s pacientem. ČAS doporučuje při sestavování této dokumentace využití systematických ošetřovatelských modelů.

V dokumentaci lze vyhledat informace o již poskytnuté ošetřovatelské péči a také o naplánované následné péči. Díky dokumentaci může sestra včas reagovat na potenciální změnu stavu klienta (Vedení ošetřovatelské dokumentace, 2008).



### 1.5.5 Potřeby klienta

Dle Plevové (2011b) je třeba, aby potřeby všech lidí byly v neustálé rovnováze. K jednotlivci je nutné zachovávat holistický přístup, neboť ošetřovatelství chápe každého jedince jako komplexní bytost, kterého ovlivňuje jeho rodina, přátelé, prostředí a kultura. Tento celkový pohled na jedince je důležitým pilířem při poskytování holistické ošetřovatelské péče. Dojde-li k narušení této takzvané harmonii potřeb, dochází u konkrétního jedince k chorobným procesům v organismu. Potřeby klientů je možné rozdělit do několika úrovní, a to na biologické, psychické, sociální a duchovní. Tyto úrovně však nelze od sebe izolovat, neboť se všechny navzájem překrývají a souvisejí spolu.

Autorka dále klade důraz na potřebu teoretických znalostí ze strany ošetřovatelského personálu. Kvalifikovaná sestra poskytující kvalitní péči v rámci ošetřovatelského procesu musí být s touto tematikou dostatečně seznámena. Důležité je se orientovat jak v potřebách klientů, tak i v potřebách vlastních.

Jak již bylo zmíněno výše, na uspokojování potřeb má vliv mnoho faktorů. Mezi ty základní patří individualita jedince, vývojové stádium jedince, kultura, ve které jedinec žije, jeho rodina a také samotné onemocnění.

Dle Mastiliakové (2014) je uspokojování potřeb základní činností ošetřovatelství. Potřeba je nejdůležitější druh motivu. Teorií lidských potřeb se zabýval psycholog Abraham Harold Maslow a vytvořil Maslowovu hierarchii potřeb. Tento systém tvoří fyziologické potřeby, potřeby jistoty a bezpečí, lásky a sounáležitosti, které jsou též označovány jako afiliační. Dále potřeby úcty a uznání a vrchol tvoří metapotřeby, tedy potřeby seberealizace či sebeaktualizace.

Člověk bez zdravotního postižení tento nedostatek či nadbytek něčeho řeší ve svém prostředí samostatnou péčí o sebe sama. Komplikace v uspokojování vlastních potřeb nastává tehdy, je-li jedinec z jakéhokoliv důvodu neschopný sebezpěče. V případě neuspokojených potřeb docházím k určitým reakcím klienta. Úkolem sestry je na tyto reakce včas a efektivně reagovat, identifikovat je a diagnostikovat tak ošetřovatelský problém (Mastiliaková, 2014).

## 1.6 Terminologie v ošetrovatelství

Jedním ze základních znaků ošetrovatelského povolání ve 21. století je profesionální využívání ošetrovatelské standardizované terminologie. Oblasti, které v ošetrovatelské profesi nebyly zcela patrné, jsou díky standardizované ošetrovatelské terminologii již viditelné, a to na základě vyjádření odborných výkonů a činností ošetrovatelského personálu (Dolák, Scholz, Tóthová, 2012).

Jarošová a kolektiv (2012) uvádí, že ošetrovatelská terminologie je rozvíjena již přes čtyřicet let. Je využívána nejen během poskytování ošetrovatelské péče, ale i v ošetrovatelské dokumentaci.

Sjednocená terminologie se dotýká mnoha oblastí. Jedná se zejména o unifikované formulace ošetrovatelských diagnóz a sesterských intervencí, systematické shromažďování dat pro vyhodnocení výsledků péče, ujasnění kompetencí a pro elektronickou dokumentaci. „*Standardizovaný ošetrovatelský jazyk hraje stěžejní roli v pojmenovávání, komunikování, organizování a definování ošetrovatelství, stejně tak ve formalizování a strukturování ošetrovatelských znalostí a ošetrovatelské praxe.*“ (Jarošová a kol., 2012, s. 5)

Terminologie zabývající se ošetrovatelskou péčí jsou uznávané Americkou asociací sester (ANA) a jejich přísná revize je zárukou kvality. Do této skupiny patří, mimo jiné, NANDA – International, klasifikace ošetrovatelských intervencí (NIC) a klasifikace ošetrovatelských výsledků NOC. Tyto zmiňované terminologie patří k nejrozšířenějším standardizovaným ošetrovatelským terminologiím (Jarošová a kol., 2012).

Vörösová a kol. (2015) klade důraz na to, že pro všechny obory, nejen ty zdravotnické, je důležité mít svou vlastní terminologii. Terminologie ve zdravotnictví je nezbytná pro komunikaci vědeckou i pro komunikaci interpersonální, při níž je stěžejní, aby došlo ke vzájemnému porozumění mezi sestrami, ale i mezi sestrami a pacienty. Terminologie by v ošetrovatelství měla být unifikována, standardizována a kodifikována. Po zavedení elektronického zpracovávání dat a údajů, takzvaný eHealth, je třeba sjednocené, normované a uzákoněné zdravotnické terminologie v mnohem vyšší míře.

### **1.6.1 Výzkum v oblasti zdravotnických terminologií**

Jako první se v oblasti standardizace ošetrovatelských diagnóz začalo důkladně věnovat zasedání 1. národní konference o klasifikaci ošetrovatelských diagnóz, a to v roce 1973 v USA, konkrétně v Saint Louis. Došlo při něm k setkání pracovníků v ošetrovatelském výzkumu, sester z managementu i klinických pracovišť a učitelů v oboru ošetrovatelství.

Ošetrovatelskou terminologií se také zabývaly, a stále se jí zabývají, i organizace jako je ICN, NANDA, ACENDIO a WENR. American Nursing Association – Cabinet on Nursing Research, tedy komise pro vědecký výzkum ANA, mezi léty 1980 – 1985 zpracovala priority pro ošetrovatelský výzkum ve 21. století, které jsou zaměřené na vzdělání, praxi a výzkum v ošetrovatelství. Kladou především důraz na klasifikaci fenoménů v praxi.

Ve výzkumu v ošetrovatelství má nezastupitelnou roli ICN. Tato rada zahájila projekt ICN Telenurse. V tomto projektu se angažovalo společenství dvanácti zemí Evropy a testovalo v praxi takzvanou Mezinárodní klasifikaci praxe ošetrovatelství. Projekt byl financován programem Telematig Nursing. Do klinické praxe vnesl strukturalizovaná data ošetrovatelské péče a vedl k transformaci systémů ve zdravotnictví v Evropě (Vörösová a kol., 2015).

### **1.6.2 Důvody pro vznik standardizované terminologie**

Mastiliaková (2014) popisuje hlavní důvody, které vedly ke vzniku standardizované terminologie. Prvním důvodem byla potřeba usnadnění komunikace mezi poskytovatelkami ošetrovatelské péče, tedy mezi kvalifikovanými sestrami, neboť často docházelo k situacím, kdy stejný ošetrovatelský problém byl ze stran sester označován různými pojmy.

Dalším důvodem bylo zavedení elektronických informačních systémů. Během tohoto procesu bylo zjištěno, že chybějící jednotná terminologie je nezbytná pro vedení zdravotnické dokumentace klientů.

Potřeba unifikované terminologie vychází i z oblasti ekonomické. Do této kategorie jsou řazeny platby jednotlivým zdravotnickým zařízením za poskytnutou ošetrovatelskou péči.

Čtvrtým důvodem je takzvaná potřeba transparentnosti v činnostech profesí ve zdravotnictví.

### **1.7 Nanda – International**

Jarošová a kol. (2012) popisuje Nandu International jako asociaci, která má za cíl podporovat standardizovanou ošetrovatelskou diagnostickou terminologii. Její vznik je datován k roku 1982. NANDA byla vytvořena z Národní konferenční skupiny. Ta byla založena v roce 1973 během první americké národní konference, která byla zaměřena především na klasifikaci ošetrovatelských diagnóz. V čele této skupiny byla Marjory Gordon a o devět let později, v roce 1982, došlo k přeměně této skupiny na organizaci NANDA, jejíž první prezidentkou byla právě Marjory Gordon až do roku 1988. Zájem o terminologie ošetrovatelských diagnóz ve světě zapříčinil v roce 2002 změnu názvu této organizace, a to na NANDA – International. V roce 2008 byl zvolen první nadnárodní prezident. Stal se jím doktor Dickon Weir-Hughes.

NANDA pracuje s ošetrovatelskými diagnózami (testování a zpřesňování), kterých bylo schváleno již přes 200 a aplikuje je do klinické praxe. Organizace spolupracuje s mnoha institucemi (Jarošová a kol., 2012).

Sestra na jednotce intenzivní péče, nebo na standardním oddělení pracuje na základě klinického úsudku, který je podstatný pro poskytování ošetrovatelské péče. Správně vytvořeného klinického úsudku sestrou lze snadněji dosáhnout právě pomocí Taxonomie NANDA, která je vhodná pro posuzování pacientova stavu a pro tvorbu ošetrovatelských diagnóz (Pospíšilová a kol., 2013).

Taxonomie je zpracována takovým způsobem, aby byl pro každého z klientů vytvořen zcela individuální ošetrovatelský plán, který řeší problémy lidských potřeb (Čablová, 2010).

Ščepončová (2009) uvádí, že vytvoření třísložkových ošetrovatelských diagnóz (např. akutní bolest v souvislosti s operační ránou projevující se sténáním) je pro sestru daleko jednodušší, než tvorba diagnóz dle NANDA taxonomie, neboť se v určitých oblastech shodují s diagnózami lékařskými, například číselným kódem. Poukazuje na to, že u tvorby NANDA diagnóz sestry stráví mnohem více času, neboť musí vyhledat příslušnou doménu, třídu, číselný kód, určující znaky a související nebo rizikové

faktory. Následné ošetrovatelské intervence se však shodují s těmi, který by sestra vykonala při stanovení diagnózy tříslložkové.

### **1.7.1 Taxonomie a jejich vývoj**

*„Taxonomie třídí pojmy na základě jejich podobnosti do systematických konceptuálních rámců.“* (Jarošová a kol., 2012, s. 9) Tento proces začal v roce 1977, kdy se Callista Roy a tým odborníků začali důkladně věnovat vývoji taxonomické struktury. Výsledkem bylo vytvoření dvou NANDA taxonomií, a to Taxonomie I a Taxonomie II.

#### **1.7.1.1 Taxonomie I**

Rok 1982 je významným pro Taxonomii I, neboť za spolupráce několika autorek vznikl rámec diagnostické terminologie s názvem Vzorce unitárního člověka, který byl později změněn na Vzorce lidských reakcí. Jednalo se o strukturu složenou z devíti vzorců: výměna, komunikace, vztahování, oceňování, výběr, pohyb, vnímání, vědění, citění. V těchto vzorcích bylo obsaženo celkem 148 ošetrovatelských diagnóz. Vzorce Lidských reakcí, které třídily ošetrovatelské diagnózy Taxonomie I, však pro klinickou praxi nebyly zcela přínosné. Za důkaz tohoto tvrzení je považován rok 1999, kdy vyšla publikace Pocket Guide for Nurses autorek Goenges a kolektivu, kde je struktura zcela odlišná. Merylin E. Doenges spolu s Mary Frances Moorhouse měly zájem o zjednodušené třídění nashromážděných dat týkajících se klientů. Ošetrovatelské diagnózy sestavené na základě sesbíraných informací rozčlenily do 13 skupin, které byly vytvořené dle oblastí centra pozornosti sestry. Jde o tyto skupiny: Aktivita a odpočinek, Bezpečnost, Bolest a nepohodlí, Dýchání, Hygiena, Integrita osobnosti, Krevní oběh, Nervy a smysly, Sexualita, Společenské interakce, Strava a tekutiny, Vyprazdňování a močení a Vzdělávání a edukaci. Marjory Gordon, která se shodovala s autorkami Doenges a Moorhouse, byla tak motivována k tvorbě Funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví. Do této oblasti spadá několik variant lidského chování, na které má vliv životní styl samotného jedince, jeho rodiny i komunity. Posouzením pacienta z tohoto pohledu je možné identifikovat funkční vzorce zdraví, dysfunkční vzorce zdraví a potenciálně dysfunkční vzorce zdraví. Soubor je rozčleněn do jedenácti

zdravotních vzorců. Jsou jimi: Vzorec vnímání zdraví, Vzorec nutriční, Vzorec eliminace, Vzorec aktivit, Vzorec spánku, Vzorec poznávání, Vzorec vnímání sebe sama, Vzorec role, Vzorec sexuálně – reprodukční, Vzorec zvládnání zátěže a Vzorec hodnoty.

Struktura Taxonomie I prošla několika revizemi a v roce 1994 se členové výboru pro taxonomii shodli na nutnosti vytvoření struktury nové. Podkladem byly Funkční vzorce zdraví Marjory Gordonové. Nově vzniklý systém třídění diagnóz byl několikrát revidován a modifikován. Až v roce 2003 byla Taxonomie I v úplné verzi publikována (Jarošová a kol., 2012).

### **1.7.1.2 Taxonomie II**

Taxonomie II NANDA – I se stala takzvaným ošetřovatelským jazykem, který je založený na důkazech. Splňuje veškerá kritéria a podmínky, které byly předloženy výborem pro informační infrastrukturu ošetřovatelské praxe ANA a je poskytovatelem ošetřovatelské terminologie v klinické praxi (NANDA, 2013).

Struktura této Taxonomie II je tvořena třinácti doménami. Jde o strukturu tříúrovňovou - domény, třídy, kterých je 47 a ošetřovatelské diagnózy. Doména, která je na nejvyšší úrovni, je ze všech tří úrovní nejvíce abstraktní. (Jarošová a kol., 2012) Dle publikace NANDA (2013) je doména popisována jako sféra vlivu, znalostí nebo dotazování.

Jarošová a kol. (2012) uvádí, že názvy ošetřovatelských diagnóz a jejich jednotlivé definice a charakteristiky tvoří úroveň druhou, tedy třídy.

Ošetřovatelská diagnóza tvoří třetí úroveň struktury Taxonomie II. „Je definována jako klinický úsudek o odpovědi jedince, rodiny nebo komunity na aktuální či potenciální zdravotní problémy/životní procesy." (Jarošová a kol., 2012, s. 12)

Taxonomie II má i strukturu kódovou, jejíž výhoda spočívá v zajištění stability či růstu a vývoje klasifikačních struktur. Při dodání nových diagnóz či dalších revizích tak není nutná změna daného kódu. Kód je číslo, které je tvořeno dvaatřiceti znaky. Je však možné užívat i zápis jiný, kde je kód pěticiferný (NANDA, 2013).

V roce 2010 proběhla v Sao Paulu konference NANDA, v jejímž průběhu byl Guun von Krogh, předsedkyní taxonomického výboru, předložen návrh, jehož hlavním tématem byla příprava Taxonomie III (Jarošová a kol., 2012).

## **1.8 Klasifikace ošetrovatelských intervencí – NIC**

Nursing Interventions Classification je souhrn mezinárodních standardizovaných intervencí. K jednotlivým intervencím jsou přiřazeny aktivity, které sestry vykonávají během poskytování ošetrovatelské péče (Pospíšilová, Kyasová, Juřeníková, 2012).

Johnson et al. (2006) uvádí, že výzkum v oblasti NIC byl zahájen již v roce 1987, a to výzkumným týmem pod vedením Joanne Mc Closkey a Glorie Bulechek působících na univerzitě v Iowě. Klasifikace ošetrovatelských intervencí NIC byly poprvé publikovány v roce 1992.

Důležitým prvkem, který je v popředí ošetrovatelských intervencí NIC, je samotné chování sester a s ním spojené činnosti vybrané tak, aby u pacienta bylo dosaženo požadovaných výsledků.

NIC úzce spolupracuje s terminologií NANDA – Internacional. Na ošetrovatelské diagnózy, které byly stanoveny dle této terminologie, navazují jednotlivé ošetrovatelské intervence NIC (Jarošová a kol., 2012).

Klasifikace NIC byla poprvé publikována v roce 1992. V současné době je již aktualizováno šesté vydání z roku 2012. Klasifikace sdružuje 554 intervencí (Pospíšilová, Kyasová, Juřeníková, 2012).

### **1.8.1 Struktura klasifikace NIC**

NIC jsou strukturovány do tří úrovní. K roku 2004 bylo vytvořeno 514 intervencí, 30 tříd a 7 domén (Johnson et al., 2006). Jarošová a kol. (2012) uvádí, že k sedmi doménám, které představují nejvyšší úroveň, patří doména fyziologická základní, doména fyziologická komplexní, behaviorální doména, doména bezpečí, rodiny, zdravotního systému a doména komunity. Každá z těchto domén obsahuje třicet tříd a každá třída jednotlivé intervence. Každá z intervencí má svou definici a přidělený specifický kód složený ze čtyř čísel. Definovány jsou i domény a třídy. V roce 2008

bylo zaznamenáno 542 ošetrovatelských intervencí NIC a přes dvanáct tisíc aktivit. Intervence jsou zaměřené jak na samostatného jedince, tak na rodinu a komunitu.

Ošetrovatelské intervence NIC jsou rozděleny na dvě kategorie, a to na intervence přímé a nepřímé. Přímé intervence se týkají stránky fyziologické, psychosociální, léčebné, preventivní a intervence pro podporu zdraví.

Na základě ordinace lékařů jsou tvořeny intervence nepřímé. Příkladem takové intervence může být intervence č. 7760 Vedení akutní karty. K této intervenci jsou stanoveny činnosti jako monitorování pacienta a zaznamenávání hodnot (Jarošová a kol., 2012).

### **1.8.2 Využití klasifikace NIC**

Klasifikace ošetrovatelských intervencí NIC mají dle Univerzity Iowa širokou míru působnosti. Sestry s nimi mohou pracovat jak na standardním oddělení, tak i na jednotkách intenzivní péče. Svě uplatnění našly také v domácí a hospicové péči. Některé z intervencí lze aplikovat i na jiné profese než ošetrovatelské.

NIC lze využít v ošetrovatelské dokumentaci, při komunikaci a získávání dat o péči napříč jednotlivými zdravotnickými zařízeními a odděleními. Je vhodná také pro sledování efektivnosti ošetrovatelské péče i jako podklad pro úhradu výdajů spojených za poskytnutí ošetrovatelských služeb (Jarošová a kol., 2012).

Velké množství zdravotnických zařízení využívá NIC pro tvorbu standardů, plánů ošetrovatelské péče a také informačních systémů. Jsou též využívány ve vzdělávacích programech. NIC je ve vysoké míře využívána v Brazílii, Kanadě, Dánsku, Anglii, Francii, Německu, na Islandu, v Japonsku, Korejské republice, Španělsku, Švýcarsku a v Nizozemí (CNC - Overview: Nursing Interventions Classification).

### **1.9 Klasifikace výsledků ošetrovatelské péče – NOC**

Nursing Outcomes Classification, tedy klasifikace ošetrovatelských výsledků představuje taxonomii, která je tvořena výsledky klienta, kterých dosáhl v rámci ošetrovatelského procesu (Jarošová a kol., 2012).

Výzkum v oblasti této klasifikace ošetrovatelských výsledků byl zahájen roku 1991, a to výzkumným týmem vedeným Marion Johnson a Meridean Maas na



univerzitě v Iowě. Publikace, která se jako první věnuje této problematice, vyšla o šest let později, tedy roku 1997 (Johnson et al., 2006). V současnosti je možné pracovat s pátým vydáním této publikace z roku 2012. Počet očekávaných výsledků této standardizované a komplexní klasifikace je 490 (Pospíšilová, Kyasová, Juřeníková, 2012).

Očekávaný výsledek definujeme jako reakce či chování pacienta, jeho rodiny, ale i komunity, u kterých se předpokládá, že aktivitami přiřazených k jednotlivým ošetrovatelským intervencím dojde k jejich ovlivnění. Výsledky jsou zaznamenávány společně s časovými údaji. Proto je možné vyhodnotit zlepšení nebo naopak zhoršení klientova zdravotního stavu na základě srovnávání s předchozími údaji. Stav, vnímání a chování jsou základním kritériem pro správné měření a mluvíme o nich jako o indikátorech výsledků péče.

Během končících 80. let 20. století docházelo ke zvyšování politického tlaku na výsledky týkajících se nákladů vydaných na péči o pacienty. K tomuto období je přiřazováno spojení „éra hodnocení odpovědnosti“. Náklady za poskytnutou zdravotní péči se musely být ve shodě s očekávanými a požadovanými výsledky (Moorhead et al., 2014).

### **1.9.1 Struktura klasifikace NOC**

Klasifikace NOC je, stejně jako NIC, tříúrovňová. Tvoří ji domény, kterých je v tomto případě sedm. Další úroveň tvoří třídy, jichž je 31 a poslední úrovní jsou výsledky ošetrovatelské péče (Jarošová a kol., 2012). Páté vydání Nursing Outcomes Classification již popisuje 490 výsledků ošetrovatelské péče (CNC - Overview: Nursing Outcomes Classification (NOC)). Každý z výsledků je označen standardizovaným názvem, svou definicí a číselným kódem, který je čtyřmístný. K vyhodnocování těchto výsledků byla vytvořena Likertova škála a skupina indikátorů, díky nimž je sestra schopna identifikovat stav konkrétního pacienta.

Plevová (2011b) uvádí, že práce s Likertovou škálou spočívá ve vyjádření souhlasu či nesouhlasu s vybraným tvrzením. Tato tvrzení jsou předem definována. Nejčastějším typem je škála pětistupňová.

## 1.10 Aliance 3N

V roce 1997 je zaznamenán počátek spolupráce členů projektů NANDA, NIC a NOC. Jejich společným cílem bylo zajištění platné a mezinárodně uznávané a produktivní terminologie v ošetrovatelství. Výsledkem této práce byla takzvaná Aliance 3N.

Tato nově vzniklá terminologie, jejíž vznik se datuje rokem 2001, obsahuje sjednocená a odborně správná názvosloví ošetrovatelských diagnóz, cílů a intervencí, které jsou využívány v praxi (Bulechek et al., 2008).

Plevová (2011b) informuje o zakladatelkách Aliance NNN, za které jsou považovány Dorothy Jonesová a Joanne McKloskey Dochtermanová. Národní lékařská knihovna USA se podílela na podpoře konference, která proběhla ve dnech 12. až 14. srpna 2001. Tato konference byla pořádána za účelem sestavení prvního návrhu taxonomické struktury klasifikací NANDA, NIC a NOC. Během konference bylo požádáno 24 odborníků, mezi kterými byla například Gordonová, Johnsonová, Lavinová a jiné, o důkladné prostudování stávajících klasifikačních systémů a existujících názvosloví. Výsledkem bylo zhotovení prvního návrhu společné struktury klasifikací diagnóz (NANDA), intervencí (NIC) a očekávaných výsledků (NOC).

Jak uvádí Bulechek et al. (2008), byla v dubnu roku 2002 pořádána konference v Chicagu, v jejímž průběhu byla navržená struktura oficiálně představena, následně pak diskutována a revidována.

Bocková a Kozáková (2013) uvádějí, že systém aliance NNN vylepšuje proces hodnotící a posuzující klienty, lépe identifikuje ošetrovatelské diagnózy jednotlivých pacientů a zjednodušuje plánování, realizaci a závěrečné vyhodnocení ošetrovatelského plánu.

Příkladem propojení klasifikací NANDA, NIC a NOC je viditelný v publikaci Johnson et al. (2006). Vybranou ošetrovatelskou diagnózou je v tomto případě akutní bolest. Tato diagnóza je vybrána z klasifikace NANDA. Ošetrovatelskými intervencemi klasifikace NIC jsou: Aplikace léků, Aplikace analgetik, Management bolesti a Pacientem kontrolovaná analgezie. K očekávaným výsledkům klasifikace NOC jsou vybrány indikátory vyhodnocující, tedy Kontroly bolesti a Úrovně bolesti.

O znalosti pojmů NANDA International, NIC a NOC bylo provedeno výzkumné šetření. Dotazníky, které byly sestaveny z otázek týkajících se této problematiky, byly rozdány mezi všeobecné sestry ve FN Brno – Bohunice. Výsledky tohoto šetření byly zhotoveny na základě navrácených dotazníků, jejichž počet činil 161. Odpovědi zúčastněných byly rozčleněny do kategorií podle nejvyššího dosaženého vzdělání. Znalosti pojmů NANDA, NIC a NOC byly výrazně nižší u respondentů bez vysokoškolského vzdělání. Nejvíce z uvedených pojmů byl zúčastněným znám pojem NANDA International. Co se týče klasifikace ošetrovatelských intervencí NIC, jsou jimi sestry obeznámeny více, než s pojmem NOC. Ovšem oba tyto výrazy jsou pro všechny sestry, které se tohoto výzkumu zúčastnily, stále velkou neznámou (Pospíšilová, Kyasová, Juřeníková, 2012).

Cílem dalšího výzkumného šetření bylo zmapovat využití standardizovaných klasifikačních systémů v nemocnicích Jihočeského kraje a názory všeobecných sester na ně. Pro zpracování těchto dat bylo k dispozici 565 dotazníků. Většina sester, tedy 43,1 %, spíše souhlasí se systémem zpracování ošetrovatelských diagnóz. Co se týče přínosu systému zpracovávání ošetrovatelských diagnóz, největší procento sester (34, 5 %) spíše souhlasí s jeho přínosem. Výzkum byl též zaměřen na zjištění, co podle všeobecných sester znamená pojem NIC a NOC. Znalosti těchto pojmů se liší dle délky praxe. Sestry, kterou jsou v praxi méně než 10 let, jsou s tímto pojmem seznámeny daleko více, než sestry s praxí delší více než pětadvacet let, které o této problematice nemají dostatek informací. Velmi podobné výsledky jsou i v oblasti klasifikace ošetrovatelských výsledků NOC (Dolák, Scholz, Tóthová, 2012).

## **2 STANOVENÉ CÍLE A HYPOTÉZY**

### **2.1 Cíle práce**

1. Zjistit, jaké aktivity NIC jsou sestrami typicky používány v péči o pacienty s totální endoprotézou kyčelního kloubu.

2. Ověřit uplatnění klasifikací NIC a NOC v péči o pacienty s totální endoprotézou kyčelního kloubu.

3. Zjistit, jaké indikátory NOC jsou sestrami typicky používány v péči o pacienta s totální endoprotézou kyčelního kloubu.

### **2.2 Hypotézy**

1. Ošetrovatelské diagnózy jsou sestrami hodnocené jako nepřínosné.
2. Zajištění pomůcek usnadňující pohyb je sestrami typicky využívaná intervence.
3. Znalost pojmů NIC a NOC je ovlivněna vzděláním.
4. Spokojenost sester s ošetrovatelskou dokumentací je ovlivněna délkou praxe.

### **2.3 Výzkumné otázky**

1. Jaký je názor sester na NIC a NOC klasifikace v péči o pacienty s totální endoprotézou kyčelního kloubu?

## **3 Metodika**

### **3.1 Popis metodiky**

Pro výzkumné šetření byla zvolena kombinace kvantitativní a kvalitativní metody. Postup lze rozdělit do tří fází. V první fázi výzkumného šetření byla data sbírána pomocí nestandardizovaného dotazníku (viz příloha 1), jehož obsahem byly otázky týkající se znalostí respondentů nezbytných pro péči o pacienty po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Dále otázky zaměřené na pohled respondentů na ošetřovatelskou dokumentaci a ošetřovatelské diagnózy. V poslední části dotazníku respondenti odpovídali na otázky, které se týkají klasifikace ošetřovatelských intervencí NIC a klasifikace ošetřovatelských výsledků NOC. Data byla statisticky zpracovávána na základě popisné statiky (viz příloha 2).

Ve druhé fázi výzkumného šetření byla souboru expertů předložena ošetřovatelská dokumentace sestavená na základě NIC a NOC klasifikací (viz příloha 3). Tito respondenti byli vybráni pomocí předem stanovených kritérií dle Fehringa (Tabulka 1). Námí vytvořená ošetřovatelská dokumentace sestavená dle odborné literatury, konkrétně dle publikace Nursing Interventions Classification (NIC), 6th Edition a Nursing Outcomes Classification (NOC), 5th Edition. Obsahovala vybrané ošetřovatelské diagnózy vybrané z NANDA ošetřovatelských diagnóz, které se týkají hybnosti pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Dále k těmto diagnózám byly přiřazeny ošetřovatelské činnosti z klasifikací ošetřovatelských intervencí NIC a následná kritéria pro hodnocení dosažených výsledků NOC.

V poslední fázi výzkumu byl proveden krátký polostrukturovaný rozhovor (viz příloha 4) s každým z expertů, kteří s předloženou ošetřovatelskou dokumentací pracovali.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Pro výzkumné šetření byly vybrány nemocnice Jihočeského kraje a kraje Vysočina. Výzkumné šetření v těchto nemocnicích bylo zahájeno na základě podepsaných souhlasů. Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na standardním ortopedickém

oddělení a na jednotkách intenzivní péče, kde jsou hospitalizováni pacienti po totální endoprotéze kyčelního kloubu.

Pro kvantitativní výzkumné šetření bylo rozdáno 200 dotazníků, navraceno bylo 162 vyplněných dotazníků a z důvodu nesprávného nebo neúplného vyplnění jich bylo 15 vyřazeno. K vyhodnocení bylo využito 147 (74%) dotazníků.

Účelový, záměrný výběr výzkumného souboru potřebného pro kvalitativní výzkumné šetření, tedy tzv. expertů, byl ovlivněn kritérii dle Fehringa. Jedná se o kritéria pro výběr expertů modifikovaných pro Českou a Slovenskou republiku (Zeleníková, 2010). Jsou rozčleněna na základní a doplňující. Všichni vybraní respondenti dosáhli námi zvolené minimální čtyřbodové hranice.

**Tabulka 1:** Kritéria pro výběr expertů modifikovaná pro Českou a Slovenskou republiku.

Kritéria	Body
Základní:	
Magisterské/PhDr. Vzdělání v ošetrovatelství	3
Bakalářské vzdělání v ošetrovatelství	2
SZŠ/VOŠ	1
Současná klinická praxe (minimálně 1 rok) v oblasti dané diagnózy	1
Klinická praxe více než 5 let	2
Klinická praxe více než 10 let	3
Doplňující:	
Specializace/certifikace (např. absolvování certifikovaného kurzu -kurz mentor apod.)	2
Diplomová/rigorózní práce zaměřená na oblast relevantní k dané ošetrovatelské diagnóze	1
Publikovaný článek (výzkumného nebo teoretického charakteru) o problematice ošetrovatelského charakteru	2
Disertační práce v oblasti ošetrovatelské diagnostiky	3

(Zeleníková, 2010, s. 410)

Vybraných expertů, kteří splňovali výše stanovená kritéria a kteří se tak mohli zúčastnit našeho kvalitativního výzkumného šetření, bylo osm. Naši experti získali dostatečné množství bodů především díky délce klinické praxe na vybraném oddělení. Těmto expertům byla předložena ošetrovatelská dokumentace sestavená na základě NIC a NOC klasifikací. Pro sestavení této dokumentace byly vybrány ošetrovatelské diagnózy, NIC intervence a NOC výsledky zaměřené na hybnost pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Respondenti měli během práce s touto dokumentací pomocí Likertovy škály ohodnotit četnost využívaných intervencí NIC. Stejným způsobem zaznamenávali, jak hodnotí vybrané indikátory NOC (Tabulka 2). Nejnižší hodnotou Likertovy škály byla 0, naopak nejvyšší možnou hodnotou byla 1. Vybrané činnosti jsme rozčlenili do několika kategorií. První kategorií byly činnosti sestrami typicky využívané, tedy aktivity, které po zprůměrování dosáhly hodnoty  $\geq 0,8$ . Druhou kategorií byly činnosti s hodnotou  $\leq 0,5$  a jedná se o minimálně užívané nebo vůbec nevyužívané. Zbylé ošetrovatelské intervence jsme zařadili do třetí kategorie, aktivity běžně užívané.

**Tabulka 2:** Likertova škála

Četnost výkonů	Škála	Hodnota
Vůbec ne	1	0
Zřídka	2	0,25
Někdy	3	0,5
Mnohokrát	4	0,75
Vždy	5	1

S experty, kteří s námi vytvořenou ošetrovatelskou dokumentací sestavenou na základě NIC a NOC pracovali, byl v poslední fázi našeho výzkumného šetření proveden krátký polostrukturovaný rozhovor sestavený z otevřených otázek, jehož cílem bylo zmapovat pohled respondentů na klasifikace NIC a NOC. Všechny odpovědi respondentů byly zaznamenávány písemně (viz volné CD). Přepsané rozhovory byly následně zpracovány a to pomocí techniky otevřeného kódování formou tužka – papír. Každému z respondentů bylo přiřazeno číslo od jedné do osmi. Též byly očíslovány řádky, na kterých se odpověď konkrétních respondentů vyskytovala. Odpovědi

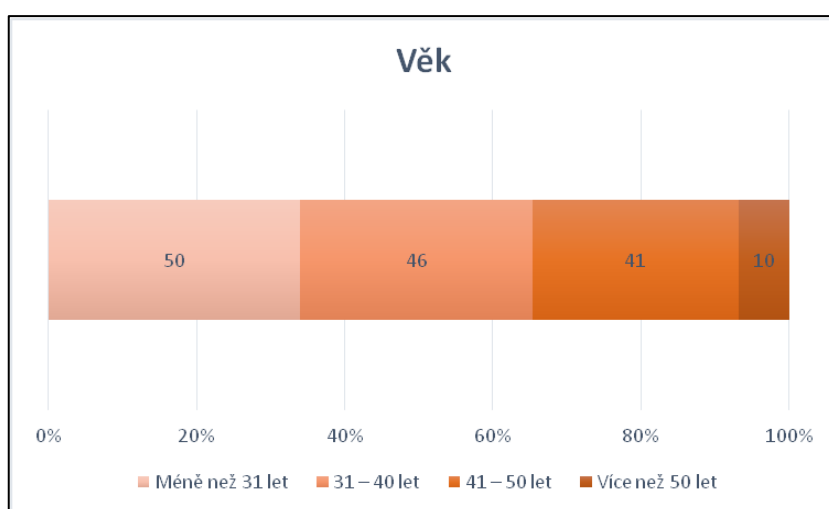
respondentů byly následně rozčleněny do jednotlivých kategorií, které jsme pojmenovali Spokojenost s ošetrovatelskou dokumentací, Srozumitelnost ošetrovatelské dokumentace, Přínos ošetrovatelské dokumentace a Důvody nespokojenosti s ošetrovatelskou dokumentací.



## 4 Výsledky výzkumného šetření

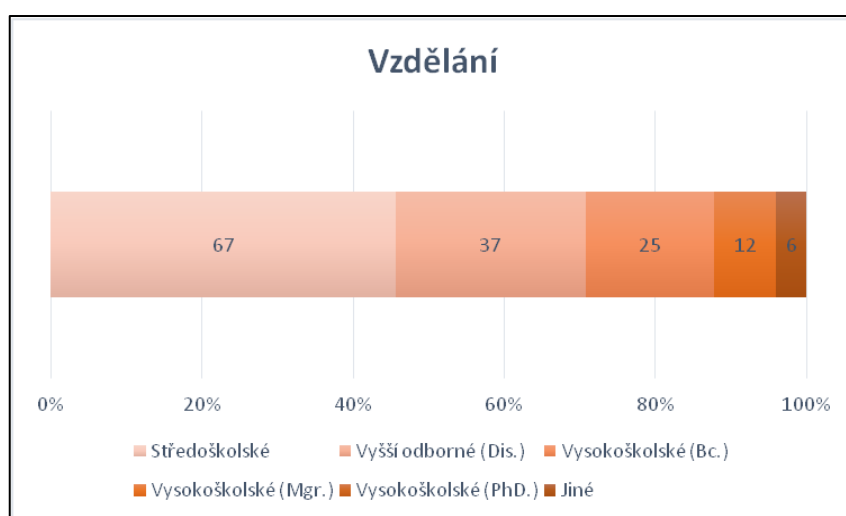
### 4.1 Kvantitativní výzkumné šetření

Graf 1: Věk



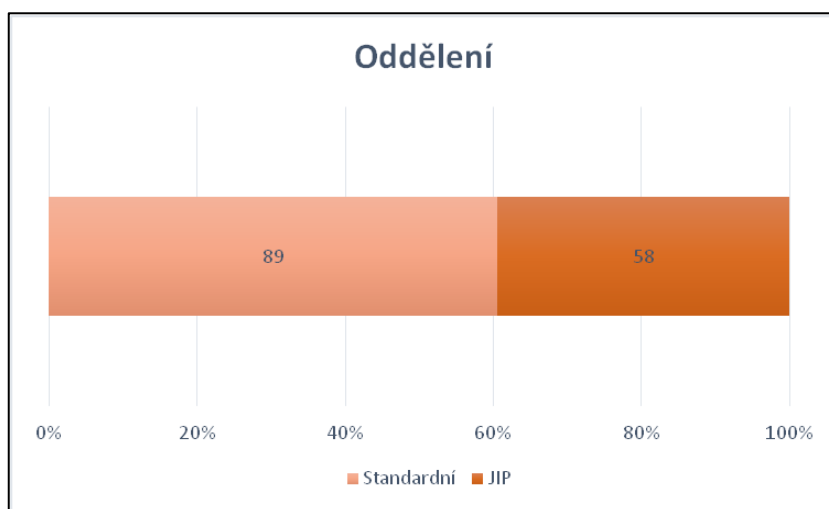
Z celkového počtu respondentů 147 (100 %) tvoří nejpočetnější kategorii 50 (34 %) sester mladších jednatřiceti let. 46 (31 %) respondentů tvoří věkovou kategorii v rozmezí od 31 let do 40 let. 41 (28 %) respondentů jsou sestry mezi 41 a 50 lety. Respondenti starší 50 let jsou zastoupeni 10 (7 %) sestrami.

Graf 2: Vzdělání



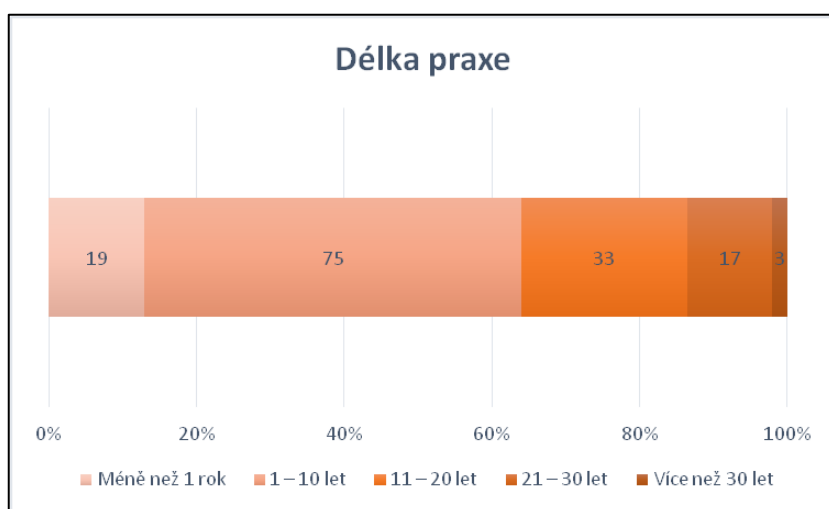
Z celkového počtu respondentů 147 (100 %) 67 (46 %) sester dosáhlo pouze středoškolského vzdělání. Titul DiS. získalo 37 (25 %) respondentů. Vysokoškolské vzdělání bakalářské má 25 (17 %) respondentů. Magisterský titul získalo respondentů 12 (8 %). Doktorský titul Ph.D. z respondentů neměl nikdo. 6 (4 %) respondentů však uvedlo, že mají jiná vzdělání, než nabízely naše možnosti. Vždy se jednalo o specializaci ARIP.

**Graf 3: Oddělení**



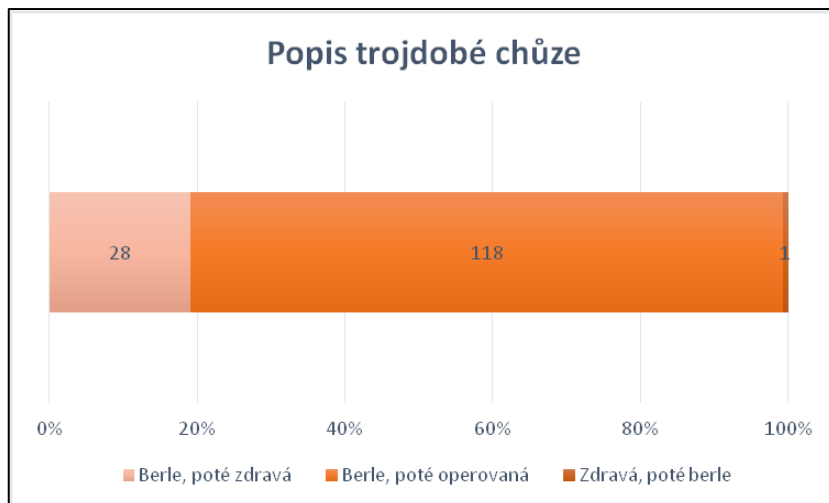
Z celkového počtu 147 (100 %) pracuje na standardním oddělení 89 (61 %) respondentů. Na jednotkách intenzivní péče pracuje 58 (39 %) respondentů.

**Graf 4: Délka praxe**



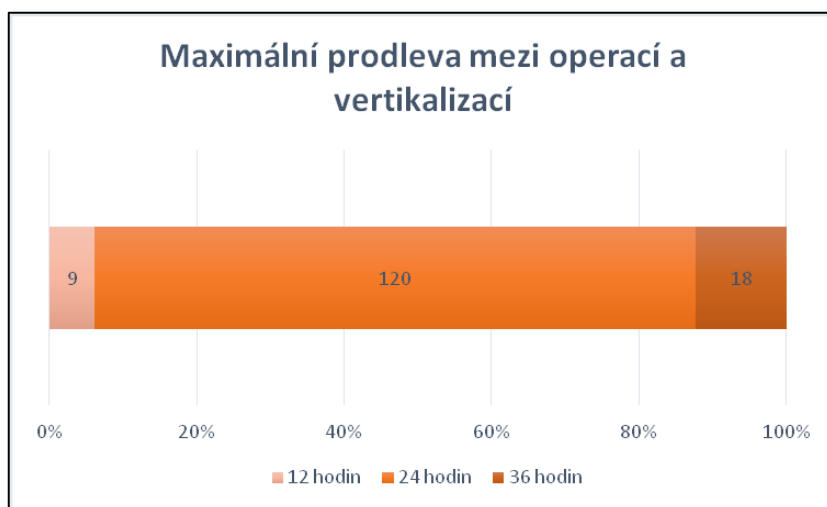
Z celkového počtu 147 (100 %) je 19 (13 %) respondentů v praxi méně než 1 rok. 75 (51 %) respondentů slouží na oddělení 1 až 10 let. 11 až 20 let praxe na oddělení má 33 (22 %) respondentů. 17 (12 %) respondentů pracuje na vybraném oddělení již 21 až 30 let. Více než 30 let na oddělení pracují pouze 3 (2 %) respondenti.

**Graf 5: Popis trojdobé chůze**



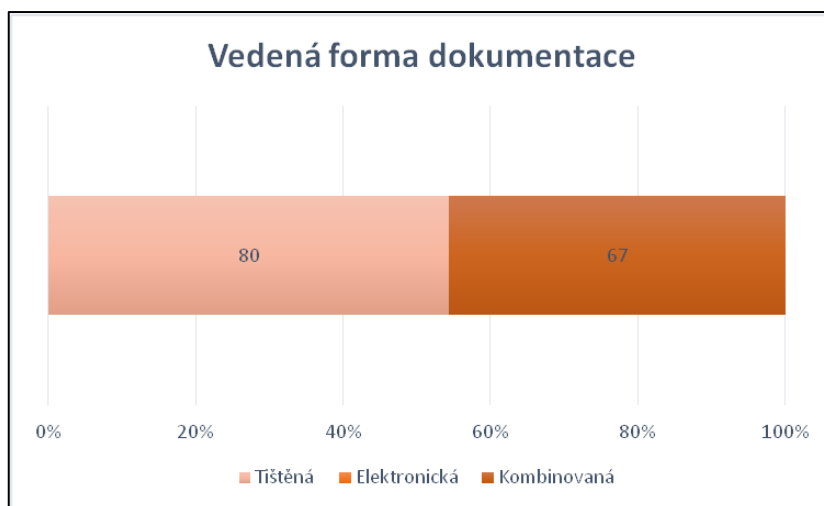
Z celkového počtu 147 (100 %) umělo 118 (80 %) respondentů trojdobou chůzi bezchybně popsat. 28 (19 %) respondentů zvolilo odpověď: „Berle dopředu, přísun zdravé končetiny, přísun operované končetiny.“ 1 (1 %) respondent zvolil odpověď: "Zdravá končetina dopředu, berle, operovaná končetina.“

**Graf 6: Maximální prodleva mezi operací a vertikalizací**



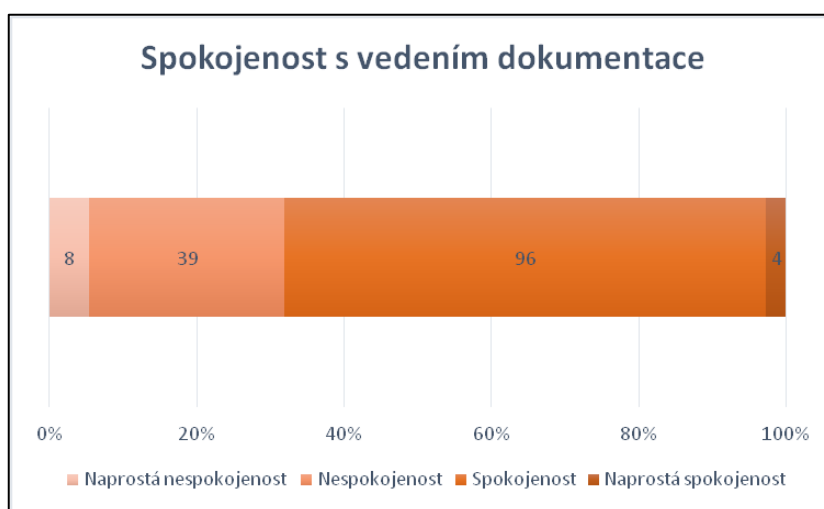
Z celkového počtu 147 (100 %) 9 (6 %) respondentů uvedlo, že již po 12 hodinách od operace je možné pacienta vertiklizovat. 120 (82 %) respondentů klienty vede k postupné vertiklizaci 24 hodin po operačním výkonu. 18 (12 %) respondentů pacienty vertiklizuje až po uplynutí 36 hodin.

**Graf 7:** Vedená forma dokumentace



Z celkového počtu 147 (100 %) pracuje 80 (54 %) respondentů s tištěnou formou ošetrovatelské dokumentace. 67 (46 %) respondentů vede ošetrovatelskou dokumentaci kombinovanou formou, tištěnou i elektronickou. Žádný z respondentů nevedl, že jsou data zaznamenávána pouze elektronicky.

**Graf 8:** Spokojenost s vedením dokumentace



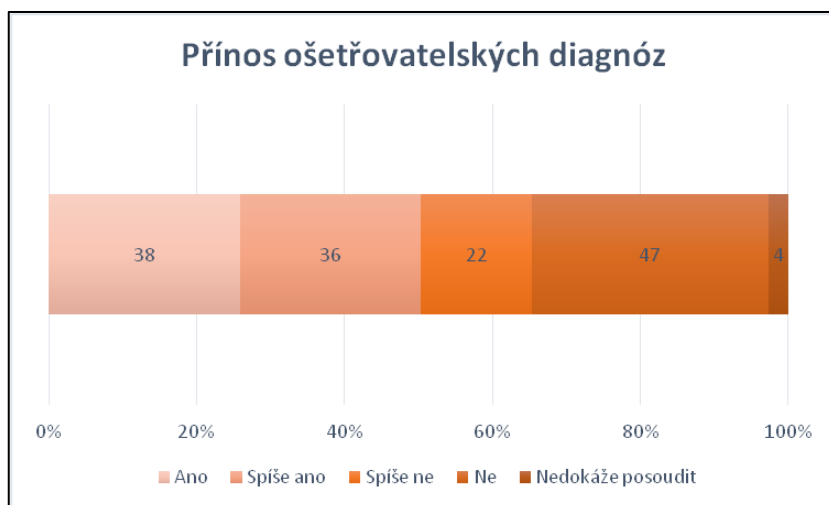
Z celkového počtu 147 (100 %) 8 (5 %) respondentů je s vedením ošetrovatelské dokumentace naprosto nespokojena. 39 (27 %) respondentů je nespokojena s ošetrovatelskou dokumentací. 96 (65 %) respondentů je s vedením ošetrovatelské dokumentace spokojeno, 4 (3 %) respondenti jsou s vedením dokumentace naprosto spokojeni.

**Graf 9:** Důvod nespokojenosti s dokumentací



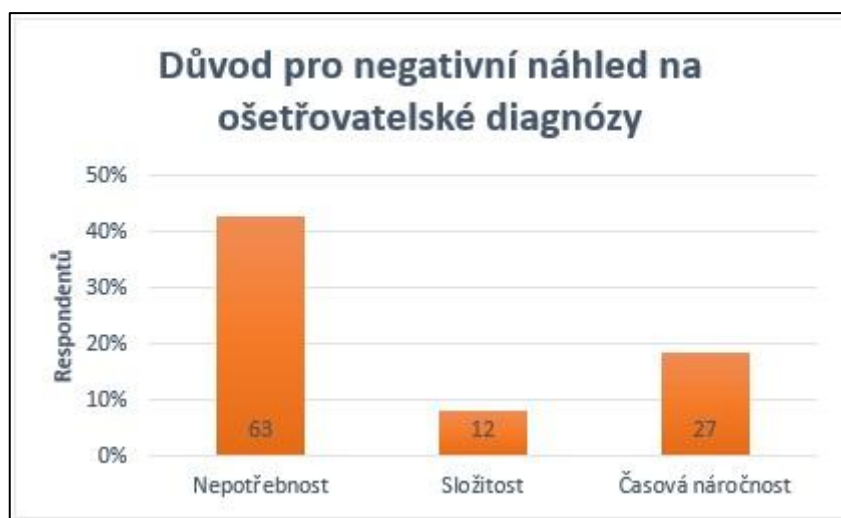
Z celkového počtu 147 (100 %) respondentů jich 47 bylo nespokojených s ošetrovatelskou dokumentací. Odpověď: „Mnoho dokumentů“ byla zvolena 47krát (32 %). 25krát (17 %) byla zvolena odpověď: „Nedostatek času“. 20krát (14 %) byla zvolena odpověď: „Přílišná složitost“. Odpověď: „Pracuji s tištěnou, chtěl/a bych elektronickou“ byla uvedena 1krát (1 %). Tištěnou formu nepreferuje žádný z respondentů.

**Graf 10:** Přínos ošetřovatelských diagnóz



Z celkového počtu 147 (100 %) 38 (26 %) respondentů zvolilo odpověď: „Ano“, tedy hodnotí ošetřovatelské diagnózy jako přínosné. 36 (24 %) respondentů volilo odpověď: „Spíše ano“. 22 (15 %) respondentů zvolilo odpověď: „Spíše ne“ a 47 (32 %) respondentů zvolilo odpověď: „Ne“. 4 (3 %) respondenti přínos ošetřovatelských diagnóz nedokázali posoudit.

**Graf 11:** Důvod pro negativní náhled na ošetřovatelské diagnózy



Z celkového počtu 147 (100 %) respondentů jich 69 hodnotí ošetřovatelské diagnózy jako nepřínosné. Odpověď: „Při poskytování ošetřovatelské péče pacientům nepotřebuji ošetřovatelské diagnózy“ byla zvolena 63krát (v 43 %). 27krát (v 18 %)

byla vybrána odpověď: „Nedostatek času pro stanovení ošetrovatelských diagnóz“. Odpověď: „Sestavení kompletní ošetrovatelské diagnózy je složité“ byla zvolena 12krát (v 8 %).

**Graf 12:** Nejčastější ošetrovatelské diagnózy



Z celkového počtu 147 (100 %) respondentů byla 145krát (v 99 %) zvolena ošetrovatelská diagnóza č. 00132 Akutní bolest. 133krát (v 90 %) byla respondenty vybrána diagnóza č. 00155 Riziko pádu. Zhoršená chůze, tedy ošetrovatelská diagnóza č. 00088, byla respondenty zvolena 101krát (v 69 %). 95krát (v 65%) byla zvolena ošetrovatelská diagnóza č. 00085 Zhoršená tělesná pohyblivost. Ošetrovatelská diagnóza č. 00110, tedy Deficit sebepěče při vyprazdňování byla zvolena 69krát (v 47 %). 58krát (v 39 %) byla vybrána diagnóza Zhoršená pohyblivost na lůžku pod číslem 00091, 51krát (v 35 %) diagnóza č. 00108 Deficit sebepěče při koupání, 49krát (v 33 %) diagnóza č. 00090 Zhoršená schopnost přemístování a nejméně využívaná ošetrovatelská diagnóza, která byla zvolena 46krát (v 31 %), je ošetrovatelská diagnóza č. 00109 Deficit sebepěče při oblékání.

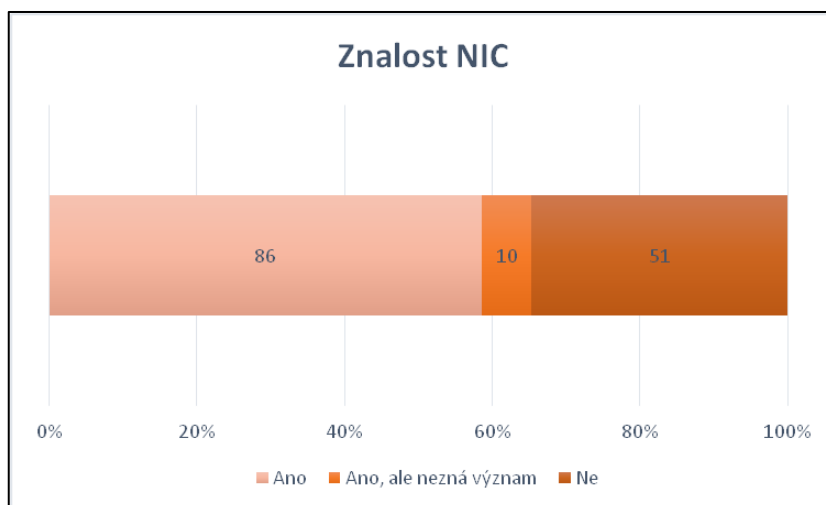
**Graf 13:** Nejčastější ošetrovatelské intervence



Z celkového počtu 147 (100 %) respondentů byla intervence „Tišení bolesti“ zvolena 147krát (100 %). Intervence „Zajisti pomůcky usnadňující pohyb“ byla vybrána 128krát (v 87 %). Intervence, která byla vybrána 103krát (v 70 %), je intervence „Odstraň z dosahu všechny potenciálně nebezpečné předměty“. 101krát (v 69 %) byla respondenty vybrána intervence „Upozorni na možnost používání madel“. 91krát (v 62 %) byla zvolena ošetrovatelská intervence „Zajisti LTV na suché podlaze“. Ošetrovatelská intervence „Zajisti přiměřenou výšku lůžka a doplň ho o potřebná pomocná zařízení“ byla vybrána 84krát (v 57 %). „Zjisti stupeň omezení sebepěče“ byla zvolena 65krát (v 44 %). Intervence „Zjisti všechny příčiny, které omezují sebepěči nemocného“ byla vybrána 63krát (v 43 %).

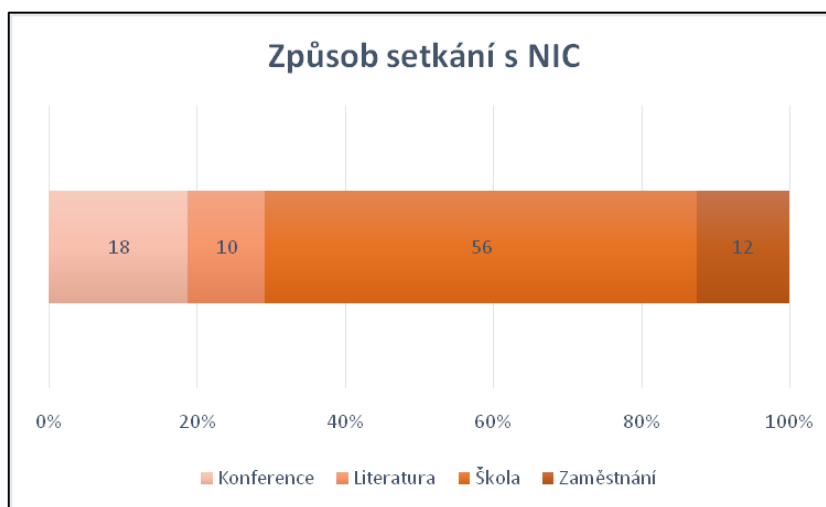


**Graf 14: Znalost NIC**



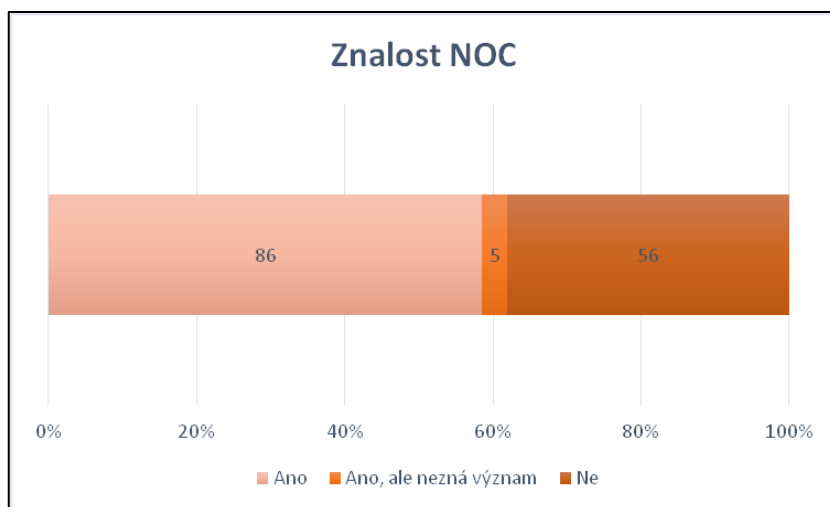
Z celkového počtu 147 (100 %) respondentů zná pojem NIC 86 (58 %) respondentů i s jeho významem. 10 (7 %) respondentů se s pojmem NIC již setkali, ale není jim znám jeho přesný význam. Posledních 51 (35 %) respondentů pojem nezná a nikdy se s ním neseťkali.

**Graf 15: Způsob setkání s NIC**



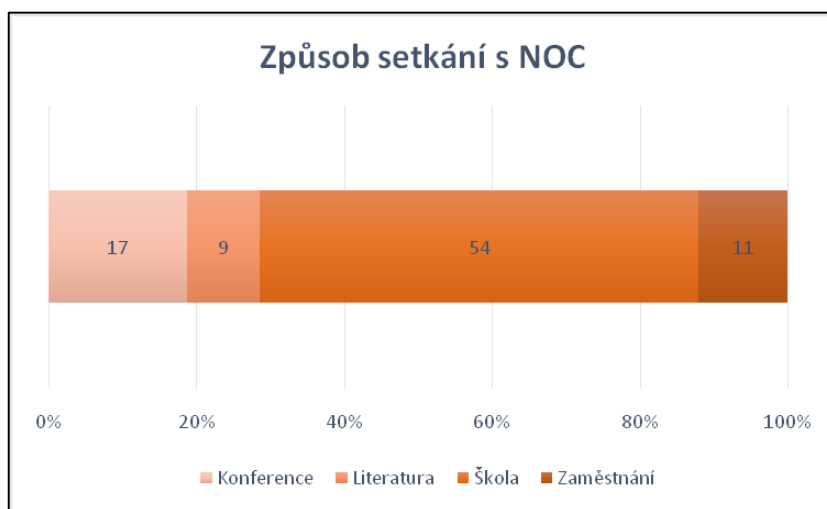
Z celkového počtu 96 (100 %), kteří NIC znají, se jich 18 (19 %) s pojmem setkali v rámci odborné konference. 10 (10 %) respondentů pojem znají z odborné literatury, časopisů či internetu. 56 (58 %) respondentů výraz zná ze školy. Posledních 12 (13 %) respondentů se s pojmem setkali ve svém zaměstnání.

**Graf 16: Znalost NOC**



Z celkového počtu 147 (100 %) je pojem NOC i s celým významem znám 86 (59 %) respondentům. Samotný pojem NOC bez znalosti významu zná 5 (3 %) respondentů, a 56 (38 %) respondentů se s klasifikací ošetrovatelských výsledků NOC nikdy nesešla.

**Graf 17: Způsob setkání s NOC**



Z celkového počtu 91 (100 %) respondentů, kteří pojem NOC znají, se s ním 17 (19 %) setkala na odborné konferenci. 9 (10 %) respondentů se o pojmu NOC dočetlo v odborné literatuře, časopise nebo na internetu. 54 (59 %) respondentů pojem zná ze školy. V rámci svého zaměstnání se s pojmem setkala 11 (12 %) respondentů.

**Graf 18:** Práce se zkoumanými pojmy



Z celkového počtu 96 (100 %) respondentů, kteří pojmy NIC a NOC znají, jich pouze 24 (25 %) mělo možnost s nimi pracovat. 72 (75 %) těchto respondentů s pojmy nepracovalo.

#### **4.2 Výsledky kvantitativního výzkumu – hypotézy**

Statistická část této práce byla zpracována použitím programu R (verze 3.1.1.). Vybrané grafy byly vyhotoveny programem Microsoft Excel 2007. Veškeré hypotézy byly testovány na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

H1 - „Ošetřovatelské diagnózy jsou sestrami hodnocené jako nepřínosné“, jsme hodnotili na základě otázky 15, kdy jsme od respondentů zjišťovali, zda hodnotí ošetřovatelské diagnózy za přínosné v péči o pacienty. Četnosti jednotlivých odpovědí mohou být nalezeny v tabulce 3. Provedli jsme sloučení kategorií tak, že nové kategorie budou pouze „Přínosné“ a „Nepřínosné“. Odpovědi sester, které využily odpověď „Nedokážu posoudit“ byly pro účely testování této hypotézy vyřazeny. Předpokládali jsme, že názor sester na přínos ošetřovatelských diagnóz se řídí binomickým rozdělením s parametrem  $p$  udávajícím pravděpodobnost, s jakou považují sestry ošetřovatelské diagnózy za nepřínosné. „Binomické rozdělení udává počet úspěchů v posloupnosti  $n$  nezávislých alternativních pokusů.“ (Neubauer, Sedlačík, Kříž, 2012, s. 111) Provedli jsme přesný test o parametru binomického rozdělení  $p$ , kde za nulovou hypotézu volíme  $H_0:p=0.5$  a za alternativní hypotézu pak  $H_1:p>0.5$ . Alternativní hypotéza tedy tvrdí, že většina sester považuje ošetřovatelské diagnózy za nepřínosné. Uvedený test

aplikovaný na naše data nezamítá nulovou hypotézu s p-hodnotou 0,692. Nemůžeme tedy na základě našich dat tvrdit, že jsou ošetrovatelské diagnózy sestrami hodnoceny jako nepřínosné. Alternativní hypotéza „Ošetrovatelské diagnózy jsou sestrami hodnocené jako nepřínosné.“, se tedy nepotvrdila.

**Tabulka 3:** Přínos ošetrovatelských diagnóz - četnosti

<b>Přínos diagnóz</b>	Ano	38
	Spíše ano	36
	Spíše ne	22
	Ne	47
	Nedokáže posoudit	4

H2 - „Zajištění pomůcek usnadňující pohyb je sestrami typicky využívaná intervence“, jsme hodnotili na základě otázky 17, kdy jsme zjišťovali, které z uvedených ošetrovatelských intervencí respondenti v péči o pacienty po totální endoprotéze kyčelního kloubu nejčastěji vykonávají. Četnost odpovědí je uvedena v tabulce 4. Za typicky využívanou intervenci jsme považovali takovou, která se používá ve více než 80 % případů. Předpokládali jsme, že využití pomůcek usnadňujících pohyb se řídí binomickým rozdělením s parametrem  $p$  udávajícím pravděpodobnost, s jakou dochází k jejich používání. Provedli jsme přesný test o parametru binomického rozdělení  $p$ , kde za nulovou hypotézu volíme  $H_0:p=0.8$  a za alternativní hypotézu pak  $H_1:p>0.8$ . Alternativní hypotéza pak tvrdí, že zajištění pomůcek usnadňujících pohyb je typicky používanou ošetrovatelskou intervencí. Uvedený test aplikovaný na naše data zamítá nulovou hypotézu s p-hodnotou 0,017. Na uvedené hladině jsme tedy prokázali, že zajištění pomůcek usnadňujících pohyb je typicky používanou ošetrovatelskou intervencí. Alternativní hypotéza „Zajištění pomůcek usnadňující pohyb je sestrami typicky využívaná intervence“, je tedy potvrzena.

**Tabulka 4:** Nejčastěji využívané ošetrovatelské intervence - četnosti

<b>Nejčastější oš. intervence</b>	Odstranění předmětů	103
	LTV	91
	Používání madel	101
	Úprava výšky lůžka	84
	Zjištění příčiny	63
	Zjištění stupně omezení	65
	Tišení bolesti	147
	Zajištění pomůcek	128

H3 - „Znalost pojmů NIC a NOC je ovlivněna vzděláním“, jsme hodnotili na základě otázek 3, 18, 19, 20, 21. Četnosti jednotlivých odpovědí týkajících se znalostí pojmů NIC jsou uvedeny v tabulce 5 a NOC v tabulce 6. Četnosti jednotlivých odpovědí týkajících se znalostí pojmů NIC a NOC v závislosti na dosaženém vzdělání respondentů jsou uvedeny v kontingenční tabulce 7. Nejprve jsme definovali znalost NIC a NOC. Předpokládáme, že sestra zná klasifikace NIC a NOC, pokud na obě související otázky odpověděla: „Ano a jsem seznámena s jeho významem“. V opačném případě předpokládáme, že klasifikace nezná. V tabulce je již vynechána možnost doktorského vzdělání (PhD.), neboť v odpovědích tuto možnost žádný z respondentů neuvedl. Proporce tabulky jsou vyjádřeny také graficky na obrázku 1. Pro potvrzení hypotézy jsme použili chí-kvadrát test. Jako nulovou hypotézu volíme  $H_0$ : Znalost NIC a NOC klasifikací a vzdělání jsou nezávislé veličiny. Jako alternativní hypotézu pak  $H_1$ : Znalost NIC a NOC klasifikací a vzdělání nejsou nezávislé veličiny. P-hodnota toho testu je přibližně  $6 \cdot 10^{-6}$ , proto hypotézu  $H_0$  zamítáme. Na uvedené hladině jsme proto prokázali závislost mezi znalostí klasifikací a vzděláním. Alternativní hypotéza „Znalost pojmů NIC a NOC je ovlivněna vzděláním.“, je potvrzena.

**Tabulka 5:** Znalost pojmů NIC - četnosti

<b>Znalost NIC</b>	Ano	86	59%
	Ano, ale nezná význam	10	7%
	Ne	51	35%

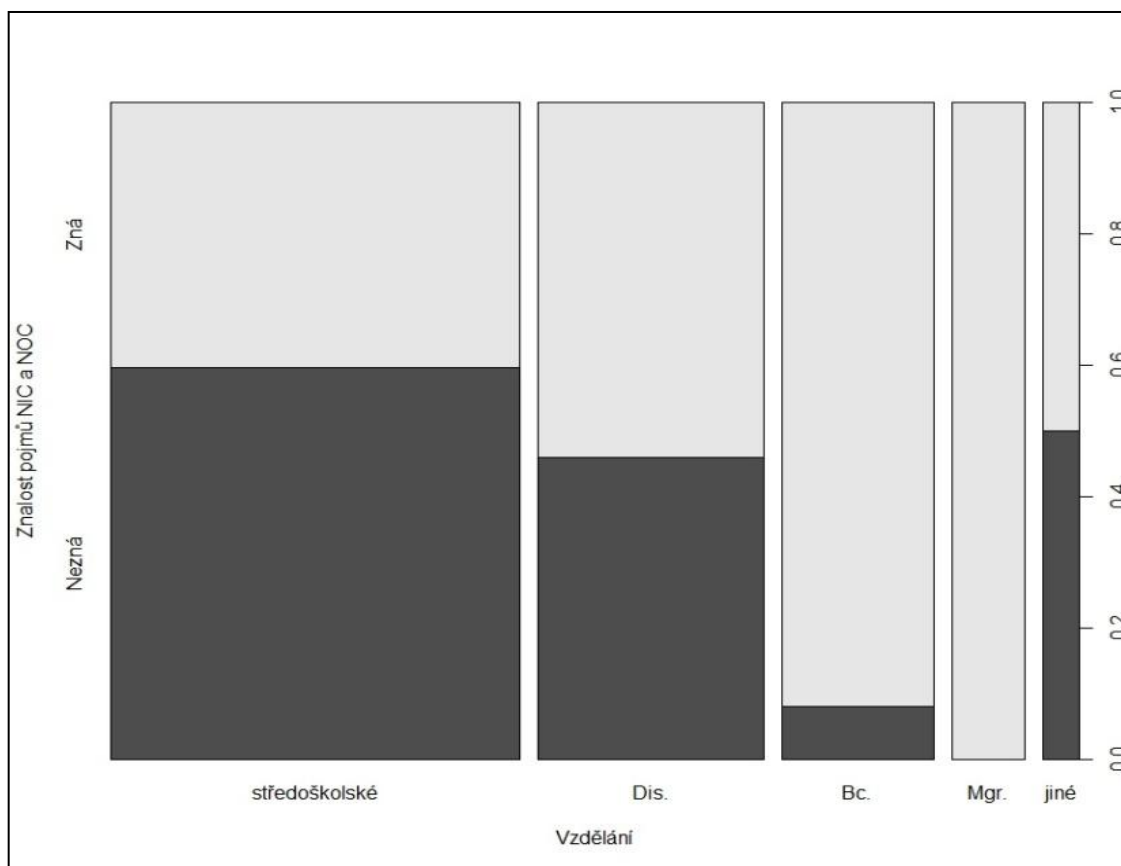
**Tabulka 6:** Znalost pojmů NOC - četnosti

<b>Znalost NOC</b>	Ano	86	59%
	Ano, ale nezná význam	5	3%
	Ne	56	38%

**Tabulka 7:** Znalostí pojmů NIC a NOC v závislosti na vzdělání – kontingenční tabulka

	Středoškolské	Dis.	Bc.	Mgr.	Jiné
Nezná	40	17	2	0	3
Zná	27	20	23	12	3

**Obrázek 1:** Závislost mezi zkoumanými veličinami – znalost pojmů, vzdělání



H4 - „Spokojenost sester s ošetrovatelskou dokumentací je ovlivněna délkou praxe“, jsme hodnotili na základě otázek 5 a 11. Četnosti odpovědí na otázku zjišťující délku praxe jsou uvedené v tabulce 8 a v tabulce 9 jsou uvedeny četnosti odpovědí zjišťující spokojenost respondentů s vedením ošetrovatelské dokumentace na oddělení, na kterém pracují. Jako nulovou hypotézu jsme zvolili  $H_0$ : Spokojenost s dokumentací a délka praxe jsou nezávislé veličiny. Jako alternativní hypotézu pak  $H_1$ : Spokojenost s dokumentací a délka praxe nejsou nezávislé veličiny. Jak vidíme v tabulce 7, odpovědi na otázku ohledně spokojenosti s dokumentací „Naprostá spokojenost“ a „Naprostá nespokojenost“ byly zvoleny pouze v malém množství, proto jsme provedli jejich sloučení s kategoriemi „Spokojená“ a „Nespokojená“. Podobně v rámci délky praxe jsme vytvořili novou kategorii „21 let a více“. Nulovou hypotézu jsme testovali pomocí chí-kvadrát testu. Získanou kontingenční tabulku uvádíme v tabulce 10. Přehled o

možné závislosti mezi zkoumanými veličinami můžeme získat také ze sloupcového grafu uvedeného na obrázku 2. P-hodnota toho testu je 0,013, proto hypotézu  $H_0$  zamítáme. Na uvedené hladině jsme proto prokázali závislost mezi spokojeností sester a délkou jejich praxe na daném oddělení. Alternativní hypotéza je tedy potvrzena.

**Tabulka 8:** Délka praxe na oddělení – četnosti

<b>Délka praxe</b>	Méně než 1 rok	19
	1 – 10 let	75
	11 – 20 let	33
	21 – 30 let	17
	Více než 30 let	3

**Tabulka 9:** Spokojenost s ošetrovatelskou dokumentací - četnosti

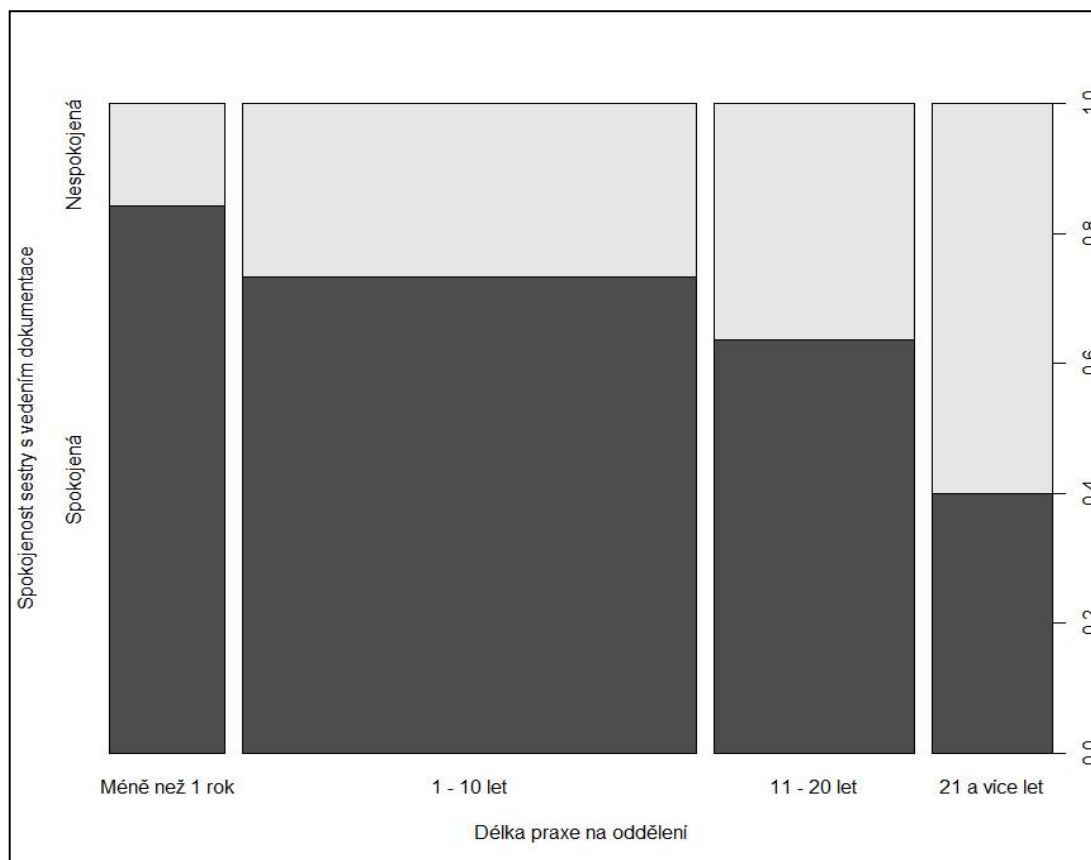
<b>Spokojenost s dokum.</b>	Naprostá nespokojenost	8
	Nespokojenost	39
	Spokojenost	96
	Naprostá spokojenost	4

**Tabulka 10:** Spokojenost s ošetrovatelskou dokumentací v závislosti na délce praxe – kontingenční tabulka

	Méně než 1 rok	1 – 10 let	11 – 20 let	21 let a více
Spokojená	16	55	21	8
Nespokojená	3	20	12	12



**Obrázek 2:** Závislost mezi zkoumanými veličinami – spokojenost s ošetrovatelskou dokumentací, délka praxe na oddělení



## 4.3 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření

### 4.3.1 Analýza ošetrovatelské dokumentace

**Tabulka 11:** Intervence dle klasifikace NIC – Zhoršená tělesná pohyblivost, Riziko pádu

<b>Ošetrovatelská diagnóza:</b> Zhoršená tělesná pohyblivost č. 00085	
<b>NIC:</b> Pohyblivost: Fyzická porucha	
<b>Definice:</b> Omezení v nezávislém, cílevědomém a fyzickém pohybu těla nebo jedné či více končetin.	
<b>Činnosti:</b>	
■ Prevence pádu.	0,9
■ Péče o dolní končetiny.	0,8
■ Asistence při přemísťování.	0,9
■ Podporuj a kontroluj pacienta při intenzivním cvičení, pohybové terapii a posilování svalů.	0,7
■ Asistuj a podporuj pacienta při cvičení a nácvičku samoobsluhy.	0,9
<b>Ošetrovatelská diagnóza:</b> Riziko pádu č. 00155	
<b>NIC:</b> Prevence pádu	
<b>Definice:</b> Zvláštní opatření proti zraněním způsobeným pádem.	
<b>Činnosti:</b>	
■ Identifikovat kognitivní nebo fyzické deficity pacienta, které mohou zvýšit potenciál pádu v konkrétním prostředí.	1,0
■ Monitorovat rovnováhu a stupeň únavy během chůze pacienta.	1,0
■ Navrhnout změny v chůzi pacienta.	0,8
■ Asistuj pacientům při chůzi.	0,9
■ Poskytovat pacientům pomůcky usnadňující chůzi.	1,0
■ Aktivity sestrami typicky využívané (hodnoty $\geq 0,8$ )	
■ Aktivity sestrami běžně využívané (hodnoty mezi 0,8 a 0,5)	

Všechny ošetrovatelské činnosti, které byly vybrány pro diagnózu č. 00085 Zhoršená tělesná pohyblivost, přesahují hodnotu  $\leq 0,5$ , proto žádná nemusela být vyřazena. Intervence Podporuj a kontroluj pacienta při intenzivním cvičení, pohybové

terapii a posilování svalů je díky hodnotě 0,7 zařazena do aktivit sestrami běžně využívaných. Ostatní činnosti jsou aktivitami, které sestry v péči o pacienty po totální endoprotéze kyčelního kloubu typicky využívají. Ošetrovatelské intervence pro diagnózu č. 00155 Riziko pádu dosahují hodnoty  $\geq 0,8$  a jsou tak hodnoceny jako aktivity sestrami typicky využívané.

**Tabulka 12:** Indikátory dle klasifikace NOC - Pohyblivost

<b>NOC:</b> Pohyblivost	
<b>Doména:</b> Funkční zdraví (I)	
<b>Třída:</b> Pohyblivost (C)	
<b>Definice:</b> Schopnost pohybovat se v prostředí samostatně s nebo bez kompenzačních pomůcek.	
Indikátory:	
■ Rovnováha	1,0
■ Koordinace	0,9
■ Chůze	0,8
■ Pohyb svalstva	0,8
■ Pohyb v kloubech	0,8
■ Polohování	0,8
■ Schopnost přemístit se	0,8

■ Aktivity sestrami typicky využívané (hodnoty  $\geq 0,8$ )

■ Aktivity sestrami běžně využívané (hodnoty mezi 0,8 a 0,5)

Indikátory, které sestry hodnotily v rámci Klasifikace ošetrovatelských výsledků NOC, též všechny dosáhly hodnoty  $\geq 0,8$ . Z tabulky vyřazeny nebyly a všechny jsou považovány za aktivity sestrami typicky využívané a hodnocené.

**Tabulka 13:** Intervence dle klasifikace NIC – Deficit sebepěči při koupání

<b>Ošetrovatelská diagnóza:</b> Deficit sebepěče při koupání č. 00108	
<b>NIC:</b> Asistence během sebepěče: Koupání/Hygiena	
<b>Definice:</b> Asistence pacientovi při osobní hygieně.	
<b>Činnosti:</b>	
■ Zohlednit věk pacienta.	0,9
■ Určit stupeň potřebné asistence.	1,0
■ Zajistit vhodné místo v blízkosti lůžka pro pomůcky potřebné k hygieně (ručníky, mýdlo).	1,0
■ Poskytnout pacientovi jeho osobní věci.	1,0
■ Asistovat pacientovi během hygieny.	0,9
■ Dodržuj hygienické rituály pacienta.	0,9
■ Kontroluj integritu kůže pacienta.	1,0

■ Aktivita sestrami typicky využívané (hodnoty  $\geq 0,8$ )

■ Aktivita sestrami běžně využívané (hodnoty mezi 0,8 a 0,5)

Vybrané činnosti k ošetrovatelské diagnóze č. 00108 Deficit sebepěči při koupání jsou všechny pro své vysoké hodnocení v tabulce ponechány a zařazeny mezi aktivity sestrami typicky využívané.

**Tabulka 14:** Indikátory dle klasifikace NOC - Hygiena

<b>NOC:</b> Sebepéče: Hygiena	
<b>Doména:</b> Funkční zdraví (I)	
<b>Třída:</b> Sebepéče (D)	
<b>Definice:</b> Schopnost udržet osobní čistotu a udržovaný vzhled samostatně s nebo bez kompenzačních pomůcek.	
Indikátory:	
■ Mytí rukou	0,9
■ Očista perineální oblasti	0,9
■ Očista uší	0,6
■ Očista dutiny nosní	0,7
■ Hygiena dutiny ústní	1,0
■ Mytí vlasů	0,6
■ Česání vlasů	0,8
■ Holení	0,6
■ Péče o nehty	0,6
■ Péče o nehty na nohou	0,6
■ Udržování čistého vzhledu	1,0
■ Udržování tělesné hygieny	1,0
■ Aktivity sestrami typicky využívané (hodnoty $\geq 0,8$ )	
■ Aktivity sestrami běžně využívané (hodnoty mezi 0,8 a 0,5)	

Hodnocené indikátory Očista uší, Očista dutiny nosní, Mytí vlasů, Holení, Péče o nehty a Péče o nehty nespĺňují požadavek na  $\geq 0,8$ , ale z tabulky vyřazené nejsou, neboť spadají do kategorie aktivit sestrami běžně využívané. Ostatní činnosti jsme zařadili do aktivit, které ošetrovatelský personál v péči o pacienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu typicky využívá.

**Tabulka 15:** Intervence dle klasifikace NIC – Deficit sebeděče při oblékání

<b>Ošetrovatelská diagnóza:</b> Deficit sebeděče při oblékání č. 00109	
<b>NIC:</b> Asistence během sebeděče: Oblékání	
<b>Definice:</b> Asistence během oblékání	
<b>Činnosti:</b>	
■ Zohlednit věk pacienta.	0,9
■ Poskytnout pacientům jejich osobní oděv.	0,7
■ Být k dispozici pro případnou asistenci během oblékání pacienta.	0,9
■ Zajistit soukromí pacienta během oblékání.	0,9
■ Pomocť pacientovi s tkaničkami, knoflíky a zipy.	0,7

■ Aktivity sestrami typicky využívané (hodnoty  $\geq 0,8$ )

■ Aktivity sestrami běžně využívané (hodnoty mezi 0,8 a 0,5)

Z této tabulky též nebyly odebrány žádné z ošetrovatelských intervencí vybraných pro konkrétní ošetrovatelskou diagnózu, neboť splňují hodnocení potřebná pro zařazení mezi aktivity běžně využívané a typicky využívané.

**Tabulka 16:** Indikátory dle klasifikací NOC - Oblékání

<b>NOC:</b> Sebepečce: Oblékání	
<b>Doména:</b> Funkční zdraví (I)	
<b>Třída:</b> Sebepečce (D)	
<b>Definice:</b> Schopnost samostatně se oblékat s nebo bez pomůcek.	
<b>Identifikátory:</b>	
■ Podat pacientovi oděv ze zásuvky	0,8
■ Donést pacientovi oděv ze šatníku	0,8
■ Obléct pacientovi oděv na horní část těla	0,7
■ Obléct pacientovi oděv na dolní část těla	0,8
■ Oblékat ponožky	0,8
■ Nasazovat boty	0,8
■ Svlékat oděv z horní části těla	0,8
■ Svlékat oděv z dolní části těla	0,8

■ Aktivita sestrami typicky využívané (hodnoty  $\geq 0,8$ )

■ Aktivita sestrami běžně využívané (hodnoty mezi 0,8 a 0,5)

Pouze indikátor Obléct pacientovi oděv na horní část těla je dle svého hodnocení řazen mezi aktivity sestrami běžně využívané. Zbylé pro své vysoké hodnocení spadají do kategorie aktivit využívaných typicky.

#### 4.3.2 Kategorizace výsledků

##### 4.3.2.1 Spokojenost s ošetrovatelskou dokumentací

Vybraní experti, kteří s vytvořenou ošetrovatelskou dokumentací pracovali, ji hodnotí spíše negativně. Jejich odpovědi se často shodují a poukazují na to, že ošetrovatelská dokumentace sestavená na základě NIC a NOC klasifikací je zbytečně složitá, zdlouhavá, komplikovaná i časově náročná. „Na můj vkus je zbytečně složitá i časově náročná.“ (R2/19) Experti v rozhovorech též poukazovali na časovou náročnost dokumentace a zmiňovali se o tom, že kdyby se tato ošetrovatelská dokumentace zavedla do praxe a takovým způsobem se zaznamenávala data o všech hospitalizovaných klientech, měli by velmi omezený čas na poskytování ošetrovatelské

péče. „*Kdybychom tuhle dokumentaci měli vyplňovat u všech, tak u ní strávíme ještě víc času než obvykle.*“ (R1/18) „*Nedokážu si představit, že by se zavedla do praxe.*“ (R2/20)

Respondentky dále poukazují na to, že některé ošetrovatelské diagnózy během poskytování ošetrovatelské péče vůbec neuvžívají. „*Některé ošetrovatelské diagnózy vůbec nevyužíváme. Například u diagnózy Deficit sebepěči při oblékání – pacienti mají jen anděly.*“ (R4/22)

Dvě z respondentek zdůrazňují, že po několika letech praxe na oddělení jsou navyklé na současnou ošetrovatelskou dokumentaci, se kterou obvykle pracují a tento postup zaznamenávání dat o klientech jim zcela nevyhovuje. Respondentka na otázku zjišťující, jak se jí s ošetrovatelskou dokumentací pracovalo, odpověděla takto: „*Špatně, nejsem na to zvyklá.*“ (R5/25) „*Jsem zvyklá na něco jiného a už se moc dobře nesžívám s těmito novinkami.*“ (R8/30)

Pouze dvě respondentky v rozhovoru uvedly, že jim práce s touto ošetrovatelskou dokumentací nečinila problémy a byla zajímavá. Jedna z nich uvádí, že se v této ošetrovatelské dokumentaci setkala s intervencemi, které se na jejich oddělení běžně neuvžívají, ale hodnotí je jako přínosné. „*Práce s touto dokumentací byla zajímavá. Některé ošetrovatelské intervence pro mě byly sice nové, ale pro pacienty mají určité přínos.*“ (R6/26)

#### **4.3.2.2 Srozumitelnost ošetrovatelské dokumentace**

Na otázku zjišťující, zda byla předložená ošetrovatelská dokumentace pro vybrané experty dostatečně srozumitelná, většinou odpovídali všichni totožně. Sedm z osmi respondentů se shodlo na tom, že předložená ošetrovatelská dokumentace srozumitelná byla a po vysvětlení, jak s ní pracovat, neměli problém s jejím vyplněním. „*Je to pěkně zpracované.*“ (R6/38). „*Když jste mi dokumentaci ukázala poprvé, tak mi přišla hrozně složitá, ale po vysvětlení to bylo dobré.*“ (R3/34). Nutné je ale podotknout, že i když sedm vybraných expertů hodnotilo dokumentaci jako srozumitelnou, stále na ni většina nahlíží negativně. Příkladem může být odpověď dvou respondentek. „*Ano, ale pro někoho, kdo se s touto klasifikací nikdy nesešel, je obtížná.*“ (R7/39) „*Ano, ale nepracovalo se mi s ní dobře.*“ (R8/40)



Opět se zde můžeme setkat se skutečností, že některé z intervencí byly pro sestry nové. „*To ano. Srozumitelná byla, ale pracovat bych s ní nechtěla. Zabírá to spoustu času a s některými uvedenými diagnózami a intervencemi vůbec nepracujeme.*“ (R4/36)

Pouze pro jednu respondentku R5/16 nebyla předložená dokumentace zcela srozumitelná. Na položenou otázku odpověděla takto: „*Pro mě moc ne. Některé intervence jsem četla poprvé.*“ (R5/37)

#### **4.3.2.3 Přínos ošetrovatelské dokumentace**

Jen jedna z respondentek vidí v ošetrovatelské dokumentaci sestavené na základě klasifikací ošetrovatelských intervencí NIC a klasifikací ošetrovatelských výsledků NOC přínos pro praxi. „*Asi ano. Přijde mi to přehledné a lze takto pacientům zajistit veškeré jeho potřeby. Je to pěkné.*“ (R6/49)

Zbývají experti nejsou přesvědčeni o přínosu této dokumentace pro praxi. Nejčastějším důvodem je podle jejich názoru časová náročnost, velké množství vedených dokumentů. „*Velké množství dokumentů, náročné časově.*“ (R1/41) „*Zabírá to hrozně času.*“ (R3/44) Mezi odpověďmi se též objevil i takový názor, že jde o další zátěž pro sestry a méně času pro hospitalizované klienty. „*Akorát více práce pro sestry a méně času pro pacienty.*“ (R2/42)

Složitost dokumentace byla dalším důvodem, proč sestry přínos v dokumentaci nevidí. „*Myslím, že naše dokumentace je daleko přehlednější, jednodušší a sestram celkem i vyhovuje.*“ (R4/45) „*Už takhle mi přijde, že máme hrozně složitou dokumentaci, a tohle už je pro mě moc.*“ (R5/47)

#### **4.3.2.4 Důvody nespokojenosti s ošetrovatelskou dokumentací**

Na otázku, co se expertům na dokumentaci konkrétně nelíbilo, jsme dostali odpovědi v podstatě shodné s těmi, které jsme již prezentovali. Sestry opakovaně používaly výrazy jako komplikovaná, složitá, časově náročná. „*Myslím, že by se dalo vše formulovat daleko jednodušeji, aby sestra jenom nesestavovala ošetrovatelské diagnózy, nezbyvá jí pak čas na pacienty.*“ (R3/55) „*Přijde mi to příliš složité a také časově náročné. Už takhle máme k vyplňování spoustu papírů, a kdybychom ještě seděli nad touto dokumentací....*“ (R5/59)

Dle názoru některých sester není v ošetrovatelské dokumentaci zohledněna jednotka intenzivní péče a standardní oddělení. Zdůrazňují, že na těchto odděleních jsou ošetrovatelské diagnózy a intervence odlišené. *„Je to příliš složité, časově náročné a není zohledněna JIP a standardní oddělení.“* (R2/54)

Respondentka měla na předloženou ošetrovatelskou dokumentaci mnohem pozitivnější náhled než ostatní sestry. Též ale upozorňuje na to, že by zmiňovaná dokumentace měla být vytvořena zvlášť pro standardní oddělení a zvlášť pro jednotky intenzivní péče. *„Možná je to trochu víc časově náročné, ale není nic, co bychom nezvládli. Snad jen – mohla by být rozdělena pro standard a pro JIP, neboť péče na těchto odděleních je odlišná.“* (R6/61)

## 5 Diskuze

Diplomová práce se zabývá tématem využití klasifikací NIC a NOC u pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu. Jedním z předpokladů úspěšnosti tohoto výkonu je důkladná a účelná rehabilitace klientů. Správná hybnost pacientů je neodmyslitelnou součástí pooperačního období, stejně důležitá je však i po ukončení hospitalizace a následném návratu do domácího prostředí. Dle Halasové a Panošové (2010) mohou klienti plnou zátěž na operovanou končetinu vyvíjet teprve po uplynutí dvou až pěti měsíců a do té doby je třeba, aby se klienti řídili předepsaným pohybovým režimem, kterému se naučili během hospitalizace ve zdravotnickém zařízení a vyhýbali se některým pohybům, které by mohly narušit proces léčby. Pacient je tedy do jisté míry omezen v pohybových aktivitách. Pro efektivní a úspěšnou léčbu je stěžejní, aby byl pacient edukován o správném polohování, o pohybech, kterých se musí vyvarovat, o kompenzačních pomůckách, které mu proces rekonvalescence usnadní, případně by měl být odkázán na odborníky, kteří mu tuto životní situaci pomohou zvládnout, například na ergoterapeuty. Pacient však není edukován pouze ze strany fyzioterapeuta, ale do tohoto procesu je zapojena i sestra, která by měla mít základní znalosti o kompenzačních pomůckách a především o efektivním a správném polohování a pohybu klientů. Sestra je s klientem v bezprostředním kontaktu ihned po operačním výkonu. Zajišťuje správnou polohu operované dolní končetiny v derotační botě, umístí abdukční klín pacientům mezi končetiny pro zajištění mírné abdukce, kontroluje prokrvení a citlivost operované končetiny. Dále sestavuje ošetrovatelské diagnózy a plní intervence, které jsou potřebné. Právě s ošetrovatelskými diagnózami a ošetrovatelskými intervencemi zaměřenými na omezenou hybnost klientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu pracujeme v praktické části práce.

Ověřovali jsme znalosti sester, které se týkají poskytované péče pacientům po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Otázky jsou směřovány k problematice omezené hybnosti klientů. V rámci předoperační přípravy pacienta je jedna z nejdůležitějších částí edukace naučit klienta správnou chůzi. Jedná se o takzvanou trojdobou chůzi. Většina respondentek umí trojdobou chůzi popsat správně, což nám ukazuje graf 5. Z tohoto grafu však můžeme odvodit, že 20 % našich respondentů trojdobou chůzi

popisuje chybně, což může mít vážné důsledky pro jejich klienty. Mohli bychom tvrdit, že edukace pacientů v rámci správného pohybu za pomoci francouzských berlí je povinností fyzioterapeuta. O tomto se též zmiňují i autorky Halasová a Panošová (2010), které uvádějí, že součástí předoperační přípravy je setkání pacienta s fyzioterapeutem, který ho edukuje o správné a efektivní chůzi s berlemi po výkonu. Dungal a kol. (2014) popisují jednotlivé fáze rehabilitace klientů po totální endoprotéze kyčelního a kloubu a uvádí, že během vertikalizace pacienta je třeba fyzioterapeuta. Je však nutné podotknout, že fyzioterapeut s pacientem není v neustálém kontaktu a sestry by tedy měly být seznámeny s tím, jak má správná chůze vypadat a pacienta upozornit na případné chyby. Tím tak lze předejít pádu pacienta a zabránit tak vzniku možných komplikací. Můžeme se zde také zmínit o faktu, že v kompetencích sestry je též poskytování rehabilitačního ošetřovatelství. Hlavičková (2013) popisuje rehabilitační ošetřovatelství jako činnost, která je nezbytnou součástí komplexní ošetřovatelské péče o pacienta. Po tomto náročném operačním výkonu je správná poloha operované končetiny a správný pohyb stěžejním kritériem pro brzký návrat klienta do běžného života. Proto by sestra měla být seznámena s tím, jak se pacient má správně a účelně pohybovat a jakou polohu zaujímat. Piecková Palata (2012) se zmiňuje o tom, že klienti k pohybu často využívají pomoci nejrůznějších kompenzačních pomůcek. Sestra by měla být s těmi nejvyužívanějšími pomůckami seznámena a mít znalosti o jejich správném a efektivním užívání. Všichni pacienti po tomto výkonu využívají minimálně francouzských berlí a každá ze sester by měla věnovat pozornost tomu, jak se s nimi pacient za nepřítomnosti fyzioterapeuta pohybuje. Je samozřejmostí, že sestra vše s fyzioterapeutem konzultuje a spolupracuje s ním, neboť péče o takové klienty je péčí multioborovou. Benešová a Benešová (2009) uvádějí, že sestra je ze strany fyzioterapeuta proškolená za účelem správného zaujímání dané polohy klientem v určitém časovém rozmezí a také je informována o pomůckách, které klient k polohování či pohybu využívá. Dle našeho názoru je tedy počet sester, které trojdobou chůzi neovládají, číslem vysokým.

V rámci znalostí sester jsme zjišťovali, kolik hodin od operace by měl být pacient vertikalizován. Mnoho autorů, jako např. Dungal a kol.(2014), Slezáková a kol. (2010)

nebo Halasová a Panošová (2010), popisují jednotlivé fáze rehabilitace pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu a o vertikalizaci pacienta se zmiňují až druhý pooperační den. Převážná většina našich respondentů (viz graf 6) však uvedlo, že by pacient měl být vertikalizován 24 hodin od výkonu, tedy první pooperační den. Je samozřejmostí, že je pacient postavován dle svého aktuálního stavu, ale dle našich zkušeností z ortopedických oddělení byli pacienti za pomoci fyzioterapeuta a kompenzačních pomůcek vertikalizováni již po 24 hodinách.

Další část našeho dotazníku zjišťovala, jakým způsobem je na jejich oddělení vedena ošetrovatelská dokumentace a spokojenost respondentů s touto ošetrovatelskou dokumentací. Nejpočetnější skupina sester uvedla, že jejich dokumentace je tištěná s možností zaškrťování a dopisování. Druhá skupina respondentů využívá kombinaci tištěné a elektronické formy. Nikdo z našich respondentů na svém oddělení nepracuje pouze s elektronickou formou vedení ošetrovatelské dokumentace. Většina dotazovaných sester je s vedením dokumentace spokojena a malé procento sester naprosto spokojena (viz graf 8). Zbytek sester má k vedení dokumentace výhrady a nejčastějším důvodem je velké množství dokumentů, které je třeba u každého z pacientů vyplnit a během jejich hospitalizace každý den aktualizovat. Dále poukazují na údajnou složitost ve vedení dokumentace a také na nedostatek času na její důkladně vedení. Důvodem nespokojenosti u malého procenta sester byla též preference elektronické dokumentace na místo tištěné. Ať už je ošetrovatelská dokumentace pro sestry náročná časově či obsahově, je důležité si uvědomit, že její vedení je pro každé zdravotnické zařízení povinné a dané zákonem č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách. Je zde zakotven obsah zdravotnické dokumentace, jakým způsobem je vedena a uchovávána, kdo a za jakých podmínek smí do zdravotnické dokumentace pacientů nahlížet a práva pacientů týkajících se zdravotnické dokumentace. Je též důležitá pro samotný personál poskytující ošetrovatelskou péči pacientům, neboť dle Ščeponcové (2009) zaručuje zdravotnickému personálu potřebnou ochranu před případnými žalobami ze stran nespokojených klientů. Na spokojenost sester s ošetrovatelskou dokumentací, může mít, dle našeho názoru, vliv délka praxe. Na naši hypotézu „Spokojenost sester s ošetrovatelskou dokumentací je ovlivněna délkou praxe“, která

byla ověřena, lze nahlížet tak, že čím déle jsou sestry v praxi, tím je poskytovaná péče pacientům v rámci ošetrovatelského procesu kvalitnější. S kvalitou péče poskytovanou ošetrovatelským procesem bezprostředně souvisí důkladné vedení ošetrovatelské dokumentace. Tóthová a kol. (2014) uvádí, že sestra veškeré údaje o pacientech zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace jak v zájmu klienta, tak v zájmu vlastním.

Těž jsme se zabývali problematikou ošetrovatelských diagnóz. V některých zdravotnických zařízeních s ošetrovatelskými diagnózami nepracují. V našich vybraných nemocnicích a odděleních, kde jsme sbírali data pro kvantitativní výzkum, jsou ale všem známé a práce s nimi je každodenní. Sestavení ošetrovatelské diagnózy je v rámci ošetrovatelského procesu dle dostupné literatury (Mastiliaková 2014, Tóthová a kol. 2014, Janíková a Zeleníková 2013 a další), řazeno do druhé fáze tohoto procesu. Podle Janíkové a Zeleníkové (2013) je nutné klást velký důraz na důkladné sestavení ošetrovatelských diagnóz podle aktuálních i potenciálních faktorů, které na pacienta působí jak z jeho vnějšího, tak i vnitřního prostředí. Janíková a Zeleníková (2013) také poukazují na to, že nelze vycházet jen z tělesné stránky klienta, ale je třeba pohlížet na každého z klientů jako na bio – psycho – sociálního a spirituálního jedince a též zdůrazňují, že během ošetrovatelské diagnostiky je důležité dbát na správnou a důkladnou komunikaci s pacientem. Dle Mackové a Zeleníkové (2012) bylo provedeno výzkumné šetření, které se zaměřovalo na detekování možných příčin, které ovlivňují používání ošetrovatelských diagnóz sestrami. Jako nejčastější faktory byly uvedeny nedostatek času, nedostatek personálu, počet pacientů na jednu sestru, zátěž, kterou přináší administrativa, rozdíly v teorii a praxi. Ščeponcová (2009) poukazuje na to, že u tvorby NANDA diagnóz sestry stráví mnohem více času, neboť musí vyhledat příslušnou doménu, třídu, číselný kód, určující znaky a související nebo rizikové faktory. Následné ošetrovatelské intervence se však shodují s těmi, který by sestra vykonala při stanovení diagnózy tříšložkové. Naše první hypotéza „Ošetrovatelské diagnózy jsou sestrami hodnocené jako nepřínosné“ byla statisticky vyvrácena. Dle našeho názoru je ale důležité poukázat na to, že skoro polovina respondentů hodnotí ošetrovatelské diagnózy pro péči o pacienty jako nepotřebné, časově náročné a složité (viz graf 11). Často se v praxi můžeme setkat se situací, že pacient není ze strany sester

řádně posouzen a je mu ihned přiřazeno několik ošetrovatelských diagnóz, které se na jednotlivých odděleních využívají nejčastěji a které se týkají pouze jejich fyzické stránky. Ošetrovatelské diagnózy týkající se stránky psychické jsou často opomíjeny a dle mého názoru si sestry ani neuvědomují, jak významnou roli v léčebném procesu hraje psychická pohoda každého z klientů.

Jak již bylo zmíněno výše, naše výzkumné šetření v rámci ošetrovatelských diagnóz a dále i vykonávaných aktivit, tedy ošetrovatelských intervencí, se týká především hybnosti pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu. V našem dotazníku bylo nabídnuto několik ošetrovatelských diagnóz zaměřené právě na hybnost klientů a respondenti vybírali ty, které v péči o tyto pacienty nejčastěji sestavují. Nejčastěji sestavovanou ošetrovatelskou diagnózou je diagnóza č. 00132 Akutní bolest, neboť i ta má velký vliv na hybnost pacientů. Druhá nejčastější diagnóza je Riziko pádu – č. 00155 a třetí nejčastější je č. 00088 Zhoršená chůze. Diagnóza Zhoršená pohyblivost na lůžku pod číslem 00091, která je sestavována, dle našeho šetření pouze v několika málo procentech, je, dle mého názoru, využívána nedostatečně. U každého z klientů se objevuje hned několik důvodů, proč tuto ošetrovatelskou diagnózu určit. V první řadě se jedná o akutní bolest, která je po tomto operačním výkonu běžná a dle Rokyty a kol (2009) je doprovodným efektem tohoto zákroku. Klient není z tohoto důvodu schopen samostatného pohybu na lůžku a je třeba mu pomoci.

Dalším důvodem může být věk pacientů. Mnoho klientů jsou již senioři, kteří i v domácím prostředí potřebují při vstávání z lůžka či polohování pomoci od svých příbuzných či pečovatelek nebo kompenzačních pomůcek. Přidáme-li k těmto faktorům akutní bolest a také fakt, že operovaná dolní končetina je umístěna v antirotační botě, je diagnóza č. 00091, dle mého názoru, vhodná.

Další diagnózy, které se využívají jen v několika málo procentech, jsou č. 00108 Deficit sebeděče při koupání, č. 00110 Deficit sebeděče při vyprazdňování, č. 00090 Zhoršená schopnost přemísťování a nejméně využívaná ošetrovatelská diagnóza je pod číslem 00109 Deficit sebeděče při oblékání. Stejně jako ošetrovatelská diagnóza Zhoršená pohyblivost na lůžku, jsou, dle mého názoru, i tyto využívány nedostatečně. Dle NANDA ošetrovatelských diagnóz je celkově zhoršená tělesná pohyblivost

definována jako „ *Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin.*“ (NANDA, 2013, s. 230) Pacienti s touto ošetrovatelskou diagnózou se vykazují určitými určujícími znaky. Klienti mají změněnou chůzi, omezený rozsah pohybu v kloubu, obtíže při otáčení, zpomalené pohyby a jiné obtíže. Dle mého názoru všechny výše zmiňované diagnózy, které jsou sestrami sestavovány jen v málo procentech, se zhoršené pohyblivosti úzce dotýkají, a proto by sestrami měly být sestavovány a vyhodnocovány v daleko větší míře, než tomu je doposud.

Jak již bylo popsáno výše, naše diplomová práce je orientována na hybnost klientů. Sestry by měly pacienta při přijetí důkladně zhodnotit po všech stránkách a vykonávané činnosti směřovat i na psychickou stránku pacienta. Každý pacient je individualita a nelze na všechny pohlížet stejně. Proto některý z klientů může omezení v pohybu vnímat daleko hůře, než jiný pacient. Plevová a kol. (2011a) uvádí, že sestra i ostatní členové multidisciplinárního týmu často spoléhají na to, že s nimi bude pacient při všech ošetrovatelských činnostech spolupracovat. To je ovšem jeden z omylů, kterého se zdravotnický personál dopouští. Ke spolupráci musí být pacient ze strany odborníků neustále motivován a podporován. Jako druhou hypotézu jsme si stanovili „Zajištění pomůcek usnadňující pohyb je sestrami typicky využívaná intervence.“ Tuto hypotézu jsme ověřili, neboť z výsledků našeho šetření vyplývá, že kromě tišení bolesti, sestry nejčastěji využívají intervence „Zajisti pomůcky usnadňující pohyb“, „Odstraň z dosahu všechny potenciálně nebezpečné předměty“ a „Upozorni na možnost používání madel“. Přesto, že všechny tyto zmíněné intervence sestry vykonávají nejčastěji, žádná z nich ale není vykonávána ve sto procentech. Dle mého názoru by minimálně tyto tři intervence měli být vykonávány vždy a u každého pacienta s poruchou hybnosti.

Důležitou součástí naší diplomové práce jsou klasifikace NIC a NOC. Proto jsme od našich respondentů zjišťovali, do jaké míry jsou s těmito klasifikacemi ošetrovatelských intervencí NIC a klasifikacemi ošetrovatelských výsledků NOC obeznámeni. Dle Jarošové a kol. (2012) lze s klasifikacemi NIC pracovat jak na standardním oddělení, tak na jednotkách intenzivní péče, v domácí a hospicové péči. NIC lze využít v ošetrovatelské dokumentaci, při komunikaci a získávání dat o péči skrz jednotlivá zdravotnická zařízení i oddělení. Je vhodná také pro sledování efektivity



ošetřovatelské péče i jako podklad pro úhradu výdajů spojených za poskytnutí ošetřovatelských služeb (Jarošová a kol., 2012). V České republice však klasifikace NIC nejsou tolik známé a ve zdravotnických zařízeních se s nimi nepracuje. Bulechek (2013) uvádí, že klasifikace NIC a NOC jsou aktualizovány v pravidelných intervalech a to jednou za čtyři roky. Tato aktualizace probíhá na základě výzkumného šetření a následné zpětné vazby respondentů, tedy sester. V České republice tedy nelze tyto klasifikace aplikovat do praxe, neboť nejsou revidovány na podmínky našeho ošetřovatelství. Přesto jsme od našich respondentů zjišťovali, zda se s pojmy setkali a znají jeho význam. Velké množství našich respondentů pojmy NIC a NOC zná a jsou seznámeni i s jeho významem (viz graf 14, 16). Většina respondentů, kteří jsou s pojmy obeznámeni, o nich získali informace během studia na vyšších odborných či vysokých školách (viz graf 15, 17). Naše hypotéza „Znalost pojmů NIC a NOC je ovlivněna vzděláním.“ byla díky těmto údajům ověřena. Shodujeme se se studií Pospíšilové, Kyásové a Juřeníkové (2012), které se zabývali znalostí pojmů NANDA International, NIC a NOC v závislosti na vzdělání všeobecných sester. Dle této studie je patrné, že jsou významné rozdíly ve znalosti pojmů mezi respondenty bez vysokoškolského vzdělání a respondenty s vysokoškolským vzděláním. Znalost pojmů NIC a NOC můžeme také srovnat s výzkumným šetřením Dymákové (2013), která se též zabývala ošetřovatelskými klasifikačními systémy NANDA I., NIC a NOC. 26 % jejich respondentů zná pojem NIC i s jeho významem a 12 % jich uvedlo, že pojem znají, ale jeho význam vysvětlit neumí. S pojmem NOC je to procentuálně podobné. Naši respondenti jsou s touto problematikou obeznámeni ve větší míře (viz graf 14, 16). Výsledky, které se týkají znalosti pojmů, se však shodují s výzkumem Oberfalcerové (2014). Ta uvádí, že 59 % respondentů výraz zná i s jeho významem a 18 % respondentů pojem vysvětlit neumí. S klasifikacemi NOC je to opět procentuálně srovnatelné. Se studií Dymákové (2013) a Oberfalcerové (2014) se shodujeme ve způsobu setkání s těmito výrazy a to nejčastěji v rámci studia.

Naši respondenti se však s těmito pojmy nesetkali pouze ve škole, ale také na odborných konferencích, v literatuře, ale někteří i v zaměstnání. Navzdory tomu, že

v České Republice tyto klasifikace rozšířené nejsou, některé ze sester měli možnost s nimi pracovat (viz graf 18).

Abychom mohli zodpovědět naši výzkumnou otázku „ Jaký je názor sester na NIC a NOC klasifikace v péči o pacienty s totální endoprotézou kyčelního kloubu, předložili jsme vybraným expertům vytvořenou ošetrovatelskou dokumentaci na základě klasifikací NIC a NOC. Z NIC klasifikace jsme vybrali Pohyblivost: Fyzická porucha, Prevence pádu, Asistence během sebeděže: Koupání/Hygiena a Asistence během sebeděže: Oblékání. V tabulce číslo 11, která byla zaměřena na fyzickou poruchu pohyblivosti, byly vybrány činnosti jako prevence pádu, péče o dolní končetiny, asistence při přemísťování, podpora a kontrola pacienta při intenzivním cvičení, pohybové terapii a posilování svalů a asistence a podpora pacienta při cvičení a nácviku sebeobsluhy. Nejvyšší hodnotu, získaly činnosti prevence pádu, asistence při přemísťování a podpora a kontrola při intenzivním cvičení, pohybové terapii a posilování svalů. Srovnáme-li tyto výsledky s výsledky kvantitativního výzkumného šetření, můžeme z grafu 12 vyčíst, že nejčastěji sestavovanou ošetrovatelskou diagnózou, kromě tlášení bolesti, je diagnóza č. 00155 Riziko pádu. Z tohoto si lze odvodit, že činnosti vykonávané respondenty v souvislosti s prevencí pádu, jsou oprávněně zařazeny do aktivit, které jsou sestrami u pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu typicky vykonávané. Jak bylo uvedeno výše, druhou činností, která získala vysokého bodového ohodnocení, byla činnost Asistence při přemísťování. V grafu 12 si též můžeme všimnout, že respondenti hodnotili i ošetrovatelskou diagnózu č. 00090 Zhoršená schopnost přemísťování. Je ovšem zajímavé, že tato ošetrovatelská diagnóza již není respondenty sestavována v tak vysokých procentech. Z těchto dat vyplývá, že respondenti potřebné ošetrovatelské intervence vykonávají bez stanovení určitých ošetrovatelských diagnóz. Důvodem by mohlo být velké množství diagnóz, které nám mohou připadat obdobné. Příkladem mohou být diagnózy č. 00085 Zhoršená tělesná pohyblivost, č. 00090 Zhoršená schopnost přemísťování nebo diagnóza č. 00091 Zhoršená pohyblivost na lůžku. Dalším důvodem může být celkový pohled na ošetrovatelské diagnózy. Dle Čablové (2010), která reaguje na článek autorky Ščeponcové z roku 2009, sestry ošetrovatelské diagnózy sestavovat „nechtějí“, neboť

poukazují na to, že některé ošetřovatelské diagnózy se vyskytují ve vysoké frekvenci a proto je možné vypracovat soubor ošetřovatelských diagnóz, které jsou v praxi běžné a časté společně s ošetřovatelskými cíli a sesterskými intervencemi.

Ostatní činnosti byly též ohodnoceny vysokými čísly, proto ani jedna z těchto činností nemusela být z ošetřovatelské dokumentace vyřazena. Pouze jedna aktivita nemohla být zařazena do kategorie typicky využívaných intervencí, ale spadá do kategorie druhé, tedy aktivit sestrami běžně využívané. Jednalo se konkrétně o podporu a kontrolu pacienta při intenzivním cvičení, pohybové terapii a posilování svalů. Můžeme se domnívat, že tato činnost je typická pro fyzioterapeuty, kteří jsou hlavními koordinátory rehabilitace klientů.

Pro NIC klasifikaci Prevence pádu (viz tabulka 11) byly vybrány činnosti identifikace kognitivních nebo fyzických deficitů pacienta, které mohou zvýšit potenciál pádu v konkrétním prostředí, dále monitorace rovnováhy a stupeň únavy během chůze pacienta, návrh změn v chůzi pacienta a poskytování pacientům pomůcky usnadňující pohyb. Ani zde nebyla žádná z uvedených činností vyřazena díky vysokému ohodnocení. Poskytnutí klientům pomůcek pro usnadnění pohybu lze opět porovnat s výsledky kvantitativního šetření z grafu 12, kde je ošetřovatelská diagnóza riziko pádu respondenty sestavována většinou respondentů, a také s výsledky grafu 13, kde je, kromě tišení bolesti, zajištění pomůcek druhá nejčastěji využívaná ošetřovatelská intervence. Kompenzační pomůcky jsou neodmyslitelnou součástí pro hybnost pacienta. Nejedná se však pouze o pomůcky usnadňující chůzi, jako jsou francouzské či podpažní berle. Jde o celou řadu pomůcek sloužící pro všechny oblasti sebek péče. Krivošíková (2011) poukazuje na to, že pro nácvik každodenních činností s pomocí kompenzačních pomůcek, je klientům doporučována spolupráce s ergoterapeutem. Ten vyhodnotí schopnosti klienta i prostředí, ve kterém žije, popřípadě navrhne potřebná odstranění bariér, které klientovi znemožňují dostatečnou adaptaci na kompenzační pomůcku i na svůj aktuální zdravotní stav. Jedná se o bariéry fyzické a sociální. Ergoterapeut klientovi pomáhá s nácvikem všedních činností tak, že zohledňuje konkrétní potřeby. Měl by být obeznámen se zvyklostmi klienta i rodiny a na základě těchto informací sestavit vhodný léčebný program. Při nácviku každodenních aktivit zvyšuje náročnost.

Činnosti s kompenzační pomůckou jsou nejdříve prováděny za asistence terapeuta, později je klient při výkonech pouze sledován a slovně opravován. Ke změnám, které vyplývají z onemocnění, dochází i u klienta samotného. Jedinec s narušenou hybností, který není schopen vykonávat činnosti, jež před onemocněním patřily k jeho každodenní rutině, je ohrožen ztrátou sebevědomí. Ohrožena je i motivace klienta. Změny se týkají i rodinných příslušníků. Klienti v pokročilejším věku, mohou být často odkázáni na pomoc druhé osoby. Nejčastěji o takového klienta pečuje jeho rodina. Zde dochází ke změně sociálních rolí, kdy se z rodinných příslušníků stávají ošetřovatelé a pečovatelé (Krivošíková, 2011). Dle mého názoru však pacienti poradenství s ergoterapeuty nevyužívají, neboť o této možnosti ani neví.

Indikátory NOC jsou dle Moorhead at al. (2014) popisovány jako určité stavy, chování a reakce či vnímání, které mají klíčovou roli pro měření a zhodnocení výsledku. Proto jsme jako indikátory klasifikace NOC vztahující se k fyzické poruše pohyblivosti a riziku pádu vybrali tyto: rovnováha, koordinace, chůze, pohyb svalstva, pohyb v kloubech, polohování a schopnost přemístit se. Všechny tyto vybrané indikátory byly dle našich výsledků zařazeny do aktivit sestrami typicky využívaných. Je nutné ale podotknout, že sestra tyto indikátory nehodnotí sama, neboť tyto ukazatelé jsou důležité i pro fyzioterapeuta, který je členem multidisciplinárního týmu. Autorky Benešová a Benešová (2009) uvádí, že činnosti sestry a fyzioterapeuta se v jednotlivých oblastech propojují a sestra je ze strany fyzioterapeuta proškolená za účelem správného a pro pacienta pohodlného a účelného polohování.

Pro klasifikaci NIC Asistence během sebeděže při koupání a hygieně (viz tabulka 13) jsme vybrali činnosti zohlednění věku pacienta, určení stupně potřebné asistence, zajištění vhodného místa v blízkosti lůžka pro pomůcky potřebné k hygieně, poskytnutí pacientům jejich osobních věcí, asistence pacientovi během hygieny, dodržování hygienických rituálů pacienta a kontrolu integrity kůže pacienta. Zde si můžeme povšimnout, že ve srovnání s ostatními činnostmi byly všechny tyto vybrané ošetřovatelské činnosti respondenty ohodnoceny nejvyššími čísly, tedy 1,0 nebo 0,9. V grafu 12 si ale opět ověřujeme, že ošetřovatelská diagnóza s číslem 00108 Deficit sebeděže při koupání je pacientům přidělována pouze v několika málo procentech.

Pro klasifikaci NOC Sebepečce v oblasti hygieny (viz tabulka 14) byly vybrány tyto indikátory: mytí rukou, očistu perineální oblasti, očistu uší, očistu dutiny nosní, hygienu dutiny ústní, mytí vlasů, česání vlasů, holení, péče o nehty, péče o nehty na nohou, udržování čistého vzhledu a udržování tělesné hygieny. Nejnižší hodnoty získali činnosti týkající se očisty uší, mytí vlasů, holení, péče o nehty a péče o nehty na dolních končetinách. Dle mého názoru je nízké hodnocení těchto aktivit zapříčiněno některými respondenty, kteří pracují na jednotkách intenzivní péče. Někteří následně v rozhovorech poukazují na to, že některé ošetrovatelské intervence na odděleních vůbec nevyužívají, neboť na jednotkách intenzivní péče jsou ošetrovatelské činnosti poněkud odlišné od péče na standardních odděleních. Jarošová a kol. (2012) však uvádí, že klasifikace ošetrovatelských intervencí NIC a NOC mají širokou míru působnosti a lze je využít jak na standardních odděleních, tak i na jednotkách intenzivní péče. Přesto ale žádný z těchto indikátorů nemusel být pro nízké hodnocení z dokumentace vyřazen.

Pro intervenci NIC Deficit sebepečce při oblékání (viz tabulka 15) jsme vybrali činnosti zohlednění věku pacienta, poskytnutí pacientům jejich osobní oděv, být k dispozici pro případnou asistenci během oblékání a pomoc pacientovi s tkaničkami, knoflíky a zipy. Ani zde žádná z těchto činností nemusela být pro nízké hodnocení z dokumentace odstraněna. Navzdory tomu, ale opět ve výsledcích kvantitativního šetření lze zjistit, konkrétně z grafu 12, že ošetrovatelská diagnóza č. 00109 Deficit sebepečce při oblékání, je respondenty nejméně sestavovaná ošetrovatelská diagnóza, neboť procentuálně dosáhla jen nízkého hodnocení. To nám opět ukazuje, že jsou plněny intervence bez předchozí identifikace ošetrovatelské diagnózy. Dále i v rozhovorech s respondenty se můžeme dočíst, že na jednotkách intenzivní péče je tato diagnóza nepodstatná, neboť pacienti uloženi na tomto oddělení mají pouze otevřené košile.

Pro klasifikaci ošetrovatelských výsledků NOC Sebepečce během oblékání (viz tabulka 16), byly hodnoceny indikátory podání pacientovi oděvu ze zásuvky, donesení pacientovi oděvu ze šatníku, oblékání pacientovi oděvu na horní část těla, oblékání pacientovi oděvu na dolní část těla, oblékání ponožek, nazouvání bot, svlékání oděvu z horní a dolní části těla. Hodnocení těchto indikátorů je též vysoké, ale v souvislosti

s předchozí NIC klasifikací v tabulce 15 můžeme soudit, že názory na tyto indikátory se neliší s připomínkami k vybraným činnostem klasifikace NIC vyplývající z následujících rozhovorů. Dle našeho názoru jsou tyto činnosti sestrami považovány za automatické, a tedy není nutné jejich uvedení v ošetřovatelské dokumentaci.

V rámci kvalitativního výzkumného šetření byly provedeny krátké polostrukturované rozhovory s vybranými experty pro doplnění dat k předložené ošetřovatelské dokumentaci sestavené na základě klasifikace ošetřovatelských intervencí NIC a klasifikace ošetřovatelských výsledků NOC. Po analýze těchto rozhovorů, která je popsána v kapitole Metodika, jsme odpovědi respondentů rozčlenili do několika kategorií. První kategorií byla Spokojenost s ošetřovatelskou dokumentací, druhá kategorie byla Srozumitelnost ošetřovatelské dokumentace, třetí kategorie hodnotila přínos ošetřovatelské dokumentace a poslední čtvrtá kategorie se týkala důvodů nespokojenosti s ošetřovatelskou dokumentací.

Co se týče spokojenosti s ošetřovatelskou dokumentací, bylo díky rozhovorům zjištěno, že na předloženou ošetřovatelskou dokumentaci vybraní experti nahlíží spíše negativně. Respondenti se často shodovali v hodnocení této dokumentace a označovali ji jako časově náročnou, zbytečně složitou, zdouhavou. Výše jsme se zmiňovali o tom, že respondenti též poukazují na to, že by vytvořená dokumentace měla být rozdělena pro standardní oddělení a pro jednotky intenzivní péče z důvodů odlišné ošetřovatelské péče na těchto odděleních. Opět se zde odkazují na publikaci Jarošové a kol. (2012), která uvádí, že dokumentace na základě klasifikací NIC a NOC lze využít téměř ve všech sférách zdravotnictví, tedy jak na jednotkách intenzivní péče, tak na standardních odděleních. Pacienti po totálních endoprotézách kyčelního kloubu, kdy se jedná především o klienty v pokročilém věku, kteří často potřebují pomoci od druhých, nebo využívají kompenzačních pomůcek, mají, dle mého názoru, deficit sebepéče při hygieně či oblékání jak na jednotce intenzivní péče, tak i na standardním oddělení. Ačkoliv na standardních odděleních omezení nemusí být tak výrazná, jako na jednotkách intenzivní péče, přesto se ale domnívám, že i na standardních odděleních jsou hospitalizovaní pacienti, kteří před nástupem do nemocnice měli v této oblasti určitý deficit a během hospitalizace je samozřejmé, že se tento problém může spíše prohloubit.

V kategorii Srozumitelnost s ošetrovatelskou dokumentací respondenti hodnotili ošetrovatelskou dokumentaci jako srozumitelnou, ale přesto na ni stále nahlíželi negativně. V této kategorii jsme se také mohli seznámit s názorem, že některé uvedené ošetrovatelské diagnózy respondenti nevyužívají a určité intervence ani neznají. Opět se zde můžeme domnívat, že některé činnosti sestry nepovažují za klasické ošetrovatelské intervence, neboť je v rámci poskytování ošetrovatelské péče provádí automaticky. Zřejmě se zde jedná činnosti, které spadají pod deficit sebedpěče při oblékání a deficit sebedpěče při hygieně.

V kategorii Přínos Ošetrovatelské dokumentace se respondenti často ve svých odpovědích shodovali. Ošetrovatelskou dokumentaci hodnotí jako nepřínosnou pro praxi především z toho důvodu, že je, dle jejich názoru, časově náročná a při práci s ní by se jim krátil čas, ve kterém se mohou věnovat pacientům. Pouze jedna z respondentek pohlížela na dokumentaci pozitivně a pro praxi ji hodnotí jako přínosnou.

Důvody nespokojenosti s ošetrovatelskou dokumentací je poslední kategorií. V této kategorii se respondenti shodovali již s předešlými odpověďmi. Jako nejčastější důvod nespokojenosti uvádí časovou náročnost a složitost.

Dle mého názoru však nespokojenost s ošetrovatelskou dokumentací sestavenou na základě NIC a NOC souvisí s celkovým negativním postojem sester na sestavování ošetrovatelských diagnóz dle NANDA, neboť, jak jsme již uváděli výše, dle Ščeponcové (2009) u tvorby NANDA diagnóz sestry tráví mnohem více času z důvodů vyhledávání domény, číselných kódů a dalších faktorů.

Shrňme – li všechny zjištěné poznatky kvantitativního i kvalitativního šetření, můžeme tvrdit, že všechny stanovené cíle naší práce byly splněny. Prvním cílem práce bylo zjistit, jaké aktivity NIC jsou sestrami typicky využívány v péči o pacienty s totální endoprotézou kyčelního kloubu. V tomto případě bylo díky předloženým ošetrovatelským dokumentacím v rámci kvalitativního výzkumného šetření zjištěno, že pouze tři z činností ošetrovatelských intervencí NIC, jsou posuzovány jako aktivity běžně využívané v péči o pacienty po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Jedná se o činnosti „Podporuj a kontroluj pacienta při intenzivním cvičení, pohybové terapii a posilování svalů.“, „Poskytnout pacientům jejich osobní oděv.“ a „Pomocť pacientovi

s tkaničkami, knoflíky a zipy.“ Všechny ostatní činnosti jsou díky svému vysokému hodnocení zařazeny do aktivit sestrami typicky využívaných (viz tabulky 11, 13 a 15).

Druhý cíl, který měl ověřit uplatnění klasifikací NIC a NOC v péči o pacienty s totální endoprotézou kyčelního kloubu, jsme naplnili díky rozhovorům, které byly provedeny s vybranými experty, kteří pracovali s naší ošetrovatelskou dokumentací. Vybraní respondenti nahlízejí na ošetrovatelskou dokumentaci sestavenou na základě klasifikací NIC a NOC negativně. Dle mého názoru však sestry hodnotili ošetrovatelskou dokumentaci na základě NIC a NOC klasifikací za nepřínosnou pro ně samotné, ale již nepohlíželi na to, zda je přínosem pro hospitalizované klienty. Podle jejich názoru je složitá a práce s ní časově náročná. S některými intervencemi se setkali poprvé a určité ošetrovatelské diagnózy v rámci ošetrovatelského procesu vůbec nesestavují. Ovšem dle studie Doláka a Tóthové (2014), kteří se věnovali intervencím NIC a výsledků NOC u pacientů se stanovenou diagnózou Neefektivní vzorec dýchání, bylo zjištěno, že využití těchto klasifikací je třeba podrobit dalšímu testování, abych jejich aplikace do ošetrovatelské praxe v České republice byla možná. Důležitým aspektem v rámci ošetrovatelského procesu je ale uspokojování potřeb klienta, na kterého by mělo být nahlíženo jako na bytost biologickou, psychickou, sociální a spirituální. Dle Plevové (2011b) je třeba, aby potřeby všech lidí byly v neustálé rovnováze a úroveň biologické, psychologické, sociální a duchovní nelze od sebe izolovat, neboť se všechny navzájem překrývají a souvisí spolu. Mastiliáková (2014) uvádí, že v případě neuspokojených potřeb docházím k určitým reakcím klienta. Úkolem sestry je na tyto reakce včas a efektivně reagovat, identifikovat je a diagnostikovat tak ošetrovatelský problém. Deficit v kterékoliv oblasti může narušit integritu jedince, zpomalit léčebný proces a prodloužit dobu hospitalizace. Proto i deficit v oblasti sebeděče by neměl být sestrami přehlížen a efektivně řešen.

Posledním cílem naší diplomové práce bylo zjistit, jaké indikátory NOC jsou sestrami typicky používány v péči o pacienta s totální endoprotézou kyčelního kloubu. Dle získaných dat kvalitativního výzkumného šetření můžeme zhodnotit, které indikátory jsou hodnoceny jako užívané typicky a běžně. Jako běžně užívané můžeme hodnotit tyto indikátory: „Očista uší“, „Očista dutiny nosní“, „Mytí vlasů“, „Holení“,



„Péče o nehty“, „Péče o nehty na nohou“, a „Obléct pacientovi oděv na horní část těla“. Ostatní indikátory v předložené ošetrovatelské dokumentaci můžeme hodnotit jako aktivity sestrami typicky využívané v péči o pacienta s totální endoprotézou kyčelního kloubu (viz tabulky 12, 14 a 16).

## 6 Závěr

Naše diplomová práce se věnovala Využití NIC a NOC klasifikací u pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu. Pacienti se po tomto výkonu setkávají s celou řadou problémů, ale v naší práci jsme se zaměřili především na takové problémy, které pacienta ovlivňují v jeho samostatné pohyblivosti a sebepěči. Všechny tyto oblasti jsou narušeny a v rámci ošetrovatelského procesu by měli být profesionálně řešeny. Stanovené cíle byly zaměřené na problematiku NIC a NOC a jejich přínos pro praxi, konkrétně na ortopedických odděleních. Věnovali jsme se také samotnému onemocnění s následným režimem klientů, ale především jsme se orientovali na problematiku ošetrovatelské dokumentace, ošetrovatelských diagnóz a intervencí zaměřených na hybnost pacientů a klasifikace ošetrovatelských intervencí NIC a ošetrovatelských výsledků NOC.

V rámci ošetrovatelské péče o pacienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu jsou sestry orientované. Překvapující ovšem byly výsledky týkající se popisu takzvané Trojdobé chůze. V teoretické části práce jsme se zmiňovali o poskytování rehabilitačního ošetrovatelství sestrou. S tímto souvisí i správná mobilita pacientů, která je v době rekonvalescence pro pacienta stěžejní. Proto množství sester, které popisují Trojdobou chůzi špatně, což může být potenciálním rizikem pro pacienty, považujeme za číslo vysoké.

Co se týče ošetrovatelské dokumentace, jsou sestry s jejím vedením spokojené, pouze v zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz a ošetrovatelských intervencí můžeme vidět ze strany sester výhrady. Některé ošetrovatelské diagnózy a intervence jsou sestavovány v nedostatečném množství. V tomto případě se jedná především o ošetrovatelské diagnózy a intervence související s deficitem sebepěče hospitalizovaných klientů.

Ačkoliv se v České republice s klasifikacemi NIC a NOC nepracuje, sestry jsou s těmito pojmy obeznámeny. Informace o nich jsou ve velké míře získávány během studia na vyšších odborných školách a vysokých školách. Na ošetrovatelskou dokumentaci sestavenou právě na základě klasifikací NIC a NOC sestry však nahlíží negativně a celkový přínos pro ošetrovatelskou praxi nevnímají. Dle našeho mínění byla

tato dokumentace hodnocena pouze z hlediska přínosu pro sestry, ale nad přínosem pro pacienty se již nezamýšlely.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. BENEŠOVÁ, Eva a Hana BENEŠOVÁ, 2009. Všeobecná sestra a fyzioterapeut – spolupráce v oboru ošetrovatelství. *Sestra*, roč. 2009, č. 5, s. 47–48. ISSN 1210–0404.
2. BOCKOVÁ, Soňa a Radka KOZÁKOVÁ, 2013. Využitelnost a dopad klasifikace 3N v ošetrovatelské praxi. *Kontakt*, roč. 15, č. 3, s. 260–268. ISSN 1212–4117.
3. BUŽGOVÁ, Radka a Lucie SIKOROVÁ, 2008. *Ošetrovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech II*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7368-499-0.
4. BULECHEK, Gloria et al., 2013. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 6. ed., St. Louis: Mosby. ISBN 978-0-323-10011-3.
5. CNC - Overview: Nursing Interventions Classification (NIC). *The University of Iowa* [online]. [cit. 2016-05-09]. Dostupné z: CNC - Overview: Nursing Interventions Classification (NIC).
6. CNC - Overview: Nursing Outcomes Classification (NOC). *The University of Iowa* [online]. [cit. 2016-05-09]. Dostupné z: <http://www.nursing.uiowa.edu/cncce/nursing-outcomes-classification-overview>.
7. ČABLOVÁ, Eva, 2010. O taxonomii a zdravém rozumu. *Sestra*, roč. 2010, č. 1, s. 7. ISSN 1210–0404.
8. DOLÁK, F, P. SCHOLZ a V. TÓTHOVÁ, 2012. Postoj sester k ošetrovatelským klasifikačním systémům. *Kontakt*, roč. 14, č. 4, s. 434–443. ISSN 1212–4117.
9. DOLÁK, František a Valérie TÓTHOVÁ, 2014. Prioritní intervence NIC a očekávané výsledky NOC u pacientů s ošetrovatelskou diagnózou Neefektivní vzorec dýchání. *Kontakt*, roč. 16, č. 2, s. 97 – 105. ISSN 1212–4117.
10. DUNGL, Pavel, 2014. *Ortopedie 2*. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–4357-8.

11. DYMÁKOVÁ, Kateřina. *Ošetrovatelské klasifikační systémy NANDA International, NIC a NOC a jejich využití při hodnocení bolesti u dětí po ortopedických operacích*. České Budějovice, 2013. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
12. HALASOVÁ, Marie a Věra PANOŠOVÁ, 2010. Život po endoprotéze kyčelního kloubu. *Sestra*, roč. 2010, č. 10, s. 65–67. ISSN 1210–0404.
13. HALMO, Renata, 2014. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–4811–5.
14. HLAVIČKOVÁ, Růžena, 2013. *Interdisciplinární spolupráce při aktivizaci nemocných*. Brno: Spojená akreditační komise, o. p. s. Dostupné z: [file:///C:/Users/HP/Desktop/Downloads/4-hlavickova%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/HP/Desktop/Downloads/4-hlavickova%20(2).pdf).
15. HOLUBOVÁ, Adéla a Alena PÁLKOVÁ, 2012. Jak vnímají sestry ošetrovatelskou dokumentaci? *Sestra*, roč. 2012, č. 1, str. ISSN 1210–0404.
16. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978–80247–4412–4.
17. JAROŠOVÁ, Darja a kol., 2012. *Využitelnost ošetrovatelských klasifikací NANDA International a NIC v domácí péči*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta. ISBN 978–80–7464–000-1.
18. JAROŠOVÁ, Darja a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech: Evidence Based Nursing*. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–5345-4.
19. JEŽOVÁ, Lenka a Bára KVAPILOVÁ, 2013. Ošetrovatelství založené na důkazech. *Sestra*, roč. 2013, č. 2, str. ISSN 1210–0404.
20. JIRKOVSKÝ, Daniel a kol., 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. ISBN 978-80-87347-13-3.
21. JOHNSON, Marion et al., 2006. *NANDA, NOC and NIC Linkages*. 2. ed., St. Louis: Mosby. ISBN 13 978-0-323-03194-3.
22. MOORHEAD, Sue et al., 2014. *Nursing Outcomes Classification*. 5. ed., St. Louis: Mosby. ISBN 978-0-323-2938-8.

23. MACKOVÁ, Helena a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2012. Faktory ovlivňující používání Ošetrovatelských diagnóz v praxi. *Ošetrovatelství a porodní asistence*, roč. 3, č. 2, str. 390-397. ISSN 1804-2740.
24. KOLÁŘ, Pavel a kol., 2010. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.
25. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011, 364 s. ISBN 978-802-4726-991.
26. KUDRNA, Karel a Filip BURGET, 2011. Endoprotetika. IN: KRŠKA, Zdeněk et al., 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Praha: Grada, s. 122–126. ISBN 978-80-247-3815-4.
27. MÁLEK, Jiří a kol., 2011. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3642-6.
28. MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.
29. MÜLLER, Ivan a Petr HERLE, 2010. *Ortopedie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Nakladatelství Dr. Josef Raabe s.r.o. ISBN 978-80-86307-92-3.
30. NANDA, 2013. *NANDA-ošetrovatelské diagnózy-definice a klasifikace 2012-2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.
31. OBERFALCEROVÁ, Eva. *Využití NIC a NOC klasifikací u klientů s hrudní drenáží*. České Budějovice, 2014. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
32. PIECKOVÁ PALATA, Lenka, 2012. Rehabilitační ošetrovatelství v práci sestry. *Sestra*, roč. 2012, č. 6, s. 34–35. ISSN 1210–0404.
33. PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011a. *Ošetrovatelství 1*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.
34. PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011b. *Ošetrovatelství 2*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0.
35. PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3871-0.

36. POLICAR, Radek, 2010. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2358-7.
37. POSPÍŠILOVÁ, Alena a kol., 2013. Ošetrovatelské intervence – srovnání, využívání na chirurgických jednotkách neintenzivní a intenzivní péče. *Ošetrovatelství a porodní asistence*, roč. 4, č. 4., s. 684–692. ISSN 1804–2740.
38. POSPÍŠILOVÁ, A., M. KYASOVÁ a P. JUŘENÍKOVÁ, 2012. Znalost pojmů NANDA International, NIC a NOC s ohledem na vzdělání všeobecných sester. *Kontakt*, roč. 14, č. 4, s. 421-433. ISSN 1212-4117.
39. PROKŠÍKOVÁ, Vanda. Rehabilitace po TEP kyčelního kloubu. In: *IKEM* [online]. 2014 [cit. 2016-03-01]. Dostupné z: <http://www.dlouhovestkostbezleku.cz/mod/forum/discuss.php?d=189>.
40. PŘEDPIS č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. *Zákony pro lidi.cz* [online]. 2011 [cit. 2016-05-09]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#cast2>.
41. PŘEDPIS č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). *Zákony pro lidi.cz* [online]. 2011 [cit. 2016-05-09]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast2>.
42. PŘEDPIS č. 98/2012 Sb. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci. *Zákony pro lidi.cz* [online]. 2011 [cit. 2016-05-09]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>.
43. ROKYTA, Richard a kol., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.
44. ROKYTA, Richard a kol., 2012. *Léčba bolesti ve stáří*. Praha: Mladá fronta a.s. ISBN 978-80-204-2662-8.
45. ROZKYDAL, Zbyněk, 2012. Totální náhrada kyčelního kloubu – současný stav. *Lékařské listy: odborná příloha zdravotnických novin.*, roč. 2012, č. 11., s. 12-13. ISSN 0044-1996.
46. SHAN, Leonard et al., 2014. Total hip replacement: a systematic review and meta – analysis on mid – term quality of life. *Osteoarthritis and Cartilage*, roč. 2014, č. 22, s. 389 – 406.

47. SCHOLZOVÁ FESTOVÁ, Andrea a Sylva BÁRTLOVÁ, 2015. Rozhodování a rozhodovací procesy v ošetrovatelství. *Ošetrovatel'stvo: teória – výskum – vzdelávanie*, roč. 5, č. 1, s. 25–28. ISSN 1338-6263.
48. SIGMUNDOVÁ, Alice, 2010. Edukace pacienta před plánovanou operací TEP kyčelního kloubu. *Sestra*, roč. 2010, č. 2, s. 32–33. ISSN 1210–0404.
49. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3130-8.
50. ŠČEPOŇCOVÁ, Sabina, 2009. Zdravotnická dokumentace. *Sestra*, roč. 2009, č. 11, str. ISSN 1210–0404.
51. ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5711-7.
52. TALIÁNOVÁ, M., M. HOLUBOVÁ a J. PILNÝ, 2009. Péče o nemocného po totální endoprotéze kyčelního kloubu. *Sestra*, roč. 2009, č. 1, str. ISSN 1210-0404.
53. TALIÁNOVÁ, M., M. JEDLINSKÁ a M. MORAVCOVÁ, 2013. Využívání hodnotících a měřících škál v ošetrovatelství. *Ošetrovatel'stvo: teória – výskum-vzdelávanie*, roč. 3, č. 1, s. 25–30. ISSN 1338-6263.
54. TÓTHOVÁ Valérie a kol., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2. aktualizované vydání*, Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.
55. VÉVODA, Jiří, 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.
56. VEDENÍ OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE. *ČAS* [online]. 2011 [cit. 2016-05-09]. Dostupné z: <http://www.cnna.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace>.
57. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ, 2008. *Sestra a její dokumentace*. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–2763–9.
58. VÖRÖSOVÁ, G., A. SOLGAJOVÁ a A. ARCHALOUSOVÁ, 2015. *Standardizovaná terminologie pro ošetrovateľskou diagnózu*. Grada: Praha. ISBN 978-80-247-5304-1.



59. WICHISOVÁ, Jana, 2013. Ošetrovateľské diagnózy v perioperačnej péči. IN: WICHISOVÁ, Jana a kol., 2013. *Sestra a perioperačná péče*. Praha: Grada, s. 169–170. ISBN: 978-80-247-3754-6.
60. ZELENÍKOVÁ, Renáta a kol., 2010. Návrh kriterií výberu expertov pre validizáciu ošetrovateľských diagnóz v ČR a SR. *Kontakt*, roč. 12, č. 4., s. 407 – 413. ISSN 1212 – 4117.

## **8 Přílohy**

### **Příloha 1: Dotazník**

Milé kolegyně, vážení kolegové,  
obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který mi bude užitečný pro vypracování diplomové práce na téma Využití NIC a NOC klasifikací u pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu. Tento dotazník je určen pro sestry ortopedického oddělení, které pečují o pacienty s totální endoprotézou kyčelního kloubu. Obsahuje 22 otázek.

Dotazník je anonymní a výsledky z něj budou použity výhradně pro účely této diplomové práce.

Pokud není uvedeno jinak, zvolte prosím pouze jednu z odpovědí.

Velice Vám děkuji za Vaši ochotu a za Váš čas.

Barbora Kulhánková

#### **1. Jaké je Vaše pohlaví?**

- a) Žena
- b) Muž

#### **2. Kolik je Vám let?**

.....

#### **3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) Středoškolské
- b) Vyšší odborné (DiS.)
- c) Vysokoškolské (Bc.)
- d) Vysokoškolské (Mgr.)
- e) Vysokoškolské doktorské (Ph.D.)
- f) Jiné:.....

#### **4. Na kterém oddělení pracujete?**

- a) Ortopedické oddělení – standardní
- b) Ortopedické oddělení – JIP

**5. Jak dlouho na tomto oddělení pracujete?**

.....

**6. Která poloha je u pacientů po TEP kyčelního kloubu přísně kontraindikována?**

- a) Zevní rotace v kyčli a addukce v kyčli
- b) Mírná abdukce v kyčli

**7. Jak byste popsali tzv. trojdobou chůzi?**

- a) Berle dopředu, přísun zdravé končetiny, přísun operované končetiny
- b) Berle dopředu, přísun operované končetiny, přísun zdravé končetiny
- c) Zdravá končetina dopředu, berle, operovaná končetina

**8. Jak dlouho od operace by měl být, dle Vašeho názoru, pacient vertikalizován?**

- a) 12 hodin od operace
- b) 24 hodin od operace
- c) 36 hodin od operace

**9. Co sledujete u pacienta na periferii operované dolní končetiny?**

- a) barvu prstů
- b) barvu a pohyblivost prstů
- c) barvu, pohyblivost a citlivost prstů

**10. Jakým stylem je na Vašem oddělení vedena ošetrovatelská dokumentace?**

- a) Tištěná forma s možností zaškrťování a dopisování
- b) Elektronická forma
- c) Kombinace tištěné a elektronické formy
- d) Jiné: .....

**11. Jste spokojena/ý s vedením ošetrovatelské dokumentace na Vašem oddělení?**

- a) Naprosto spokojená/ý
- b) Spokojená/ý
- c) Nespokojená/ý
- d) Naprosto nespokojená/ý

**12. Pokud jste s vedením ošetrovatelské dokumentace nespokojená/ý, z jakého důvodu tomu tak je?** (můžete označit více odpovědí)

- a) Příliš složité vedení ošetrovatelské dokumentace
- b) Zbytečně mnoho dokumentů
- c) Nedostatek času na důkladné vedení ošetrovatelské dokumentace
- d) Pracuji s tištěnou, chtěl/a bych elektronickou
- e) Pracuji s elektronickou, chtěl/a bych tištěnou

**13. Používáte v péči o pacienty ošetrovatelské diagnózy?**

- a) Ano
- b) Ne

**14. Které ošetrovatelské diagnózy vztahující se k hybnosti u pacientů po TEP kyčelního kloubu nejčastěji stanovujete?** (můžete označit více odpovědí)

- a) Zhoršená tělesná pohyblivost (č. 00085)
- b) Zhoršená chůze (č. 00088)
- c) Zhoršená schopnost přemístování (č. 00090)
- d) Zhoršená pohyblivost na lůžku (č. 00091)
- e) Deficit sebepěče při koupání (č. 00108)
- f) Deficit sebepěče při oblékání (č. 00109)
- g) Deficit sebepěče při vyprazdňování (č. 00110)
- h) Akutní bolest (č. 00132)
- i) Riziko pádu (č. 00155)
- j) Jiné: .....

**15. Hodnotíte ošetrovatelské diagnózy jako přínosné pro péči o pacienty?**

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne
- e) Nedokážu posoudit

**16. Pokud ošetrovatelské diagnózy považujete za nepřínosné, proč tomu tak je?**

(můžete označit více odpovědí)

- a) Při poskytování ošetrovatelské péče pacientům nepotřebují ošetrovatelské diagnózy
- b) Sestavení kompletní ošetrovatelské diagnózy je složité
- c) Nedostatek času pro stanovení ošetrovatelských diagnóz

**17. Které ošetrovatelské intervence vztahující se k hybnosti u pacientů po TEP kyčelního kloubu nejčastěji vykonáváte?**

(můžete označit více odpovědí)

- a) Odstraň z dosahu všechny potenciálně nebezpečné předměty
- b) Zajisti LTV na suché podlaze
- c) Upozorni na možnost používání madel
- d) Zajisti přiměřenou výšku lůžka a doplň ho o potřebná pomocná zařízení
- e) Zjisti všechny příčiny, které omezují sebepěči nemocného
- f) Zjisti stupeň omezení sebepěče
- g) Zajisti pomůcky usnadňující pohyb
- h) Tišení bolesti
- i) Jiné:.....

.....  
.....

**18. Setkal/a jste se s pojmem NIC (Klasifikace ošetrovatelských intervencí) a znáte jeho význam?**

- a) Ano a jsem seznámen/a s jeho významem
- b) Ano, ale jeho význam mi není znám
- c) Ne

**19. Pokud pojem znáte, kde jste se s ním setkal/a?**

- a) Ve škole
- b) V zaměstnání
- c) V odborné literatuře, časopise či na internetu
- d) Na odborné konferenci

**20. Setkal/a jste se s pojmem NOC (Klasifikace ošetrovatelských výsledků) a znáte jeho význam?**

- a) Ano a jsem seznámen/a s jeho významem
- b) Ano, ale jeho význam mi není znám
- c) Ne

**21. Pokud pojem znáte, kde jste se s ním setkal/a?**

- a) Ve škole
- b) V zaměstnání
- c) V odborné literatuře, časopise či internetu
- d) Na odborné konferenci

**22. Pokud jste se s pojmy již setkal/a, měl/a jste možnost s nimi pracovat?**

- a) Ano
- b) Ne

Velice Vám děkuji.

## Příloha 2: Popisná statistika

<b>Znak</b>	<b>Hodnota znaku</b>	<b>Četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Pohlaví</b>	Žena	147	100%
	Muž	0	0%
<b>Věk</b>	Méně než 31 let	50	34%
	31 – 40 let	46	31%
	41 – 50 let	41	28%
	Více než 50 let	10	7%
<b>Vzdělání</b>	Středoškolské	67	46%
	Vyšší odborné (Dis.)	37	25%
	Vysokoškolské (Bc.)	25	17%
	Vysokoškolské (Mgr.)	12	8%
	Vysokoškolské (PhD.)	0	0%
	Jiné	6	4%
<b>Oddělení</b>	Standardní	89	61%
	JIP	58	39%
<b>Délka praxe</b>	Méně než 1 rok	19	13%
	1 – 10 let	75	51%
	11 – 20 let	33	22%
	21 – 30 let	17	12%
	Více než 30 let	3	2%
<b>Kontraind. Poloha</b>	Zevní rotace	147	100%
	Mírná abdukce	0	0%
<b>Trojdobá chůze</b>	Berle, poté zdravá	28	19%
	Berle, poté operovaná	118	80%
	Zdravá, poté berle	1	1%
<b>Vertikalizace</b>	12 hodin	9	6%
	24 hodin	120	82%
	36 hodin	18	12%
<b>Sledování na periférii</b>	Barva prstů	0	0%
	Barva a pohyblivost	0	0%
	Barva, pohyblivost a citlivost	147	100%

<b>Znak</b>	<b>Hodnota znaku</b>	<b>Četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Dokumentace</b>	Tištěná	80	54%
	Elektronická	0	0%
	Kombinovaná	67	46%
<b>Spokojenost s dokum.</b>	Naprostá nespokojenost	8	5%
	Nespokojenost	39	27%
	Spokojenost	96	65%
	Naprostá spokojenost	4	3%
<b>Použití diagnóz</b>	Ano	147	100%
	Ne	0	0%
<b>Přínos diagnóz</b>	Ano	38	26%
	Spíše ano	36	24%
	Spíše ne	22	15%
	Ne	47	32%
	Nedokáže posoudit	4	3%
<b>Znalost NIC</b>	Ano	86	59%
	Ano, ale nezná význam	10	7%
	Ne	51	35%
<b>Setkání s NIC</b>	Žádné	51	35%
	Konference	18	12%
	Literatura	10	7%
	Škola	56	38%
	Zaměstnání	12	8%
<b>Znalost NOC</b>	Ano	86	59%
	Ano, ale nezná význam	5	3%
	Ne	56	38%
<b>Setkání s NOC</b>	Žádné	56	38%
	Konference	17	12%
	Literatura	9	6%
	Škola	54	37%
	Zaměstnání	11	7%
<b>Práce s pojmy</b>	Ano	24	25%
	Ne	72	76%



Znak	Hodnota znaku	Četnost	Relativní četnost vzhledem k počtu osob	Relativní četnost vzhledem k počtu odpovědí
<b>Nespokojenost s dokum.</b>	Přílišná složitost Mnoho dokumentů	20	14%	22%
	Nedostatek času	47	32%	51%
	Preferuje elektronickou	25	17%	27%
	Preferuje tištěnou	1	1%	1%
		0	0%	0%
<b>Nejčastější oš. diagnózy</b>	č. 00085	95	65%	13%
	č. 00088	101	69%	14%
	č. 00090	49	33%	7%
	č. 00091	58	39%	8%
	č. 00108	51	35%	7%
	č. 00109	46	31%	6%
	č. 00110	69	47%	9%
	č. 00132	145	99%	19%
č. 00155	133	90%	18%	
<b>Nejčastější oš. intervence</b>	Odstranění předmětů	103	70%	13%
	LTV	91	62%	12%
	Používání madel	101	69%	13%
	Úprava výšky lůžka	84	57%	11%
	Zjištění příčiny	63	43%	8%
	Zjištění stupně omezení	65	44%	8%
	Tišení bolesti	147	100%	19%
	Zajištění pomůcek	128	87%	16%
<b>Nepřínosnost oš. diagnóz</b>	Nepotřebnost	63	43%	62%
	Složitost	12	8%	12%
	Časová náročnost	27	18%	26%

### Příloha 3: Ošetrovatelská dokumentace na základě NIC a NOC

<b>Ošetrovatelská diagnóza:</b> Zhoršená tělesná pohyblivost č. 00085	
<b>NIC:</b> Pohyblivost: Fyzická porucha	
<b>Definice:</b> Omezení v nezávislém, cílevědomém a fyzickém pohybu těla nebo jedné či více končetin.	
<b>Činnosti:</b>	
Prevence pádu.	
Péče o dolní končetiny.	
Asistence při přemísťování.	
Podporuj a kontroluj pacienta při intenzivním cvičení, pohybové terapii a posilování svalů.	
Asistuj a podporuj pacienta při cvičení a nácviku samoobsluhy.	

1= vůbec ne; 2= zřídka; 3= někdy; 4= mnohokrát; 5= vždy

<b>Ošetrovatelská diagnóza:</b> Riziko pádu č. 00155	
<b>NIC:</b> Prevence pádu	
<b>Definice:</b> Zvláštní opatření proti zraněním způsobeným pádem.	
<b>Činnosti:</b>	
Identifikovat kognitivní nebo fyzické deficity pacienta, které mohou zvýšit potenciál pádu v konkrétním prostředí.	
Identifikovat chování pacienta a faktory, které ovlivňují riziko pádu.	
Monitorovat rovnováhu a stupeň únavy během chůze pacienta.	
Navrhnout změny v chůzi pacienta.	
Asistuj pacientům při chůzi.	
Poskytovat pacientům pomůcky usnadňující chůzi.	

1= vůbec ne; 2= zřídka; 3= někdy; 4= mnohokrát; 5= vždy

<b>NOC:</b> Pohyblivost	
<b>Doména:</b> Funkční zdraví (I)	
<b>Třída:</b> Pohyblivost (C)	
<b>Definice:</b> Schopnost pohybovat se v prostředí samostatně s nebo bez kompenzačních pomůcek.	
<b>Indikátory:</b>	
Rovnováha	
Koordinace	
Chůze	
Pohyb svalstva	
Pohyb v kloubech	
Polohování	
Schopnost přemístit se	

1= vůbec ne; 2= zřídka; 3= někdy; 4= mnohokrát; 5= vždy

<b>Ošetrovatelská diagnóza:</b> Deficit sebepéče při koupání č. 00108	
<b>NIC:</b> Asistence během sebepéče: Koupání/Hygiena	
<b>Definice:</b> Asistence pacientovi při osobní hygieně.	
<b>Činnosti:</b>	
Zohlednit věk pacienta.	
Určit stupeň potřebné asistence.	
Zajistit vhodné místo v blízkosti lůžka pro pomůcky potřebné k hygieně (ručníky, mýdlo).	
Poskytnout pacientovi jeho osobní věci.	
Asistovat pacientovi během hygieny.	
Dodržuj hygienické rituály pacienta.	
Kontroluj integritu kůže pacienta.	

1= vůbec ne; 2= zřídka; 3= někdy; 4= mnohokrát; 5= vždy

<b>NOC:</b> Sebepéče: Hygiena	
<b>Doména:</b> Funkční zdraví (I)	
<b>Třída:</b> Sebepéče (D)	
<b>Definice:</b> Schopnost udržet osobní čistotu a udržovaný vzhled samostatně s nebo bez kompenzačních pomůcek.	
<b>Indikátory:</b>	
Mytí rukou	
Očista perineální oblasti	
Očista uší	
Očista dutiny nosní	
Hygiena dutiny ústní	
Mytí vlasů	
Česání vlasů	
Holení	
Péče o nehty	
Péče o nehty na nohou	
Udržování čistého vzhledu	
Udržování tělesné hygieny	

1= vůbec ne; 2= zřídka; 3= někdy; 4= mnohokrát; 5= vždy

<b>Ošetrovatelská diagnóza:</b> Deficit sebeděče při oblékání č. 00109	
<b>NIC:</b> Asistence během sebeděče: Oblékání	
<b>Definice:</b> Asistence během oblékání	
<b>Činnosti:</b>	
Zohlednit věk pacienta.	
Poskytnout pacientům jejich osobní oděv.	
Být k dispozici pro případnou asistenci během oblékání pacienta.	
Zajistit soukromí pacienta během oblékání.	
Pomocť pacientovi s tkaničkami, knoflíky a zipy.	

1= vůbec ne; 2= zřídka; 3= někdy; 4= mnohokrát; 5= vždy

<b>NOC:</b> Sebeděče: Oblékání	
<b>Doména:</b> Funkční zdraví (I)	
<b>Třída:</b> Sebeděče (D)	
<b>Definice:</b> Schopnost samostatně se oblékat s nebo bez pomůcek.	
<b>Identifikátory:</b>	
Podat pacientovi oděv ze zásuvky	
Donést pacientovi oděv ze šatníku	
Obléct pacientovi oděv na horní část těla	
Obléct pacientovi oděv na dolní část těla	
Oblékat ponožky	
Nasazovat boty	
Svlékat oděv z horní části těla	
Svlékat oděv z dolní části těla	

1= vůbec ne; 2= zřídka; 3= někdy; 4= mnohokrát; 5= vždy

#### **Příloha 4: Otázky do rozhovoru se sestrami**

1. Jaké je Vaše vzdělání?
2. Jak dlouho na tomto oddělení pracujete?
3. Jak se Vám pracovalo s předloženou ošetrovatelskou dokumentací sestavenou na základě klasifikací NIC a NOC?
4. Byla dokumentace srozumitelná?
5. Vidíte v ošetrovatelské dokumentaci sestavené z NIC a NOC klasifikací nějaký přínos?
6. Co se Vám na této dokumentaci nelíbilo?

#### **Příloha 5: Využití NIC a NOC klasifikací Při péči o pacienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu.**

Pooperační rehabilitace

##### 1. pooperační den

Dechová gymnastika a kondičnímu cvičení.

##### 2. a 3. pooperační den

Cvičení kyčelního kloubu, postupná vertikalizace:

1. Nacvičení sedu se svěšenými dolními končetinami z lůžka.
2. Postavení pacienta, nácvik trojdobé chůze

##### 4. a 5. pooperační den

Nácvik přetáčení na bok za pomoci pomůcek.

##### 6. a 7. pooperační den

Cvičení na břicho - izometrická cvičení gluteálních svalů a quadricepsu, dále i flexe a extenze kolenního kloubu.

Nácvik vnitřní rotace vsedě na lůžku.

##### 8. až 12. pooperační den

Osvojování chůze a dalších prvků sebeobsluhy.

Posazení na židli a toaletu.

Chůze po schodech.

Zdroj: DUNGL, Pavel, 2014. Ortopedie 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4357-8.

		Likertova škála				
		Vůbec 1	Zřídka 2	Někdy 3	Mnohokrát 4	Vždy 5
<b>Ošetřovatelská diagnóza</b>	č. 00132 Akutní bolest					
<b>NIC</b>	Akutní bolest					
<b>Definice</b>	Nepříjemná smyslová a emoční zkušenost. Náhly či pomalý nástup jakékoliv intenzity s předpokládaným koncem do 6 měsíců.					
<b>Činnosti</b>	Podání analgetik					
	Aplikace chladu					
	Zlepšit komfort					
	Masáže					
	Snížení úzkosti					
	Aktivní naslouchání					
<b>NOC</b>	Akutní bolest					
<b>Definice</b>	Nepříjemná smyslová a emoční zkušenost. Náhly či pomalý nástup jakékoliv intenzity s předpokládaným koncem do 6 měsíců.					
<b>Indikátory</b>	Fyzický komfort					
	Úroveň diskomfortu					
	Kontrola bolesti					
	Úroveň bolesti					
	Úroveň stresu					
	Vitální funkce					

		Likertova škála				
		Vůbec 1	Zřídka 2	Někdy 3	Mnohokrát 4	Vždy 5
<b>Ošetřovatelská diagnóza</b>	č. 00085 Zhoršená tělesná pohyblivost					
<b>NIC</b>	Pohyblivost: Fyzická porucha					
<b>Definice</b>	Omezení v nezávislém, cílevědomém a fyzickém pohybu těla nebo jedné či více končetin.					
<b>Činnosti</b>	Prevence pádu.					
	Péče o dolní končetiny.					
	Asistence při přemísťování.					
	Podporuj a kontroluj pacienta při intenzivním cvičení, pohybové terapii a posilování.					
	Asistuj a podporuj pacienta při cvičení a návčiku samoobsluhy.					
<b>NOC</b>	Pohyblivost					
<b>Definice</b>	Schopnost pohybovat se v prostředí samostatně s nebo bez kompenzačních pomůček.					
<b>Indikátory</b>	Rovnováha					
	Koordinace					
	Chůze					
	Pohyb svalstva					
	Pohyb v kloubech					
	Polohování					
	Schopnost přemístit se					

		Likertova škála				
		Vůbec 1	Zřídka 2	Někdy 3	Mnohokrát 4	Vždy 5
<b>Ošetřovatelská diagnóza</b>	č. 00155 Riziko pádu					
<b>NIC</b>	Prevence pádu.					
<b>Definice</b>	Zvláštní opatření proti zraněním způsobeným pádem.					
<b>Činnosti</b>	Identifikovat kognitivní nebo fyzické deficity pacienta, které mohou zvýšit potenciál pádu v konkrétním prostředí.					
	Identifikovat chování pacienta a faktory, které ovlivňují riziko pádu.					
	Monitorovat rovnováhu a stupeň únavy během chůze pacienta.					
	Navrhnout změny v chůzi pacienta.					
	Asistuj pacientům při chůzi.					
	Poskytovat pacientům pomůcky usnadňující chůzi.					
<b>NOC</b>	Pohyblivost					
<b>Definice</b>	Schopnost pohybovat se v prostředí samostatně s nebo bez kompenzačních pomůček.					
<b>Indikátory</b>	Rovnováha					
	Koordinace					
	Chůze					
	Pohyb svalstva					
	Pohyb v kloubech					
	Polohování					
	Schopnost přemístit se					

		Likertova škála				
		Vůbec 1	Zřídka 2	Někdy 3	Mnohokrát 4	Vždy 5
<b>Ošetrovatelská diagnó</b>	č. 00108 Deficit sebepěče při koupání.					
<b>NIC</b>	Asistence během sebepěče: Koupání/Hygiena					
<b>Definice</b>	Asistence pacientovi při osobní hygieně.					
<b>Činnosti</b>	Zohlednit věk pacienta.					
	Určit stupeň potřebné asistence.					
	Zajistí vhodné místo v blízkosti lůžka pro pomůcky potřebné k hygieně.					
	Poskytnout pacientovi jeho osobní věci.					
	Asistovat pacientovi během hygieny.					
	Dodržuj hygienické rituály pacienta.					
<b>NOC</b>	Sebepěče					
<b>Definice</b>	Schopnost udržet osobní čistotu a udržovaný vzhled samostatně s nebo bez kompenzačních pomůcek.					
<b>Indikátory</b>	Mytí rukou					
	Očista perineální oblasti					
	Očista uší					
	Očista dutiny nosní					
	Hygiena dutiny ústní					
	Mytí vlasů					
	Česání vlasů					
	Holení					
	Péče o nehty					
	Péče o nehty na nohou					
	Udržování čistého vzhledu					
	Udržování tělesné hygieny					

		Likertova škála				
		Vůbec 1	Zřídka 2	Někdy 3	Mnohokrát 4	Vždy 5
<b>Ošetrovatelská diagnó</b>	č. 00109 Deficit sebepěče při oblékání.					
<b>NIC</b>	Asistence během sebepěče: Oblékání					
<b>Definice</b>	Asistence pacientovi během oblékání.					
<b>Činnosti</b>	Zohlednit věk pacienta.					
	Poskytnout pacientům jejich osobní oděv.					
	Být k dispozici pro případnou asistenci během oblékání pacienta.					
	Zajistí soukromí pacienta během oblékání.					
	Pomocť pacientovi s tkaničkami, knoflíky a zipy.					
<b>NOC</b>	Sebepěče: Oblékání					
<b>Definice</b>	Schopnost samostatně se oblékat s nebo bez pomůcek.					
<b>Indikátory</b>	Podat pacientovi oděv ze zásuvky					
	Donést pacientovi oděv ze šatníku					
	Obléct pacientovi oděv na horní část těla					
	Obléct pacientovi oděv na dolní část těla					
	Oblékat ponožky					
	Nasazovat boty					
	Svlékat oděv z horní části těla					
	Svlékat oděv z dolní části těla					

BULECHEK, Gloria et al., 2013. Nursing Interventions Classification (NIC). 6. ed., St. Louis: Mosby. ISBN 978-0-323-10011-3.

MOORHEAD, Sue et al., 2014. Nursing Outcomes Classification. 5. ed., St. Louis: Mosby. ISBN 978-0-323-2938-8.

