



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Implementace systému Omaha v komunitní praxi

DISERTAČNÍ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: PhDr. Eva Beňová

Školitel: doc. PhDr. Mária Boledovičová, PhD.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji disertační práci s názvem „Implementace systému Omaha v komunitní praxi“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 i průběhu a výsledku obhajoby disertační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé disertační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 20. 2. 2017

.....

podpis

Poděkování

Děkuji své školitelce, doc. PhDr. Márii Boledovičové, PhD., za cenné rady, podněty, zkušenosti, trpělivý a laskavý přístup, motivaci a podporu v průběhu celého studia. Za statistickou analýzu dat děkuji PhDr. Lucii Kočíšové, PhD. a za korekturu českého jazyka Mgr. Jitce Holasové. Poděkování patří i mé rodině za trpělivost, vytrvalou pomoc a psychickou podporu při doktorském studiu.

Implementace systému Omaha v komunitní praxi

Abstrakt

Současný stav: Komunitní ošetrovatelství vytváří novou roli pro sestry, které mají významný potenciál z hlediska přínosu pro zdraví. Onemocnění gastrointestinálního systému patří k poměrně častým chorobám v populaci. Výzkumné studie prokazují, že standardizovaná terminologie systému Omaha přináší nové možnosti pro sestry při poskytování komunitní praxe. Problematika implementace systému Omaha nebyla v ČR dosud zkoumána.

Předmět: Hlavním záměrem výzkumu bylo prozkoumání možností implementace klasifikačního systému Omaha v komunitní praxi.

Cíle: V rámci výzkumu byly stanoveny čtyři cíle. Prvním cílem bylo implementovat Omaha systém do ošetrovatelské dokumentace k ověřování ošetrovatelské péče v komunitní praxi. Druhým cílem bylo charakterizovat problémy pacientů s gastroenterologickým onemocněním podle schématu klasifikace problémů. Třetím cílem bylo zmapovat propojení problémů a intervencí podle schématu intervencí. Posledním cílem bylo zhodnotit výsledky problémů použitím škály pro hodnocení výsledků problémů Omaha systému.

Metodika: Použitá výzkumná metoda vycházela z výsledků studie Kathryn Bowles (2000) problémů pacientů a intervencí sestry. Kvantitativní metoda výzkumu byla realizována pomocí dotazování s použitím ošetrovatelské dokumentace s implementovaným Omaha systémem. Výzkumné šetření probíhalo v období mezi červnem až prosincem 2015. Samotný sběr dat probíhal ve třech fázích. V první etapě výzkumného šetření bylo cílem identifikovat problémy pacientů dle schématu klasifikace problémů s provedením iniciálního hodnocení výsledků problémů tzv. Admission Ratings s použitím škály pro hodnocení výsledků problému. Druhá fáze výzkumu byla zaměřena na mapování propojení problémů a intervencí ze schématu intervencí. Účinnost vybraných intervencí byla zjištěna finálním hodnocením výsledků problémů tzv. Discharge Ratings v rámci třetí fáze výzkumu použitím škály pro hodnocení výsledků problému. Získaná data byla testována v programu SPSS 22.0 a MS Excel. Pro statistické testování byl zvolen Fisherův přesný test, Mann Whitneyův U test, Wilcoxonův pořadový test, Kruskal Wallisův test a post hoc test.

Výzkumný soubor: Byl vytvořen záměrným výběrem a tvořilo jej 103 pacientů s gastroenterologickým onemocněním. Výzkumné šetření bylo realizováno v rámci poskytování ambulantní péče a lůžkové péče gastroenterologického oddělení vybrané nemocnice v Ústeckém kraji. Výzkumné šetření realizovaly kontaktní osoby – sestry gastroenterologického oddělení.

Výsledky: Z výsledků výzkumného šetření je zřejmé, že systém Omaha je vhodným prostředkem pro dokumentování všech fází ošetrovatelského procesu v komunitní praxi. Z analýzy vyplynulo, že pacienti s onemocněním trávicího systému disponují širokým spektrem problémů odpovídajícím povaze onemocnění, s převahou jejich výskytu ve fyziologické doméně (např. trávení-hydratace, bolest, činnost tlustého střeva) a v doméně chování ve vztahu ke zdraví (např. výživa, užívání látek, dodržování léčebného režimu). Rozdíly ve výskytu problémů u pacientů v jednotlivých doménách ve vztahu k věku nebyly potvrzeny. Rovněž nebyly potvrzeny rozdíly v dokumentování problémů u jednotlivých typů gastroenterologických onemocnění podle pohlaví. V rámci mapování propojení problémů a intervencí, výsledky prokázaly vysokou využitelnost cílů ze schématu intervencí v komunitní praxi. Nejčastěji byly intervence určovány v kategorii Léčba a terapeutické postupy (např. podávání léků, odběry biologického materiálu), Surveillance (např. znaky/příznaky – fyzické, laboratorní ukazatele), Edukace, vedení a poradenství a nejméně z kategorie Case management. Statistické rozdíly byly potvrzeny při dokumentování intervencí v jednotlivých kategoriích u problémů pacientů jako i při výběru intervencí v jednotlivých kategoriích vzhledem na typ gastroenterologického onemocnění. Výsledky výzkumu prokázaly výrazné zlepšení vědomostí, chování a stavu u jednotlivých problémů při porovnání finálních hodnot s iniciálními hodnotami výsledků problémů. Realizací vybraných intervencí ze schématu intervencí systému Omaha, byla dosažena u tří čtvrtin problémů jejich redukce až eliminace. Statisticky významné rozdíly byly potvrzeny mezi hodnotami výsledků problémů a věkem pacientů, jako i mezi hodnotami výsledků problémů ve vztahu k výběru intervencí. Pro implementaci funkční dokumentace do komunitní praxe absentuje česká verze překladu systému Omaha a elektronická forma dokumentace.

Závěry: K doporučením pro implementaci systému Omaha v komunitní praxi navrhuje implementovat výuku standardizované terminologie Omaha systému v pregraduálním i postgraduálním vzdělávání sester, analyzovat používanou ošetrovatelskou dokumentaci ve vybraném zdravotnickém zařízení u pacientů s gastroenterologickým onemocněním

s následným kódováním textu podle Omaha systému, vytvořit a ověřit elektronickou dokumentaci s implementovanou českou verzí překladu systému Omaha.

Klíčová slova

Omaha systém – Schéma klasifikace problémů – Schéma intervencí – Škála pro hodnocení výsledků problému – Komunitní péče – Gastroenterologie

Implementation of the Omaha System in community practice

Abstract

Current situation: Community care forms a new role for nurses, who bring a significant potential in terms of health benefits. Diseases of the gastrointestinal system are among relatively frequent diseases within the population. Research studies have proven that the standardized terminology of the Omaha system brings new opportunities for nurses providing community care. The area of implementation of the Omaha system has not been examined in the Czech Republic so far.

Subject: The main purpose of this study is the examination of opportunities for the implementation of the Omaha system in community practice.

Objectives: Four objectives have been defined for this study: The first objective consists in the implementation of the Omaha system in the nursing documentation for the purpose of verification of nursing care in community practice. The second objective is the characterization of problems of patients with gastrointestinal diseases as per the Problem Classification Scheme. The third objective consists in mapping of links between problems and interventions as per the Intervention Scheme. The last objective was the evaluation of the problem results using the Problem Rating Scale for Outcomes of the Omaha system.

Methodology: The research method used was based on the study by Kathryn H. Bowles (2000) addressing problems of patients and nurse interventions. The quantitative research method was implemented by inquiry using nursing documentation with the Omaha system implemented. The inquiry took place between June and December 2015. The data acquisition was carried out in three stages. The first stage of the research inquiry aimed at the identification of patient problems as per the Problem Classification Scheme including initial evaluation of problem results using so-called Admission Ratings with a scale for problem result evaluation. The second stage of the study was focused on mapping the links between problems and interventions as per the Intervention Scheme. The efficiency of selected interventions was determined by the final evaluation of problem results using so-called Discharge Ratings within the third research stage using the scale for problem result evaluation. The data acquired was tested using the software tools SPSS 22.0 and MS Excel. Statistical tests were carried out using the Fisher's exact test, Mann-Whitney U test, Wilcoxon sequential test, Kruskal-Wallis test and post-hoc analysis.

Research set: The set was created by intentional selection; it consisted of 103 patients with gastrointestinal diseases. The study was carried out within the provision of ambulatory care as well as hospital care in the gastrointestinal department of a selected hospital in the Ústí Region. The inquiry was carried out by contact persons - nurses of the gastroenterology department.

Results: The results of the research inquiry clearly show that the Omaha system is an appropriate tool for documentation of all stages of the nursing process in the community care. The analysis implies that patients with gastrointestinal diseases suffering from a wide range of problems corresponding to given character of diseases, which predominantly occur in the Physiological Domain (e.g. Digestion-hydration, Pain, Bowel function) and Health-Related Behavior Domain (e.g. Nutrition, Substance use, Medication regimen). No differences in occurrence of problems in patients within individual domains in relation to age were confirmed. Similarly, no differences were confirmed in the documentation of problems for individual types of gastrointestinal diseases by gender. In terms of mapping of links between problems and interventions, the results have proven a high usability of the objectives defined in the Intervention Scheme in community practice. The interventions were mostly determined in the categories Treatments and Procedures (e.g. medication action/side effects, specimen collection), Surveillance (e.g. signs/symptoms-physical, laboratory findings), Teaching, Guidance, and Counselling; the lowest number of interventions belonged to the Case Management category. Statistical differences have been confirmed in the documentation of interventions in individual categories for patient problems as well as for the selection of interventions in individual categories with respect to the type of given gastrointestinal disease. The study results have proven a significant improvement of knowledge, behaviour and status for individual problems, which is shown in comparison of final values with the initial values of problem results. The implementation of the selected interventions as per the Intervention Scheme resulted in a reduction or elimination of $\frac{3}{4}$ of problems. Statistically significant differences have been confirmed between the problem result values and patient age as well as between the problem result values with respect to the selection of interventions. Implementation of the functional documentation in community practice requires the Czech version of the Omaha system and electronic form of the documentation, which are absent at present.

Conclusions: As a recommendation for the implementation of the Omaha system in community practice, we suggest implementation of instruction of the standardized Omaha

system terminology in pre- and post-graduate educational programmes for nurses; analysis of the nursing documentation actually used in the selected healthcare facility for patients with gastrointestinal diseases with subsequent encoding of the text as per the Omaha system; creation and verification of the electronic documentation with the Czech version of the Omaha system implemented.

Key words:

The Omaha System - Problem Classification Scheme - Intervention Scheme - Problem Rating Scale for Outcomes - Community care - Gastroenterology

Obsah

ÚVOD.....	13
1 SOUČASNÝ STAV	14
1.1 Charakteristika a předmět komunitního ošetřovatelství.....	14
1.2 Historie komunitního ošetřovatelství	16
1.3 Teoretické a filozofické perspektivy implementace standardizované terminologie	18
1.4 Ošetřovatelský proces v komunitním ošetřovatelství	20
1.4.1 Charakteristika ošetřovatelského procesu.....	21
1.4.2 Fáze ošetřovatelského procesu.....	23
1.5 Koncepční modely a teorie v komunitním ošetřovatelství.....	32
1.5.1 Metaparadigma ošetřovatelství	32
1.5.2 Paradigma ošetřovatelství	33
1.6 Klasifikační systémy v komunitním ošetřovatelství	35
1.6.1 Klasifikační systém ošetřovatelských diagnóz NANDA International	36
1.6.2 Klasifikace ošetřovatelských intervencí – NIC	37
1.6.3 Klasifikace ošetřovatelských výsledků – NOC	38
1.6.4 Aliance NNN	39
1.7 Systém Omaha	40
1.7.1 Vývoj systému Omaha.....	40
1.7.2 Charakteristika systému Omaha	41
1.7.3 Komponenty systému Omaha	43
1.8 Gastroenterologie a hepatologie v komunitní praxi	49
1.8.1 Charakteristika onemocnění gastrointestinálního traktu.....	50
1.8.2 Charakteristika onemocnění jícnu	51
1.8.3 Charakteristika onemocnění žaludku.....	53
1.8.4 Charakteristika onemocnění tenkého střeva	55
1.8.5 Charakteristika onemocnění tlustého střeva	57
1.8.6 Charakteristika onemocnění pankreatu.....	61
1.8.7 Charakteristika onemocnění jater	64
1.8.8 Charakteristika onemocnění žlučníku a žlučových cest	66

2	PŘEDMĚT, CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY	69
2.1	Předmět výzkumného šetření	69
2.2	Dílčí cíle práce	69
2.3	Hypotézy	69
2.4	Operacionalizace pojmů	70
3	METODIKA	75
3.1	Charakteristika výzkumného souboru	76
3.2	Statistické zpracování dat	77
3.3	Metodologické a konceptuální omezení výzkumného šetření	78
4	VÝSLEDKY	79
4.1	Analýza výsledků sociodemografických údajů	79
4.2	Analýza výsledků schématu klasifikace problémů	83
4.3	Analýza výsledků schématu intervencí	85
4.4	Analýza výsledků hodnocení problémů	91
4.5	Statistické ověřování hypotéz	95
4.5.1	Komparace výskytu problémů pacientů podle věku	95
4.5.2	Komparace výskytu problémů pacientů podle pohlaví	99
4.5.3	Komparace dokumentování intervencí u problémů pacientů	106
4.5.4	Komparace typů gastroenterologického onemocnění a intervencí	109
4.5.5	Komparace hodnot iniciálního a finálního posouzení problémů a pohlaví	118
4.5.6	Komparace hodnot iniciálního a finálního posouzení problémů a věku	125
4.5.7	Komparace intervencí, iniciálních a finálních hodnot výsledků problémů	133
5	DISKUZE	142
5.1	Implementace Omaha systému do ošetrovatelské dokumentace	142
5.2	Schéma klasifikace problémů pacientů s gastroenterologickým onemocněním	144
5.3	Schéma intervencí u pacientů s gastroenterologickým onemocněním	149
5.4	Výsledky hodnocení problémů u pacientů s gastroenterologickým onemocněním	153
6	ZÁVĚR	161
7	Seznam použitých zdrojů	164
8	Seznam příloh	182

9	Seznam zkratek.....	200
---	---------------------	-----

ÚVOD

Vývoj komunitního ošetřovatelství má v ČR již dlouhou tradici. Jeho včlenění do systému péče ovlivnily jednak demografické změny, ekonomické faktory a změny ve struktuře klientů (zejména v postojích příjemců zdravotní péče). Trend přesunu institucionalizované péče do domácího prostředí klienta vyprofiloval diferenciaci komunitní ošetřovatelské péče podle zaměření a činností na dva základní modely – ošetřovatelství orientované na zdraví komunity a ošetřovatelství orientované na komunitu. Každý z těchto modelů komunitní péče vytváří i novou roli pro sestry, které mají významný potenciál z hlediska přínosu pro zdraví jednotlivců, rodin, komunit.

V současných podmínkách komunitní praxe se jeví jako nutné vedení zdravotních záznamů v elektronické podobě, rozvoj a implementace poznatků na bázi praxe založené na důkazech, snaha o zvyšování kvality ošetřovatelské péče, což si vyžaduje používání standardizované terminologie. Významným nástrojem regulace ošetřovatelské praxe je dokumentovaná podoba ošetřovatelských dat, zaručující kvantifikované a statisticky zpracovatelné validní záznamy ošetřovatelské diagnostiky, plánování péče, realizace činností a hodnocení efektu ošetřovatelské péče. Jednou z nejznámějších terminologií vhodných pro podmínky komunitní praxe je systém Omaha. Představuje optimální prostředek na přípravu ošetřovatelské dokumentace zahrnující posouzení klienta, skupiny a komunity, identifikaci problémů a rizik, realizaci a hodnocení ošetřovatelského procesu v komunitní praxi. Může být nápomocný sestrám při dokumentování všech fází ošetřovatelského procesu - sběru dat o jednotlivci, rodině, komunitě (při třídění a klasifikaci jednotlivých dat), při zviditelnění ošetřovatelských intervencí a hodnocení výsledků péče. Implementace systému v komunitní praxi podporuje správná rozhodnutí při poskytování ošetřovatelské praxe a lze jej využít i členy multidisciplinárního týmu.

Disertační práce poukazuje na možnosti implementace klasifikačního systému Omaha v komunitní praxi. Vycházíme z předpokladu, že sestry potřebují jasný a jednoznačný odborný jazyk k usměrňování ošetřovatelské praxe (von Krogh et al., 2005). Problematika implementace standardizované terminologie Omaha systému v podmínkách komunitní praxe v ČR nebyla dosud výzkumem podložena. Disertační práce hodlá přispět k vytvoření prvotních zkušeností s využitím klasifikačního systému Omaha v praxi komunitního ošetřovatelství. Jaký je přínos klasifikačního systému Omaha v podmínkách komunitní praxe?

1 SOUČASNÝ STAV

Ošetrovatelství jako vědní disciplínu charakterizuje dynamický rozvoj s nutností flexibilně reagovat na nové vědecké poznatky, a to nejenom z oblasti medicíny a společenských věd, ale i na legislativní změny v poskytování zdravotní péče a celospolečenské požadavky (Boledovičová, Zrubcová et al., 2009). Teoretická část disertační práce spojuje dvě entity moderního ošetrovatelství – problematiku standardizované terminologie s implementací klasifikačního systému Omaha v podmínkách komunitně orientovaného ošetrovatelství.

1.1 Charakteristika a předmět komunitního ošetrovatelství

Ošetrovatelství jako součást zdravotnického systému zahrnující podporu zdraví, výchovu ke zdraví, prevenci onemocnění a péči o nemocné, tělesně a duševně postižené lidi v každém věku a v kterémkoli zdravotnickém zařízení či v terénu (Nádaská, Peřková, 2009), je jednou z nejrozšířenějších činností v lidské společnosti (Farkašová et al., 2006).

Ošetrovatelskou praxi s důrazem na komunitu a zdraví charakterizují i autorky Kozierová et al. (1995, s. 3) jako „*přímou, cílenou a přizpůsobující se potřebám jednotlivce, rodiny i společnosti v zdraví i v nemoci*“. Vztah ošetrovatelství k prevenci a komunitě zahrnují i autorky některých významných koncepčních teorií a modelů, např. podle Neumannové je cílem ošetrovatelství pomáhat jednotlivcům, rodinám a skupinám dosáhnout a udržet maximální úroveň zdraví a pohody prostřednictvím intervencí zaměřených na snížení účinků stresu a nepříznivých podmínek, podle Abdellahové jde o služby jednotlivcům a rodinám ...schopnost pomáhat nemocným i zdravým lidem vyrovnat se s jejich zdravotními potřebami, podle Rogersové jde o udržení a zlepšení zdraví, prevenci nemocí, přičemž ošetrovatelství usiluje o harmonickou interakci mezi člověkem a prostředím s cílem realizace maximálního zdravotního potenciálu (Farkašová et al., 2006; Pavlíková, 2006).

Předmět komunitního ošetrovatelství se rozšířil z péče o nemocné, o péči o zdraví a z péče o pacienta, na péči o klienta, rodinu, podpůrné osoby a komunitu. K hlavním úlohám sestry při plnění cíle komunitního ošetrovatelství patří pomoc jednotlivcům, rodinám a komunitám při dosažení tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním a ekologickým prostředím.

Podpora jejich pozitivního zdraví aktivní účastí na péči o vlastní zdraví s cílem maximalizovat potenciál v péči o sebe samu a prevence onemocnění. Snižování negativních vlivů onemocnění na celkový zdravotní stav a uspokojování potřeb lidí s porušeným zdravím, zdravotně postižených lidí a lidí s nevyléčitelným onemocněním (Nádaská, Peřková, 2009).

Komunitní ošetřovatelství je aplikovaným oborem ošetřovatelství zaměřeným na primární, sekundární a následnou péči o jednotlivce, rodiny a skupiny nacházející se v komunitě (Farkašová et al., 2006). Podle Žiakové et al. (2009a) je aplikovaným klinickým oborem, jehož náplň, cíle a trendy rozvoje vycházejí z koncepce oboru ošetřovatelství. Zahrnuje poskytování ošetřovatelské péče komunitě, organizované zpravidla mimo zdravotnické zařízení. Východiskem pro poskytování tohoto druhu péče jsou vědomosti a zručnosti z ošetřovatelských, medicínských, manažerských a humanitních předmětů aplikovaných na podporu, udržení zdraví, prevenci a poskytování ošetřovatelské péče komunitě. Z uvedeného vyplývá, jak uvádí Jarošová (2007), že je zaměřeno na ochranu a podporu zdraví, prevenci onemocnění a výchovu ke zdraví. Základ teda tvoří primární aspekt péče, který klade důraz na zvyšování odpovědnosti jednotlivců v péči o vlastní zdraví. Dále se zaměřuje na péči o nemocného a jeho rehabilitaci, včetně edukace rodinných příslušníků a blízkých v poskytování laické ošetřovatelské péče v domácím/blízkém prostředí. V rámci následné péče zahrnuje péči o chronicky a nevyléčitelně nemocné a o zdravotně postižené občany, včetně zajišťování různých forem domácí péče. Primární, sekundární a terciární péče integrovaná do spektra zdravotních, sociálních, psychologických, paliativních, duchovních a dalších služeb poskytovaných jednotlivcům, rodinám a skupinám specifické komunity představuje komplexní a holisticky pojatou komunitní péči. Sikorová (2012, s. 126) cituje charakteristiku komunitního ošetřovatelství autorů Nies a McEwen (2006) jako „*aplikaci ošetřovatelského procesu v péči o jednotlivce, rodiny a skupiny v oblasti, kde žijí, pracují nebo se učí (ve škole), nebo se pohybují v systému zdravotní péče*“. Rozvoj komunitní ošetřovatelské péče je prioritou WHO a je podporován i Koncepcí ošetřovatelství ČR. Ve věstníku MZ ČR, v metodickém opatření č. 9 (2004) je komunitní ošetřovatelství definováno jako „*ošetřovatelské služby poskytované v rámci komunitní péče, které jsou organizovány zpravidla mimo ústavní zařízení a zajišťují potřebnou péči o rodinu, jednotlivce či skupinu obyvatel*“.

Jarošová (2007) uvádí, že podle autorů Stanhopea a Lancastera (2004) je komunitní ošetrovatelská péče diferencována podle zaměření a činností na dva základní modely: ošetrovatelství orientované na zdraví komunity a ošetrovatelství orientované na komunitu.

Ošetrovatelství orientované na zdraví komunity (*community health nursing*) je zaměřeno na podporu a udržení zdraví jednotlivců, rodin a skupin komunity i prevenci prostřednictvím metod primární, sekundární i terciární péče (např. edukace, imunizace, screening, rehabilitace).

Cílem ošetrovatelství orientovaného na komunitu (*community based nursing*) je péče o nemocné (akutně/chronicky) jednotlivce, rodiny s využitím prvků sekundární (diagnostika, léčba, screening) a terciární zdravotní péče (rehabilitace, psychosociální poradenství, edukace...). Podle Žiakové et al. (2009a) zahrnuje péči o chronicky a nevléčitelně nemocné jednotlivce a jejich rodiny v domácím prostředí (např. prostřednictvím agentur domácí péče) nebo ve zdravotnických zařízeních (např. v denních centrech...). V podmínkách ČR převládá model komunitně orientovaného ošetrovatelství, které je převážně zaměřené na nemocné klienty a poskytování diagnosticko-terapeutických a ošetrovatelských výkonů v komunitních zdravotnických zařízeních.

K hlavním výhodám komunitní péče řadí Vostřáková (2000) zejména dostupnost 24 hodin denně, snadnou psychickou a fyzickou dostupnost, rychlé předávání odpovídajícím službám, návaznost péče, multidisciplinární spolupráci, možnost výběru služeb, individuální přístup, diskretnost a účelnost nákladů.

1.2 Historie komunitního ošetrovatelství

Komunitní ošetrovatelství jako druh ošetrovatelské péče má bohatou tradici (historii) a jeho vývoj prochází všemi liniemi historického vývoje ošetrovatelství (obdobím neprofesionálního ošetrovatelství, „*charitativního*“ ošetrovatelství a obdobím profesionálního ošetrovatelství). Téměř ve všech obdobích života civilizace se setkáváme s určitými pokusy chránit si vlastní zdraví (Hanzlíková et al., 2007). Počáteční črty lze pozorovat v dobách raného středověku, kdy vznikaly první církevní instituce zabývající se pomocí chudým a starým lidem, jakožto specifickou komunitou s převládajícím prvkem duchovní a sociální péče.

Později byly zakládány chudobince a starobince, klášterní a městské ošetrovatelské domy. Podobnou funkci plnili středověké špitály provozované církevními řády.

Začátky profesionálního komunitního ošetrovatelství spadají do 19. století a své nejvyšší úroveň dosáhlo komunitní ošetrovatelství v období mezi dvěma světovými válkami. Již Florence Nightingaleová nepřipravovala sestry pouze pro praxi v nemocnicích, ale zdůrazňovala potřebu vzdělané sestry v terénu – v komunitním ošetrovatelství (Jarošová et al., 2005). Její rčení „*sestry ošetřují nemocné, ale přijde čas, kdy budou pečovat o zdravé*“ předkládá vizi ošetrovatelství v následujícím období (Nádaská, Peřková, 2009). Komunitní charakter ošetrovatelské péče v období mezi dvěma světovými válkami měly činnosti sester Československého červeného kříže zaměřené zejména na děti, chudé nemocné a staré lidi. V té době byla poprvé a systematicky prováděna ošetrovatelská a zdravotní služba v rodinách. Vzhledem k negativním důsledkům hospodářské krize poskytovaly sestry především preventivní péči, zprostředkovávaly také léčení a odborná vyšetření (Jarošová, 2007). V období po 2. Světové válce dominovala medicionalizace a institucionalizace péče. Ošetrovatelství nebylo autonomní a sestra byla akceptována jako asistentka lékaře. Podle Farkašové et al. (2006) bylo ošetrovatelství v této době pokládáno pouze za praktickou činnost, mělo spíše medicínský, technický a výkonový charakter. Také ošetrovatelská péče byla poskytována v rámci sekundární zdravotní péče.

Velkým přínosem reforem zdravotní péče bylo přijetí Almaatské deklarace v roce 1978, kdy se po prvé v historii objevil pojem „*podpora zdraví v mezinárodním kontextu*“. V souvislosti s transformací společnosti v 90. letech 20. století a přílivem nových poznatků a zkušeností z komunitní péče dochází k postupným změnám ošetrovatelské profese, která se stává autonomní, zaměřující se na zdravého člověka, kvalitu jeho života a obnovu zdraví. Včlenění komunitního systému do primární péče podněcovaly demografické změny, změny struktury pacientů, ekonomické faktory, změny v postojích a chování příjemců zdravotní péče a změny související s nárůstem civilizačních onemocnění. Posláním sester ve společnosti se stává dosažení maximálních tělesných, psychických a sociálních možností v souladu s prostředím, ve kterém žijí a pracují. Komunitní péče je poskytována týmem odborníků, v němž mají právě sestry a porodní asistentky významný potenciál přínosu pro zdraví populace. Teprve až po roce 1989 se v ČR začíná v praxi rozvíjet jeden z významných prvků komunitního ošetrovatelství – domácí péče (Jarošová, 2007), zaměřená zejména na péči o nemocné, nikoliv na zdravou či ohroženou populaci.

V současné době převládá snaha o rozvinutí systému komunitního ošetrovatelství na úrovni legislativy, vzdělávání, klinické praxe a výzkumu. Jak uvádí Jarošová (2007), rozvoj této péče je reálný vzhledem k aktivaci specializačního vzdělávání pro všeobecné sestry v oboru Komunitní ošetrovatelská péče. Po absolvování tohoto specializačního studia a splnění podmínek atestační zkoušky získává sestra odbornost komunitní sestra dle nařízení vlády č. 31/2010 Sb. Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře je v její kompetenci komplexně analyzovat zdravotní a sociální situaci jednotlivce ve vlastním prostředí nebo skupině občanů z hlediska koordinace poskytované zdravotní a sociální péče a analyzovat zdravotní a sociální situaci pacientů a osob blízkých z hlediska ošetrovatelské péče, realizovat poradenství ve spolupráci s odpovědnými orgány (vyhláška č. 55/2011 Sb.).

1.3 Teoretické a filozofické perspektivy implementace standardizované terminologie

Porozumět procesu etablování ošetrovatelství jako vědy, znamená pochopit filozofii (filozofické názory) a směry, které tuto vědu ovlivňovaly v minulosti a provázejí jí v současnosti. Na základě poznání filozofických podkladů v historickém kontextu, lze interpretovat minulost, analyzovat současnost a do jisté míry predikovat budoucnost (postavení, směřování, trendy...) ošetrovatelství (Tóthová, 2013). Zároveň se ztotožňujeme s tvrzením Pavlíkové (2006, s. 8), že „základní orientace ve filozofii umožňuje lépe pochopit teoretický základ ošetrovatelství“.

Z historického pohledu bylo ošetrovatelství od nepaměti spjato s pomocí druhému, s poskytováním podpory nejenom nemocným, ale i jejich blízkým. Prvky humanistické filozofie provázely ošetrovatelství v modifikované podobě vždy, v současnosti se prolínají nejenom do oblasti poskytování ošetrovatelské péče, ale i do vzdělávání či výzkumu v ošetrovatelství. Humanistický charakter postupem času modifikovala idealistická filozofie, považující vědomí, myšlení a psychiku za prvotní, přírodu a fyzický svět za druhotné (odvozené, závislé). Zdůrazňuje prvenství rozumového poznání před smyslovým, duchovního před tělesným a věčného před dočasným, konečným. I když idealismus existoval již před 2000 lety, samotný termín pochází z počátku 18. století. Idealismus měl více podob.

K hlavním směrům, které se vyvinuly z idealismu (pragmatismus, existencialismus), měl velký vliv na vývoj vědeckosti ošetrovatelství pozitivismus (uznává pozitivní – dané poznatky a pozitivní fakta empirických věd za jediné skutečné

poznání). V období protireformace (16.-18. stol.) pod vlivem katolicizmu převažoval v ošetrovatelství zase vliv humanistické filozofie. Období osvícenství v 18. století a francouzská revoluce (1789-1799) souvisí s rozvojem vědy a nových filozofických směrů. Dominoval vliv materialistů, podle kterých je celá skutečnost hmotné povahy a duchovno je odvozené, vědomí druhotné. „*Základy filozofie v ošetrovatelství položila v roce 1859 zakladatelka profesionálního ošetrovatelství Florence Nightingaleová*“ (Pavlíková, 2006, s. 11).

Významným mezníkem v rozvoji ošetrovatelství, a to především jako vědy, lze tedy právem považovat 20. století, poznačené akcelerací civilizačního vývoje a tzv. kultem technologie (Farkašová et al., 2006). Typická poválečná medicionalizace a institucionalizace dovedla ošetrovatelství k postupné, přechodné dehumanizaci. Reakcí na toto insuficientní pojetí a charakter ošetrovatelství a jako důsledek postupného uplatňování vědeckých aspektů, začíná od 80. let 20. století v ošetrovatelství opět převládat filozofie humanizmu. Humanistický charakter byl ovlivněn zasazením koncepce holizmu do vnímání, poznání a myšlení a odráží se v praktické činnosti ošetrovatelství, ve výzkumu i ve vzdělávání v současnosti.

V novověké filozofii představuje poznání (s využitím empirických metod) důležitý faktor společenského vývoje. Ošetrovatelství se mění a rozvíjí s rozvojem společnosti. Rozvoj oblasti teorie, vědy i profesní praxe ošetrovatelství je ovlivněn historickým, socio-kulturním kontextem, společenskými, politicko-ekonomickými faktory a samotnými odborníky profese. V této souvislosti se ocitlo české ošetrovatelství na prahu podstatných změn v 90. letech 20. století. S rozvojem teoretické základny ošetrovatelství (pronikáním konceptuálních modelů a teorií) a s rozvojem výzkumu v ošetrovatelství, se v současnosti ošetrovatelství etabluje jako autonomní vědní disciplína formující se na vědeckých základech.

Vědeckost ošetrovatelství vymezuje Žiaková et al. (2009b) tvrzením, že v historickém kontextu vývoje lidstva se minimálně od starověku vyčleňovala v systému kulturních činností taková činnost, která byla zaměřená na dosahování pravdy a plnila úlohu toho, co dnes nazýváme „*vědou*“. Historické kořeny vývoje vědy – podkladu pro současnou vědu, tvoří řecká epistémé (antická věda) i středověká scientia či doctrina.

V kontextu novověké vědy se podle Žiakové et al. (2009b, s. 13) jedná o „*institucionalizovanou lidskou činnost zaměřenou na metodické získávání systému nových pravdivých poznatků o jednotlivých oblastech skutečnosti, který je vyjádřen*

specifickou terminologií a kterého cílem je opis, vysvětlení a předvídání jevů v daných oblastech“.

Jedním z charakteristických znaků vědy je tedy používání specifické odborné terminologie, což splňuje i klasifikační systém Omaha (*Omaha Nursing Classification System for Community Health*). Jedním z hlavních důvodů vzniku standardizovaného jazyka se jeví potřeba jakéhosi „*ošetřovatelského esperanta*“ pro vzájemné porozumění v souvislosti s poskytováním ošetřovatelství, které stále více nabývá multidisciplinární charakter s potřebou interdisciplinární kooperace. Také se ztotožňujeme s názorem Vörösová et al. (2007), že ošetřovatelství je implementováno do praxe prostřednictvím sestry a její činností. Právě její činnosti vedou k výsledkům zdraví u pacienta, které je potřeba následně hodnotit z hlediska efektivity poskytované péče. Jednotná terminologie se jeví jako užitečná v oblasti posouzení, ošetřovatelské diagnostiky, sesterských činností a hodnocení výsledků. K rozhodujícím důvodům implementace terminologie do klinické praxe patří i změny v systému poskytování ošetřovatelské péče a týkají se zejména samostatnosti a rozhodovací schopnosti sester. Metodou poskytování a dokumentování ošetřovatelské péče je ošetřovatelský proces, součástí kterého je určení ošetřovatelské diagnózy jako klinického závěru o aktuálních či potenciálních potřebách, ošetřovatelských problémech nebo o stavu jednotlivce, rodiny či komunity, který ovlivňuje zdravotní stav a vyžaduje si specifickou intervenci sestry. Tento proces si vyžaduje kritické myšlení v rozhodování. Právě odborná terminologie má pomáhat sestřám přijímat správná rozhodnutí prostřednictvím klasifikačních systémů. Implementace standardizované terminologie do ošetřovatelského procesu v podstatě vyjadřuje a zviditelňuje práci sestry prostřednictvím ošetřovatelské dokumentace. Používání standardizovaného jazyka se tak stalo základním znakem ošetřovatelské profese 21. století (Vörösová et al, 2007).

1.4 Ošetřovatelský proces v komunitním ošetřovatelství

Podle Mesárošové et al. (2009) je metoda ošetřovatelského procesu převážně spojovaná s individualizovanou ošetřovatelskou péčí, jednotlivé kroky mohou být použity i v komunitní ošetřovatelské péči.

Cílem ošetrovatelské péče v komunitě je obnova a udržení zdraví, prevence onemocnění a podpora zdraví a úlohou ošetrovatelství je ovlivňovat zdraví celé komunity (Rybárová, 2005).

Rozvoj metody ošetrovatelského procesu v našich podmínkách souvisí s potřebou autonomie v práci sester, v 90. letech 20. století, která se objevila v souvislosti s transformací ve zdravotnictví. Hlavní vliv na změny v ošetrovatelství mělo navazování mezinárodních kontaktů, členství v mezinárodních organizacích, např. ve WHO (*World Health Organization, Světová zdravotnická organizace*), ICN (*International Council of Nurses, Mezinárodní rada sester*) a účast na mezinárodních programech a projektech, např. HOPE (*Health Opportunity for People Everywhere, Šance na zdraví pro lidi na celém světě*) a PHARE (*Poland and Hungary Assistance for Restructuring of their Economies, Pomoc Polsku a Maďarsku při restrukturalizaci ekonomiky*). Informace o metodě ošetrovatelského procesu byly postupně začleněny do vzdělávání sester. K prvním publikacím o ošetrovatelském procesu v českém jazyce patřily: Doegnes, Moorhouse (1996) *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, Trachtová (1999) *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Staňková (1999) *Jak zavádět ošetrovatelský proces do praxe a Jak provádět ošetrovatelský proces*. V roce 1997 byl v rámci projektu WHO publikován učební materiál pro ošetrovatelství LEMON (*Learning Material On Nursing, Učební materiál pro sestry a porodní asistentky*), který popisoval metodu ošetrovatelského procesu. Postupně se začala zavádět metoda ošetrovatelského procesu do praxe (Tomagová, 2011). V současnosti je mezinárodně akceptována, i když její uplatnění v klinické praxi je různorodé (Habermann et al., 2006). V legislativním rámci ČR je povinnost vykonávat ošetrovatelskou péči metodou ošetrovatelského procesu zapracována v Koncepci ošetrovatelství (Věstník MZ ČR č. 9/2004) a ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

1.4.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu

Sikorová (2012, s. 126) uvádí charakteristiku komunitního ošetrovatelství autorů Nies a McEwen (2006) jako „*aplikaci ošetrovatelského procesu v péči o jednotlivce, rodiny a skupiny v oblasti, kde žijí, pracují nebo se učí (ve škole), nebo se pohybují v systému zdravotní péče*“.

Metoda ošetrovateľského procesu, jak uvádí Tomagová (2011), je v současnosti již poměrně známá, zavedená do klinické praxe a vzdělávání ve studijních programech ošetrovatelství. Ve vzájemně propojených a podmíněných krocích – posouzení, diagnostiky, plánování, realizace a hodnocení, se zaměřuje na jednotlivce, rodinu či komunitu, což umožňuje systémový přístup k ošetrovateľské péči. V klinické praxi ji lze implementovat v ambulantních a ústavních zařízeních, jako i v zařízeních komunitní péče, u širokého spektra klientů zdravých i nemocných.

Ošetrovateľský proces lze definovat jako systematickou, racionální a cyklickou metodu poskytování ošetrovateľské péče jednotlivci, rodině či komunitě, všeobecně použitelnou ve všech typech prostředí zdravotní péče a otevřenou pro neustálé přehodnocování péče na základě aktuálního stavu (Tomagová, 2011). Cílem je poskytování ošetrovateľských intervencí zaměřených na uspokojování potřeb jednotlivce, rodiny, komunity, podporu a obnovení zdraví, na dosažení co nejvyšší úrovně kvality života a na zabezpečení klidného umírání a smrti (Žiaková et al., 2009a). Dle Jarošové (2007) je ošetrovateľský proces v komunitě zaměřen především na podporu zdraví komunity.

Bullough (1990) charakterizuje komunitní ošetrovateľskou praxi jako systematický proces zaměřený na posouzení zdraví a potřeby poskytnutí zdravotní péče jednotlivcům a rodinám v komunitě, plánování intervencí a aktivit na podporu a obnovu zdraví, prevenci onemocnění v komunitě, realizaci efektivní zdravotní péče a hodnocení míry, rozsahu a vlivu realizovaných aktivit na zdravotní stav populace v komunitě (Rybárová, 2005). Význam této metody popsalo více autorů a spočívá v poskytování komplexní, individualizované, aktivní a kontinuální ošetrovateľské péče, respektování rozhodnutí a požadavků jednotlivce, rodiny a komunity jako aktivního účastníka ošetrovateľské péče s důrazem na jeho soběstačnost a zodpovědnost za vlastní zdraví, poskytuje prostor pro autonomii ošetrovateľského povolání (ulehčuje klinická rozhodování sestry a řešení problematických situací), jeho součástí je dokumentování ošetrovateľské péče ve všech fázích, což zabezpečuje koordinaci, kontinuitu a chronologický přehled o poskytované péči (Tomagová, 2011). Basavanthappa (2008) vymezuje benefity metody ošetrovateľského procesu v komunitě v mnoha způsobech: pomoc při tvorbě údajů o klientovi, identifikaci aktuálních či potenciálních problémů, stanovení priorit péče, pomoc při plánování, organizaci a individualizaci péče, pomoc při zahrnutí inovací v ošetrovateľské péči, při poskytování alternativ ošetrovateľských činností, zvyšování efektivity a autonomie péče.

1.4.2 Fáze ošetrovatelského procesu

Metoda ošetrovatelského procesu se nejčastěji popisuje a aplikuje do ošetrovatelské praxe jako pětifázová, i když někteří autoři (Berman et al, 2008; Habermann et al., 2006) připouští obměny, např. jako čtyřfázová, případně šestifázová.

1.4.2.1 Posouzení

První fáze ošetrovatelského procesu v komunitě zahrnuje sběr, ověřování, třídění a záznam údajů o zdravotním stavu jednotlivce, rodiny, komunity. Vytvoření potřebné databáze údajů o výpovědích jednotlivce (rodiny, komunity) na aktuální nebo potenciální zdravotní problémy, jejich validizace a verifikace jsou východiskem pro realizaci dalších fází.

Tomagová (2011) uvádí rozdělení posuzování podle Timbyové et al. (2009) na základní (základní informace o zdravotním, psychosociálním a duchovním stavu) a na problém zaměřené posuzování (podrobněji o zjištěném problému). Staňková (1999a) rozděluje posuzování na vstupní, průběžné a závěrečné, podle toho, ve které části ošetrovatelského procesu se uskutečňuje. Vstupní posouzení tvoří základ pro ošetrovatelskou diagnostiku a plánování individualizované ošetrovatelské péče. Zaměřuje se na porovnání zjištěných dat s normami a identifikaci dysfunkcí. V dalších fázích ošetrovatelského procesu se realizuje průběžné posouzení pro identifikaci nových informací, pro potřeby diagnostického procesu a pro korekci plánu ošetrovatelské péče. Závěrečné posouzení při propuštění klienta do domácího prostředí, ukončení ošetrovatelské péče nebo překlady klienta na jiné oddělení (do jiného zdravotnického zařízení) srovnává aktuální stav klienta s plánovaným cílem a výslednými kritérii ošetrovatelské péče.

Dle Jarošové (2007) je posouzení v komunitním ošetrovatelství procesem kritického myšlení o komunitě. Základ tvoří definování klienta (komunity) z hlediska určení geografických hranic komunity (např. Ústecký region), identifikace členů komunity (např. klienti s nespécifickými střevními záněty, s onemocněním hepatopankreatobiliárního systému) a jejich společných charakteristik (např. dispenzarizace v gastroenterologické poradně pro onemocnění gastrointestinálního traktu). Při posuzování zdraví komunity se sestra zaměřuje na komunitu jako klienta.

Posuzuje zdravotní aktiva, pasiva, identifikuje rizikové faktory a skupiny v komunitě, sbírá specifické údaje. Proces shromažďování relevantních údajů týkajících se zdraví komunity, identifikace potřeb, problémů a zdrojů komunity a následné třídění a interpretace validizovaných údajů tvoří proces logického a systematického hodnocení komunity. Při hodnocení komunity shromažďuje sestra data popisující demografickou situaci komunity (věk, pohlaví, socioekonomická situace, morbidita, mortalita) a specifická data u vybraného souboru respondentů v komunitě – v našem případě v komunitě gastroenterologických klientů např. s využitím klasifikačního systému Omaha jako rámcového odhadu posuzování potřeb a problémů u této specifické komunity. Berman et al. (2008) dělí údaje o jednotlivci, (rodině a komunitě) na subjektivní (vnímána klientem), objektivní (lze je objektivně prokázat, diagnostikovat např. pozorováním, měřením, fyzikálním vyšetřením) a na stálé a proměnné údaje. Ke stálým (konstantním) a neměnným údajům řadíme např. identifikační údaje, věk, pohlaví, krevní skupinu. Proměnné údaje jsou dynamické (např. laboratorní hodnoty, fyziologické funkce). Zdroje údajů se obvykle rozdělují na primární a sekundární. Primární údaje jsou jedinečné údaje o zdravotním stavu či zdravotním problému, zprostředkované jednotlivcem (rodinou, komunitou, pokud jsou objektem ošetrovatelské péče). Tyto údaje mohou být ovlivněny např. stupněm vývojového období, zdravotním stavem, komunikačními dovednostmi, psychickým stavem či důvěrou k posuzovateli. Primární zdroje jsou doplňovány sekundárními zdroji údajů prostřednictvím příbuzných (či jiných významných osob), zdravotní dokumentace (chorobopis, propouštěcí zprávy, záznamy o poskytování domácí péče), případně od jiných zdravotnických pracovníků.

Databáze informací z posuzování potřeb komunitního zdraví tvoří základ pro formulování ošetrovatelských diagnóz na úrovni komunity, plánování péče a následnou realizaci intervencí (Mesárošová et al., 2010). Jak uvádí Tomagová (2011), pro kvalitní a objektivní posuzování musí sestra disponovat zručnostmi v pozorování, komunikaci, dovednostmi při fyzikálním vyšetření klienta a schopnostmi výběru a použití měřících nástrojů. Sběr informací si vyžaduje i schopnost aplikačně myslet, využívat klinické zkušenosti a sociální zručnosti (komunikace s klientem, kooperace). Strukturu, obsah a rozsah posuzování ovlivňuje objekt nebo subjekt posuzování např. jednatelce (nebo rodina či komunita), věk a klinický stav posuzovaného. Strukturovaný proces sběru dat může mít různý charakter v závislosti na specifikách pracoviště nebo na typu použitého konceptuálního modelu. Zaznamenané údaje v ošetrovatelské dokumentaci jsou nezávislou činností sestry a reflektují poskytování ošetrovatelské péče.

1.4.2.2 Ošetrovatelská diagnostika

Je druhou fází ošetrovatelského procesu. Dle autorů Berman et al. (2008) a Funnell et al. (2009) se jedná o analyticko - syntetický proces vyúsťující do výběru ošetrovatelské diagnózy, která tvoří východisko pro plánování a realizaci ošetrovatelské péče (Plevová et al., 2011). Výsledkem tohoto analyticko - syntetického procesu je dle Stanhopea a Lancastera (2004, s. 360) identifikace a definování problému jako ošetrovatelské diagnózy vztahující se ke zdraví komunity (Jarošová, 2007). Podle Mesárošové et al. (2009) získané údaje v posouzení umožňují sestře realizovat informované rozhodnutí z oblasti primární, sekundární a terciární prevence v komunitní ošetrovatelské praxi. Používání ošetrovatelské diagnózy podporuje profesionální zodpovědnost a samostatnost sestry, poskytuje standardizovanou terminologii pro kategorizaci ošetrovatelských problémů, usměrňuje výběr ošetrovatelských intervencí na dosažení stanovených cílů a výsledků, je prostředkem komunikace mezi sestrami a členy multidisciplinárního týmu a v neposlední řadě poskytuje rámec pro ošetrovatelský výzkum (Holmanová et al., 2007; Tóthová et al., 2009; NANDA I., 2010).

Ošetrovatelská diagnostika probíhá jako diagnostický proces a pozůstává z analýzy údajů, identifikace zdravotních rizik, pozitiv a formulace diagnostického závěru (Tomagová, 2011). *Analýza údajů* zahrnuje porovnání získaných údajů v průběhu posuzování s normou a doplnění či objasnění neúplných či rozporuplných údajů. Dále se analyzují údaje s ohledem na diagnostické komponenty, o kterých se předpokládá, že vyjadřují problém jednotlivce (rodiny, komunity). Následující krok „*identifikace zdravotních rizik, pozitiv*“ má za úkol rozpoznat aktuální problémy (související a rizikové faktory), zároveň zdravotní rizika a tzv. „silné stránky“ v oblasti zdraví. Konečným výsledkem diagnostického procesu je *formulace diagnostického závěru* o odpovědích jednotlivce (rodiny, komunity) na aktuální či potenciální zdravotní problémy či životní proces (Kozierová et al., 1995). Dle Boledovičové et al. (2006) je diagnóza závěr týkající se podstaty problému, určeného na základě jeho projevů a příznaků, analyzující průběh problému. Ošetrovatelská diagnóza je nejčastěji formulována ve struktuře P-E-S, tj. Problém (název diagnózy), Etiologie (související faktory) a Symptomy (definující charakteristiky). U potenciálních ošetrovatelských diagnóz (NANDA I, 2013) je zachovaná struktura P-E, tj. Problém (diagnóza) a Etiologie (související faktory).

Jarošová (2007) cituje Cookfair (1991, s. 626 - 627), že ošetrovatelské diagnózy musí být sestavovány vzhledem ke komunitě a obsahují:

- riziko – specifický zdravotní problém nebo riziko komunity (např. riziko relapsu nespecifického střevního zánětu v komunitě klientů s Morbus Crohn),
- uvnitř (mezi) – specifikuje komunitu jako klienta, se kterým sestra pracuje (např. gastroenterologičtí pacienti s diagnózou Morbus Crohn),
- ve vztahu k – popisuje charakteristiky komunity – motivace, znalosti, dovednosti (např. nedostatek znalostí o rizikových faktorech relapsu chronických nespecifických střevních zánětů).

V současnosti se za mezinárodní standard v oblasti ošetřovatelské diagnostiky pokládá klasifikační systém ošetřovatelských diagnóz *NANDA International Taxonomie II.*, který je spíše zaměřen na individuum jako na komunitu (Mesárošová et al., 2009). Pro ošetřovatelskou diagnostiku v komunitní péči byl vyvinut klasifikační systém Omaha, který vytváří jasnou představu o klientových potřebách a problémech, poskytované péči a výsledcích poskytované péče, jelikož pozůstává z tří validních složek ve vzájemném vztahu – schéma klasifikace problémů, schéma intervencí a škála hodnotící výsledky problému (Martin, 2005).

V komunitním ošetřovatelství lze při určování dysfunkčních potřeb jednotlivce, rodiny, komunity v daném čase využít specifickou metodiku – tzv. *diagnostický algoritmus*. Dle Marečkové (2006) a Tomagové (2011) jde o způsob myšlení a organizování informací, které vedou k jasnému a přesnému diagnostickému závěru. Diagnostický algoritmus má tři fáze.

První fáze se zaměřuje na vyhledávání diagnostických znaků, definujících charakteristik a souvisejících faktorů *aktuálních ošetřovatelských diagnóz* v příslušných diagnostických doménách, resp. třídách. Postupuje se dle diagnostických tříd od první domény k poslední. V prvním kroku se cíleně vyhledávají *definující charakteristiky* ošetřovatelských diagnóz v jednotlivých třídách. V případě identifikace definující charakteristiky určité diagnózy se přistupuje k identifikaci *souvisejících faktorů*. V systému Omaha jsou definující charakteristiky uvedeny jako znaky/příznaky pro daný problém, související faktory nejsou formulovány. Nepřítomnost ani jednoho ze souvisejících faktorů vylučuje potvrzení dané diagnózy. Pokud se zjistí kombinace alespoň jedné definující charakteristiky s minimálně jedním souvisejícím faktorem, následuje třetí krok – *ověření diagnózy*. Zjišťuje se, zda je jednatel, rodina, komunita skutečně v situaci anebo stavu, který je popsán v *definici příslušné ošetřovatelské diagnózy*.

Aktuální ošetrovatelskou diagnózu tedy dokládají související faktory (etiologie) a definující charakteristiky (symptomy), vyjádřené ve struktuře P-E-S (Marečková, 2006).

Druhá fáze diagnostického algoritmu se zaměřuje na *potenciální ošetrovatelské diagnózy* - prostřednictvím identifikace potenciálně dysfunkčních potřeb podle rizikových faktorů příslušných potenciálních diagnóz. Přítomnost potenciálně dysfunkční potřeby představuje riziko vzniku aktuálního problému. Například pankreatitida je rizikovým faktorem potenciálního problému „*Riziko sníženého objemu tekutin 00028*“ (NANDA – I, 2015). Podle Mesárošové et al. (2009) zahrnuje ošetrovatelská diagnóza v komunitě i potenciální zdravotní problémy a faktory podílející se na nich.

Poslední fáze diagnostického algoritmu se zaměřuje na vyhledávání ošetrovatelských *diagnóz typu wellness a diagnóz na podporu zdraví*. Jejich výskyt dokládají pouze definující charakteristiky (symptomy) nebo určující znaky. Například „*Snaha zlepšit management zdraví 00162*“ vzhledem k vyjádření touhy zvládnout nemoc, popisu snížení rizikových faktorů atd. (NANDA – I, 2015). V systému Omaha jsou tyto diagnózy označeny přívlastkem „*Health Promotion*“ (Martin, 2005).

Diagnostický závěr lze stanovit pouze po pečlivém a systematickém sběru údajů ve fázi posuzování a tvoří základ pro výběr ošetrovatelských činností, za které je sestra zodpovědná (Tomagová, 2011).

1.4.2.3 Plánování

Třetí fází ošetrovatelského procesu je plánování zahrnující následné kroky: vytyčení priorit ošetrovatelských diagnóz, formulace cílů a výsledných kritérií (neboli očekávaných výsledků), plánování ošetrovatelských intervencí a sestavení plánu ošetrovatelské péče (Marečková, 2006; Berman et al., 2008; Funnell et al, 2009). Cílem těchto kroků je prevence, redukce, eliminace klientových aktuálních/potenciálních problémů vyjádřených prostřednictvím ošetrovatelských diagnóz.

Při plánování je důležité *určení preferenčního pořadí ošetrovatelských diagnóz* z hlediska naléhavosti jejich řešení. Obecně lze říct, že prioritu v této hierarchii tvoří problémy ohrožující život, problémy ohrožující zdraví a problémy týkající se rozvoje osobnosti.

Preferenční pořadí řešení ošetrovatelských diagnóz určuje sestra ve spolupráci s klientem, nebo na základě vlastního úsudku. Stanhope a Lancaster (2004) stanovují kritéria stanovení priorit v komunitě podle závažnosti problému a jeho vlivu na smrt, onemocnění, pracovní neschopnost, náklady na rehabilitaci, invaliditu, výdaje komunity, na úpravu stavu nebo uzdravení. Další kritérium může tvořit specifikum populace (např. ženy, děti, etnika) atd.

Dalším krokem plánování je *formulace cílů a výsledných kritérií* a slouží k usměrňování výběru intervencí zaměřených na navrácení, podporu nebo upevňování zdraví, řešení aktuálních a prevenci potenciálních problémů. Cíle vyjadřují žádoucí změnu ve stavu jednotlivce, rodiny, komunity v realistických a měřitelných termínech s časovým ohraničením jejich dosažení po realizaci ošetrovatelských intervencí. Z časového hlediska se dělí na krátkodobé a dlouhodobé a mohou být zaměřeny nejenom na ošetrovatelskou péči, ale i na edukaci klienta, rodiny, či komunity. Výsledná kritéria blíže specifikují a konkretizují cíl, a tím usměrňují výběr ošetrovatelských intervencí. Jsou významná i ve fázi hodnocení, kdy se používají jako hodnotící ukazatel. Příkladem organizace výsledných kritérií může být klasifikační systém ošetrovatelských výsledků NOC (*Nursing Outcomes Classification, Klasifikace ošetrovatelských výsledků*) nebo Škála pro hodnocení výsledků problému (*Problem Rating Scale for Outcomes*) v systému Omaha. *Plánování ošetrovatelských intervencí* zahrnuje výběr vhodných ošetrovatelských činností pro prevenci, redukci, eliminaci problémů klienta. Podle Holubové et al. (2013) jsou intervence ošetrovatelské péče voleny v návaznosti na obsah diagnostického závěru. V současnosti je nejpropracovanější terminologií ošetrovatelských intervencí klasifikační systém NIC (*Nursing Intervention Classification, Klasifikace ošetrovatelských intervencí*), který nabízí intervence a pod ně spadající činnosti pro každou ošetrovatelskou diagnózu NANDA International. Zahrnuje závislé a nezávislé činnosti, které vykonává sestra v přímé i nepřímé péči o pacienta (Vörösová et al., 2007). V komunitní praxi lze také využít intervence ze schématu intervencí systému Omaha ze čtyř kategorií – Edukace, vedení a poradenství, Léčba a terapeutické postupy, Případový management a Surveillance (Martin, 2005). *Plán ošetrovatelské péče*, který je součástí ošetrovatelské dokumentace, je záznam ošetrovatelských intervencí zaměřených na dosažení formulovaného cíle a výsledných kritérií jednotlivce, rodiny či komunity. Usměrnjuje poskytování komunitní péče. Je sestaven v souladu s terapeutickým plánem, se standardy ošetrovatelské péče, individuálními požadavky a právními normami řídícími ošetrovatelskou praxi.

Vzhledem ke změnám ve stavu klienta, ke změnám v terapeutickém plánu, je nutné plán péče systematicky aktualizovat. Staňková (1999b) uvádí význam plánu ošetrovatelské péče následovně: usměrňuje a podporuje individualizovanou a kontinuální ošetrovatelskou péči, dokumentuje potřeby klienta, poskytuje přehled o ošetrovatelských intervencích, je podkladem pro právní účely, slouží k hodnocení kvality ošetrovatelské péče, slouží pro potřeby výzkumu a vzdělávání.

Fáze plánování v komunitní péči zahrnuje analýzu zdravotních problémů komunity identifikovaných v komunitních ošetrovatelských diagnózách, stanovení priorit, cílů a vytýčení intervenčních činností (aktivit) pro dosažení stanovených cílů zaměřených na podporu, udržení nebo obnovu zdraví komunity prostřednictvím metod primární, sekundární a terciární prevence (péče). Tyto intervenční činnosti pojmenovává Jarošová (2007) jako způsoby vedoucí ke změnám, přerušeni nebo vyřešení problému v komunitě. Plán komunitní péče pozůstává podle závěrů WHO (1997) z určení potřeb a očekávání komunity, cílů, filozofie, dostupných prostředků, dostupných vědeckých poznatků a v neposlední řadě i klientovy spoluúčasti – participace, kooperace, compliance a pochopení (Mesárošová et al., 2010).

1.4.2.4 Realizace

Fáze realizace představuje praktické uplatnění strategií (intervencí) zaznamenaných v plánu komunitní péče, které vedou k dosažení cílů a splněných úkolů a jsou v kompetenci komunitní sestry. Ošetrovatelské činnosti v komunitní praxi jsou zaměřeny nejenom na poskytování terapeutických zásahů, ale i na monitoraci, poradenské, edukační, manažerské a obhajovací aktivity (Mesárošová et al., 2009). Podle Žiakové et al. (2009a) lze ošetrovatelské intervence rozdělit na přímé a nepřímé. Přímé intervence jsou poskytovány v interakci s klientem a nepřímé jsou realizovány mimo klienta, ale pro něho (např. koordinace členů multidisciplinárního týmu při poskytování přímých intervencí, případně supervize při delegování intervencí apod.). Tomagová (2011) uvádí rozdělení ošetrovatelských intervencí z hlediska kompetencí sestry podle autorů Sparks et al. (2005) na tři druhy:

- *nezávislé* – jejich iniciátorem a realizátorem je sestra, která tyto intervence vykonává na základě svých kompetencí, vědomostí, zručností a zkušeností a je za ně plně zodpovědná,
- *závislé* – jsou realizovány sestrou v závislosti na ordinaci lékaře (např. aplikace farmakoterapie, odběry biologického materiálu atd.), event. sestra plní asistenční roli u těchto výkonů (např. příprava pacienta a asistence při provedení abdominální punkce),
- *součinné* – jsou realizovány v kooperaci s jiným členem zdravotnického týmu (např. nutriční poradenství ve spolupráci s nutričním terapeutem).

Celé spektrum ošetrovatelských intervencí si vyžaduje od sestry zručnosti kognitivní (intelektové), interpersonální a technické zručnosti (Berman et al., 2008). V komunitní praxi navíc zručnosti na pomoc klientovi, rodině, komunitě, zručnosti z organizace a řízení či zručnosti z managementu krizových situací (Mesárošová et al., 2009).

Samotný proces realizace probíhá v několika krocích. Výchozí je opětovné posouzení klienta a ověření aktuálnosti plánu ošetrovatelské péče. Plán ošetrovatelské péče je dynamický a reflektuje změny v aktuálním stavu klienta (rodiny, komunity), vzhledem k tomu můžou být intervence pozměněny. Před samotnou realizací intervencí je vhodné posoudit potřebu asistence. Vlastní realizace intervencí se podle Tomagové (2011) pohybuje ve čtyřech oblastech ošetrovatelské praxe: podpora zdraví, ochrana zdraví, obnova (znovunavrácení) zdraví a péče o umírající. Implementované ošetrovatelské zásahy vychází z poznatků Evidence – Based Nursing (Jarošová et al., 2015) a jsou realizovány v souladu s platnou legislativou, standardy v ošetrovatelství. O realizaci intervence je nutné vést z forenzního hlediska písemný záznam.

Úspěšnost realizace a dosažení cíle plánování v komunitě ovlivňuje řada faktorů: povaha zdravotních problémů komunity, ochota komunity tyto problémy řešit, individuální schopnosti jednotlivých členů komunity, poznatky, zručnosti a zkušenosti sester – zejména schopnost sester vykonávat komunitně orientované činnosti (Hanzlíková et al., 2007).

1.4.2.5 *Hodnocení*

Poslední fáze ošetrovatelského procesu je zaměřena na hodnocení míry dosažení klientových cílů. V komunitě představuje hodnocení účinnosti a adekvátnosti intervencí zaměřených na komunitní zdraví srovnáním informací o komunitě před začátkem intervencí a po nich. Podle Kozierové et al. (1995) se jedná o proces, kterým se posuzuje úspěšnost a kvalita realizovaných plánovaných zásahů a hodnotí se výstupy realizovaných programů v rámci komunity a upevňování zdraví v rámci komunity. Do tohoto procesu vyhodnocování by měly být zahrnuty i členové komunity.

V této fázi hodnotí sestra výsledky z hlediska komunity a jednotlivce - úspěšnost nebo selhání plánovaných a realizovaných aktivit. Dle Tomagové (2011) má vyhodnocení péče význam z hlediska hodnocení kvality ošetrovatelské péče a tvoří základ profesní zodpovědnosti sestry.

Vyhodnocení je procesem, ve kterém *srovnáváme získané údaje s výslednými kritérii*, které se formulují za účelem přesnější specifikace cíle ošetrovatelské péče v souvislosti s hodnocením. Tímto způsobem lze zjistit, zda se problém klienta redukoval, eliminoval, zdravotní stav se upravil a bylo dosaženo cíle ošetrovatelské péče. Hodnotící cíle v komunitním ošetrovatelství by měly být zaměřeny na podporu pozitivního zdraví, maximalizaci potenciálu člověka v oblasti péče o samu sebe, zaměřeny na prevenci vzniku potenciálních problémů (LEMON, 1997). Dále *srovnáváme ošetrovatelské intervence s výsledky pacienta*. Zde se objevují možnosti: cíl byl splněn a ošetrovatelská péče může být ukončena, nebo cíl nebyl splněn a plán ošetrovatelské péče musí být revidován či modifikován. Při *revizi plánu* hodnotíme jeho opodstatněnost, efektivitu jednotlivých intervencí vzhledem k stanoveným cílům a dosažení změny ve stavu jednotlivce (rodiny, komunity). V případě *modifikace plánu* doplňujeme a aktualizujeme údaje, přehodnocujeme výběr a formulaci ošetrovatelských diagnóz, upravujeme plán (cíle a výsledná kritéria), modifikujeme intervence. Souhrnně se hodnotí dosažení změny ve stavu klienta, přehledně se sumarizuje poskytovaná ošetrovatelská péče, v případě potřeby se uvádí doporučení pro další ošetrovatelskou péči či edukaci.

1.5 Koncepční modely a teorie v komunitním ošetřovatelství

Rozvoj profesionálního ošetřovatelství v minulém století souvisí s rozvojem teoretické základny oboru ošetřovatelství (Plevová et al., 2011). Pavlíková (2006) uvádí, že teoretickou základnu tvoří konceptuální modely a teorie a jejich vývoj možno považovat za významnou etapu v rozvoji ošetřovatelství jako samostatné vědní disciplíny. Dle Archalousové a Slezákové (2003) odráží postupný vývoj teorií a modelů ošetřovatelství podstatu ošetřovatelství a odpovídá systému zdravotní péče doby, ve které vzniká.

Ošetřovatelství v komunitě vychází dle Vörösově a Semanišínové (2009, s. 82) „z obecných východisek ošetřovatelství jako vědní disciplíny a musí akceptovat vědecké poznatky a východiska, kterými se řídí lidské poznání. Při hledání cest k exaktnosti se setkáváme s pojmy, kterých pochopení je východiskem k poznání. Realizace ošetřovatelských činností si vyžaduje rámec, model, který je základní strukturou a vychází ze specifického přístupu ke klientovi“.

Jednotlivé konceptuální modely a teorie jsou odrazem filozofického pohledu a zkušeností jednotlivých autorek z ošetřovatelské praxe. Každý z modelů specifikuje čtyři metaparadigmatické koncepce, které vyjadřují předmět (obsah, zaměření) zkoumání v oboru ošetřovatelství.

1.5.1 Metaparadigma ošetřovatelství

Podle Plevové et al. (2011) se metaparadigma vyvíjejí již od dob Florence Nightingaleové, která se zabývala vztahem mezi intervencemi sester, prostředím a zdravím člověka, i když podle Vörösově et al. (2009) k jejímu systematickému rozpracování došlo až ve druhé polovině 20. století. Metaparadigma představuje předmět zkoumání dané vědní disciplíny – jakýsi „obecný pohled na její obsah“. Je specifikováno koncepcemi a teoriemi. Jak uvádí Palenčár (2007) v současnosti se vymezuje metaparadigmatické pojetí ošetřovatelství pomocí čtyř základních pojmů - osoba, prostředí, zdraví a ošetřovatelství a na ně navazujících čtyř nerelačních (analytických, definičních) a na čtyřech relačních (syntetických) tvrzeních, které tyto pojmy konstitutivním způsobem definují, resp. opisují jejich vzájemné vztahy.

Centrem zájmu ošetřovatelství je *osoba*. Jedná se o jednotlivce, rodinu, komunitu či celou společnost v procesu zdraví či nemoci, ve vzájemném vztahu s prostředím. Ve vztahu k osobě se komunitní ošetřovatelství zaměřuje na vlivy ošetřovatelských intervencí na osobu jako příjemce ošetřovatelské péče a interaktivní proces mezi klientem, sestrou a prostředím (Farkašová et al., 2006). Ošetřovatelství uplatňuje holistický pohled na osobu jako celek. V konceptuálních modelech je osoba pojata jako integrovaná bio-psycho-socio-spirituální bytost, sebepečující činitel, adaptivní systém, multikulturní jedinec, energetické pole, humánní systém či multidimenzionální, dynamický, celistvý a otevřený systém v neustálé interakci s prostředím...

Prostředí je chápáno jako vnitřní a vnější vlivy působící na osobu a její zdravotní stav. Zahrnuje např. přírodní (fyzické, emocionální, sociální) a zdravé prostředí jedince, prostředí jako zdroj stimulů s nutností adaptace, prostředí jako zdroj stresorů apod.

Zdraví je jedním ze základních pojmů ošetřovatelství ve vztahu k osobě a prostředí. Lze ho chápat jako stav bio-psycho-sociální a spirituální rovnováhy, bez přítomnosti chorobných příznaků. Pohled na zdraví odráží jednotlivé konceptuální modely např. jako kontinuum od adaptace po maladaptaci, výsledný vztah mezi jedincem a prostředím, soběstačnost, samostatnost a nezávislost, či jako kulturně determinovanou hodnotu.

Ošetřovatelství lze chápat jako intervence vykonávané sestrou ve spolupráci s klientem s cílem podporovat a upevňovat zdraví, podílet se na navrácení zdraví, zmírňovat utrpení nemocného člověka, zajistit klidné umírání a důstojnou smrt.

1.5.2 Paradigma ošetřovatelství

Paradigma ošetřovatelství tvoří konceptuální modely a teorie. *Konceptuální model* představuje soubor abstraktních a všeobecných představ a tvrzení zahrnutých do smysluplné struktury. Soustředí se na konkrétní jevy, poskytují systém pro myšlení, pozorování a interpretaci, ukazují směr poznávání a praktického řešení (Vörösová, 2010). Pavlíková (2006) uvádí širší kategorizaci koncepčních modelů a teorií ošetřovatelství podle D. Johnson (1974) následovně:

Vývojové modely a teorie vychází z toho, že proces vývoje a zrání je v lidském životě ovlivněn vnitřními změnami organismu a vnějšího prostředí a může být zdrojem aktuálních či potenciálních problémů.

Autorkami vývojových modelů jsou např. Oremová, Royová, Wiedenbachová. *Systémové modely* zkoumají systém, jednotlivé části a jejich vztah k času a prostředí. Systémem může být jedinec, části systému jednotlivé tělní systémy a prostředím může být okolí jedince např. rodina, komunita. Patří sem např. modely Royové, Kingové, Neumannové. Modely interpersonálních vztahů řadíme mezi *interakční modely* a centrum zájmu tvoří sociální interakce a mezilidské vztahy. Ošetřovatelské postupy jsou v nich zaměřeny na zlepšení procesu socializace. Mezi jejich charakteristické znaky patří percepce, komunikace, role a sebekoncepce. Jedná se např. o model Orlandové a model Hildegard E. Peplau. *Humanistické modely* zase vycházejí z principů humanizmu, respektování lidských práv a práv pacientů. Jejich charakteristickými rysy jsou empatie, úcta k člověku, soucit, akceptace autonomie člověka. K humanistickým modelům patří např. model Nightingaleové, Abdellahové, model 14 elementárních potřeb V. Hendersonové. *Modely a teorie potřeb* (např. model Hendersonové a Abdellahové) se zaměřují na schopnost jedince uspokojovat své potřeby. Jedinec zde působí jako „*soubor potřeb*“ a ošetřovatelství je „*souborem funkcí*“ při saturaci deficitu v uspokojování potřeb. Uspokojování potřeb pacienta a výsledky ošetřovatelské péče v rámci ošetřovatelského procesu hodnotí *modely a teorie výsledků*. Autorkami těchto modelů jsou např. Levinová a Kingová. Levinová a Rogersová jsou autorkami *modelů energetických polí* zahrnujících koncepci energie v kontextu jedince a prostředí. Oremové teorie deficitu se péče je příkladem *modelů a teorií substituce* zaměřených na poskytování náhrady pacientovi za schopnosti, které ztratil nebo je není možné zaktivizovat. *Modely a teorie konzervace* zdůrazňují zachování příznivých okolností situace pacienta, který je ohrožen onemocněním či jiným problémem prostřednictvím příznivého jednání sestry (např. v modelu životních aktivit Nancy Roperové). V komunitním ošetřovatelství lze aplikovat třeba *modely a teorie posílení* zdůrazňující zlepšení kvality života klienta prostřednictvím posílení (všeho, co je nemocí oslabené). Rovněž pomoc nemocnému při jeho vyrovnávání se s poškozením zdraví prostřednictvím intervencí sestry zaměřených na podporu mechanismů potřebných k vyrovnávání se změnou, *tvoří modely podpory* Hendersonové, Levinové, Wiedenbachové. Z předchozí charakteristiky jednotlivých kategorií modelů je patrná možnost jejich implementace v ošetřovatelském procesu i v komunitním prostředí.

1.6 Klasifikační systémy v komunitním ošetřovatelství

Zeleníková (2011) uvádí, že klasifikační systémy ošetřovatelství jsou výsledkem dlouhodobého úsilí odborníků o standardizaci ošetřovatelské terminologie. Jedná se o poměrně nový fenomén rozvíjející se od poloviny 20. století. Podle Vörösové et al. (2007) je používání standardizované terminologie základním znakem ošetřovatelské profese v 21. století. První snahy o klasifikaci v ošetřovatelství jsou spojovány se jmény teoretiček Abdellahová a Hendersonová. Abdellahová ve svém modelu klasifikovala 21 ošetřovatelských problémů, které označovaly spíše terapeutické činnosti sestry, než zdravotní problémy pacienta či rodiny. Druhou klasifikaci základních, funkčních potřeb vytvořila v roce 1966 Virginia Hendersonová (Zeleníková, 2011).

Kontinuální proces vývoje klasifikačních systémů probíhá pod koordinací mezinárodních organizací, jako je Severoamerická asociace sester pro ošetřovatelské diagnózy – NANDA International (*North American Nursing Diagnosis Association*), Mezinárodní výbor sester – ICN (*International Council of Nurses*), Evropská asociace pro společné ošetřovatelské diagnózy, intervence a výsledky – ACENDIO (*Association for Common European Nursing Diagnosis, Interventions, Outcomes*) a další.

V současné době patří k neznámějším klasifikačním systémům ošetřovatelství Klasifikace ošetřovatelských diagnóz NANDA International, Klasifikace ošetřovatelských intervencí - NIC (*Nursing Intervention Classification*), Klasifikace ošetřovatelských výsledků - NOC (*Nursing Outcomes Classification*), Mezinárodní klasifikace ošetřovatelské praxe - ICNP (*International Classification for Nursing Practice*), Ošetřovatelský klasifikační systém pro komunitní zdraví - Omaha (*Omaha Nursing Classification System for Community Health*). Americká asociace sester - ANA (*American Nursing Association*) uznala 13 základních souborů dat a terminologií, které podporují ošetřovatelskou praxi: soubory dat: Základní soubor ošetřovatelských dat – NMDS (*Nursing Minimum Data Set*), Základní soubor dat ošetřovatelského managementu – NMMDS (*Nursing Management Minimum Data Set*), terminologie: NANDA, NIC NOC, ICNP, Omaha, Klasifikační systém klinické péče - CCC (*Clinical Care Classification System*), Soubor dat perioperačního ošetřovatelství - PNDS (*PeriOperative Nursing Data Set*), Soubor dat péče o pacienta - PCDS (*Patient Care Data Set*). Poslední jmenovaná terminologie v současnosti není aktuální a byla vyřazena z používání (Zeleníková, 2011).

Z hlediska významu klasifikačního systému se ztotožňujeme s tvrzením Zeleníkové (2011), že implementace standardizované terminologie v klinické ošetrovatelské praxi prezentuje podíl ošetrovatelské péče na dosažených výsledcích klienta – zviditelňuje ošetrovatelské intervence, zlepšuje komunikaci mezi sestrami a ostatními členy multidisciplinárního týmu, zlepšuje sběr a analýzu sestrami dokumentovaných informací za účelem hodnocení výsledků ošetrovatelské péče, zdůrazňuje dodržování standardů a napomáhá hodnocení ošetrovatelských kompetencí, umožňuje rozvoj klinických elektronických informačních systémů a elektronických záznamů o pacientovi.

1.6.1 Klasifikační systém ošetrovatelských diagnóz NANDA International

Klasifikační systém ošetrovatelských diagnóz *NANDA International* byl iniciován v USA a je spojen s vývojem ošetrovatelské diagnostiky. Ošetrovatelská diagnostika se stala součástí ošetrovatelského procesu vzhledem k nutnosti uspořádání a interpretace údajů získaných posuzováním (Zeleníková, 2011).

V roce 1973 na první konferenci o ošetrovatelské diagnostice v St. Louis byla poprvé definována ošetrovatelská diagnóza jako „*úsudek nebo závěr, který je výsledkem ošetrovatelského posuzování*“ (Carpenito, 1991). V roce 1982 byla založená Severoamerická asociace sester pro ošetrovatelské diagnózy – NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*). Posláním této profesní organizace je standardizace terminologie v oblasti ošetrovatelských diagnóz. V důsledku zvyšujícího se mezinárodního zájmu o rozvoj standardizované terminologie a členství různých zemí světa se její název změnil na NANDA International. NANDA terminologie byla postupně přeložená do mnohých jazyků a používáná ve více než 20 zemích světa (Zeleníková, 2011). Za účelem rozvoje standardizované ošetrovatelské terminologie spolupracuje NANDA I. s organizacemi zabývajícími se ošetrovatelskou terminologií na celém světě např. s Evropskou asociací pro společné ošetrovatelské diagnózy, intervence a výsledky – ACENDIO. Výsledkem jejich spolupráce by měla být Mezinárodní taxonomie ošetrovatelských diagnóz CNNC (*Conditions that Necessitate Nursing Care*), která se má v budoucnu stát součástí revidované Mezinárodní klasifikace nemocí – MKN (Boledovičová, Vörösová, 2009).

Klasifikační systém NANDA představuje taxonomii ošetrovatelských diagnóz. Jedná se o uspořádání ošetrovatelských diagnóz podle určitého principu s cílem vytvořit standardní názvy ošetrovatelských diagnóz. NANDA Taxonomie I (z roku 1977) byla založena na struktuře devíti vzorců lidských reakcí. Novější NANDA Taxonomie II z roku 2000 je založena na struktuře 13 diagnostických domén. Vychází z 11 funkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové a je doplněná o nové domény (bezpečnost – ochrana, komfort, růst a vývoj). Taxonomie II má 3 úrovně: domény, třídy a ošetrovatelské diagnózy se standardním číselným kódem (Marečková, 2006).

Každá ošetrovatelská diagnóza zařazená do klasifikačního systému NANDA – I Taxonomie II, se skládá z několika komponentů: *název diagnózy* prezentuje stručný a výstižný termín, který diagnózu pojmenovává. *Definice* popisuje diagnózu a odlišuje ji od podobných diagnóz, což má svůj význam při diferenciální diagnostice. *Definující charakteristiky (tzv. určující znaky)* předkládají pozorovatelné a měřitelné znaky konkrétní ošetrovatelské diagnózy, důležité z hlediska zaměření ošetrovatelských intervencí. *Související faktory* mohou mít určitou spojitost s ošetrovatelskou diagnózou. Potenciální ošetrovatelské diagnózy obsahují *rizikové faktory* zvyšující náchylnost jednotlivce, rodiny, komunity vůči zdraví škodlivé události. Aktuální klasifikační systém ošetrovatelských diagnóz NANDA - I Taxonomie II dle Zeleníkové (2011) uvádí pět typů ošetrovatelských diagnóz: *aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy*. *Syndromové ošetrovatelské diagnózy* (např. posttraumatický syndrom 00141) obsahují seskupení znaků a symptomů, které se téměř vždy vyskytují společně. *Ošetrovatelské diagnózy na podporu zdraví* vyjadřující motivaci jednotlivce, rodiny či komunity uskutečňovat specifické chování na podporu zdraví. *Wellness ošetrovatelské diagnózy* popisující reakce jedince, rodiny, komunity týkající se celkové subjektivní pohody a projevující snahu o zlepšení.

1.6.2 Klasifikace ošetrovatelských intervencí – NIC

Klasifikace ošetrovatelských intervencí (NIC) je komplexní, standardizovaná klasifikace intervencí vykonávaných sestrou (příp. jiným členem ošetrovatelského týmu) v průběhu ošetrovatelského procesu. Jedná se o soubor činností založených na klinickém rozhodování a vědomostech, které sestra uskutečňuje na zlepšení výsledků pacientů (Bulechek et al., 2013).

Výzkum v oblasti vývoje klasifikace ošetrovatelských intervencí byl iniciován v roce 1987 na Iowské univerzitě v USA pod vedením Joanne McCloskeyové a Glorie Bulechekové. První publikaci této klasifikace představil výzkumný tým v roce 1992 a od té doby se NIC aktualizuje a publikuje každé čtyři roky, nejnovější 6. vydání je z roku 2012 (Zeleníková, 2011).

Verze klasifikačního systému intervencí z roku 2008 obsahuje 542 intervencí a více než 12 000 činností uspořádaných do 30 tříd a 7 domén (Zeleníková, 2011). Každá intervence má kód (pro zjednodušené počítačové zpracování), název, definici a činnosti. Každá intervence obsahuje seznam 10-30 činností (Johnson et al., 2006), z kterých si může sestra vybrat činnosti vhodné pro konkrétního jedince, rodinu či komunitu, event. v případě potřeby přidat další činnosti dle vlastního úsudku (prvek individualizované péče). V klasifikaci jsou zahrnuty závislé i nezávislé ošetrovatelské činnosti, které sestra vykonává při přímé i nepřímé péči o pacienta. Intervence přímé péče jsou vykonávány v interakci s pacientem a činnosti nepřímé péče jsou vykonávány mimo pacienta, ale pro pacienta. Tyto činnosti (např. interdisciplinární spolupráce, nebo management prostředí klienta) podporují efektivnost intervencí přímé péče. V klasifikaci jsou zahrnuty *fyziologické i psychosociální intervence* (multidisciplinární význam implementace klasifikace), dále *intervence zaměřené na léčbu nemocí* (např. management hypoglykémie), *prevenci nemocí* (např. prevence pádu) a *intervence na podporu zdraví* (např. podpora cvičení). Většina intervencí je určena pro jednotlivce a jsou zde i intervence určeny pro rodiny (např. podpora integrity rodiny) a některé také pro komunitu. Pro svou komplexnost lze klasifikační systém ošetrovatelských intervencí implementovat v jakémkoliv typu zařízení (domácí péče, klinické pracoviště, hospicová péče, zařízení primární péče, atd.), u všech skupin klientů a ve všech typech specializací (Zeleníková, 2011).

1.6.3 Klasifikace ošetrovatelských výsledků – NOC

Komplexní standardizovaná klasifikace ošetrovatelských výsledků (NOC) byla vyvinuta za účelem hodnocení efektivnosti ošetrovatelských intervencí, resp. za účelem monitorování progresu v průběhu ošetrovatelské péče. Jak uvádí Zeleníková (2011), za průkopnici v oblasti hodnocení výsledků pacientů se považuje Aydelotteová, která jako první používala změny v charakteristikách pacienta za účelem hodnocení poskytované ošetrovatelské péče.

Výzkum v oblasti vývoje tohoto klasifikačního systému byl iniciován v roce 1991 na Iowské univerzitě v USA pod vedením Marion Johnsonové a Meridean Maasové a poprvé byl publikován v roce 1997 (Johnson et al., 2006). Rovněž jako klasifikace NIC, se aktualizuje a publikuje každé čtyři roky. Poslední publikace z roku 2008 obsahuje 385 výsledků uspořádaných do sedmi domén, 31 tříd a dále do podtříd (Zeleníková, 2011).

Výsledek ošetrovatelské péče je autory (Moorhead et al., 2008) definován jako „*měřitelný stav, měřitelné chování nebo vnímání jedince, rodiny nebo komunity, který je dlouhodobě a kontinuálně měřením sledován a který citlivě reaguje na ošetrovatelské intervence*“. Jednotlivé výsledky jsou přesně definovány, abecedně seřazeny a označeny kódem. Zahrnují soubor indikátorů (hodnotících fenoménů) a také hodnotící škálu Likertova typu pro erudované vyhodnocení dosažených výsledků. Současná klasifikace obsahuje 14 hodnotících škál. Klasifikační systém ošetrovatelských výsledků byl vytvořen za účelem využití ve všech zařízeních a ve všech specializacích. Je propojen s jinými klasifikačními systémy jako NANDA, NIC, Omaha systém a jiné.

1.6.4 Aliance NNN

Aliance NNN (nazývaná také 3N Aliance) má od svého počátku (od roku 2001) záměr vytvořit společnou jednotnou strukturu pro tři klasifikační systémy NANDA, NIC a NOC. Je výsledkem vzájemné spolupráce organizace NANDA International a Centra pro ošetrovatelskou klasifikaci a klinickou efektivnost (*Centre for Nursing Classification and Clinical Effectiveness*) zaměřenou na rozvoj NIC a NOC klasifikace na Univerzitě v Iowě. Za zakladatelky Aliance 3N se považují Dorothy Jonesová a Joanne McCloskeyová Dochtermanová. V roce 2002 na konferenci Aliance NNN v Chicagu byla navržena struktura Aliance 3N tak, aby představitelé NANDA, NIC a NOC mohli umístit ošetrovatelské diagnózy, intervence a výsledky do stejných tříd a domén. Používání jedné společné struktury může ulehčit propojení mezi diagnózami, intervencemi a výsledky (McCloskey Dochterman, et al., 2003). Dlouhodobým cílem je dospět k používání jedné spojené klasifikace složené z diagnóz, intervencí a výsledků, které budou organizovány v rámci jedné struktury, což může ulehčit implementaci standardizované terminologie do ošetrovatelské praxe a vzdělávání. Výsledkem práce Aliance NNN je Taxonomie ošetrovatelské praxe (*The Taxonomy of Nursing Practice*), kterou tvoří čtyři domény a 28 tříd (Zeleníková, 2011).

Jak uvádí Zeleníková (2011, s. 210) „*mezinárodní použitelnost klasifikačních systémů NANDA, NIC, NOC zvyšují validizační studie s cílem zakomponovat lingvistické a kulturní odlišnosti jednotlivých kultur do společné terminologie. Cílem validizace je zvýšení přesnosti ošetřovatelské diagnostiky, standardizace ošetřovatelské terminologie a zlepšení efektivnosti ošetřovatelských intervencí*“.

1.7 Systém Omaha

Vedení zdravotních záznamů v elektronické podobě, rozvoj poznatků na bázi praxe založené na důkazech, snaha o zvyšování kvality ošetřovatelské péče vyžaduje v komunitní praxi užívání jednotné ošetřovatelské terminologie. Přestože je ošetřovatelská péče přidružená s péčí medicínskou, potřebují sestry jasný a jednoznačný odborný jazyk k usměrňování ošetřovatelské praxe (von Krogh et al., 2005). Významným nástrojem regulace ošetřovatelské praxe je dokumentovaná podoba ošetřovatelských dat, jejichž zdrojem je standardizovaná a jasná terminologie zaručující kvantifikované a statisticky zpracovatelné validní záznamy ošetřovatelské diagnostiky, plánování péče, realizace činností a hodnocení efektu ošetřovatelské péče. Jednou z nejnámějších terminologií je Omaha systém, který byl vyvinut právě pro podmínky komunitní praxe (Martin, 2005). Tento systém představuje vhodný prostředek na přípravu dokumentace, posouzení klienta, skupiny a komunity, identifikaci problémů a rizik, realizaci a hodnocení ošetřovatelského procesu v komunitní praxi.

1.7.1 Vývoj systému Omaha

Vývoj systému Omaha spadá do 70. let 20. století v USA a představuje podle Martin (2005) novou éru v ošetřovatelské vědě. Podle Žiakové et al. (2009a, s. 95) „*patří mezi nejstarší ošetřovatelské klasifikace*“. Byl uveden do praxe na počátku roku 1970, kdy pracovníci Asociace návštěvních sester (*Visiting Nurse Association – VNA*) začali revidovat záznamy o klientech a soustředili se na problémově orientovaný přístup. Cílem bylo vytvořit metodiku dokumentování a rámec pro řízení informací.

V letech 1975-1986 sekce ošetřovatelství *U. S. Department of Health and Human Services* podpořila tři výzkumné projekty s cílem vytvořit strukturu a obsah komponent systému Omaha – schématu klasifikace problémů, schématu intervencí a škály pro hodnocení výsledků problému (Martin, 2005).

Národní institut pro výzkum v ošetrovatelství a Národní institut zdraví RO-1 v rámci grantu (v letech 1989-1993) podpořily čtvrtý výzkumný projekt zaměřený na testování reliability, validity a na využitelnost systému Omaha.

Pro uplatnění systému Omaha je podle Peťkové (2007) příznačná bohatost a rozmanitost. Domácí péče, veřejné zdraví a prostředí školské zdravotnické praxe byly prvními oblastmi, které tento systém uplatnily. V současnosti je systém Omaha nejvíce využíván v USA a to především v komunitní péči, vzhledem k nynější orientaci ošetrovatelství na podporu a udržování zdraví jednotlivců, rodin a komunit, prevenci onemocnění, stárnutí populace a přesun institucionalizované péče do komunitního prostředí. K hlavním uživatelům patří pracovníci ošetrovatelských center, poskytovatelé akutní péče, případoví manažeři, výzkumníci, pedagogové, informatici a jiní odborníci pracující v oblasti poskytování zdravotní péče.

1.7.2 Charakteristika systému Omaha

Systém Omaha je výzkumem vyvinutá a podložená, komplexní taxonomie nebo klasifikace vytvořená pro dokumentování péče od příjmu po propuštění (omahasystem, 2016). Představuje pracovní rámec pro multidisciplinární tým poskytující komunitní péči (Zamboriová, 2009a; Westra, 2010).

Podle Martinové (2005) obsahuje klasifikační systém tři vzájemně propojené komponenty/součásti: schéma klasifikace problémů (*Problem Classification Scheme*), schéma intervencí (*Intervention Scheme*) a škálu pro hodnocení výsledků problému (*Problem Rating Scale for Outcomes*). Tato komplexní klasifikace vytváří jasnou představu o klientových potřebách/ problémech, poskytované péči/intervencích a umožňuje měření a hodnocení výsledků poskytované péče. Hlavním přínosem je jednoduchost a komplexnost.

NANDA International (2013) charakterizuje systém Omaha jako systém obsahující tři komponenty – hodnocení (schéma klasifikace problémů), intervenci (schéma intervencí), výsledky (škála pro hodnocení výsledků problémů), ale nikoliv ošetrovatelské diagnózy s definovanými etiologiemi. Uvedený klasifikační systém je začleněn do ošetrovatelské struktury s propojením mezi diagnózami, intervencemi a výsledky v systémech NANDA, NIC a NOC.

V matici klasifikačních kritérií a jejich vyhodnocení, je systém Omaha charakterizován následovně (NANDA International, 2013, s. 141-147): systém byl založen jako klasifikace klinického/ošetřovatelského rozhraní z hlediska využívání péče a je částečně využitelná jako referenční terminologie. Ošetřovatelské diagnózy jsou popsány názvem a definicí a obsahují určující znaky (znaky/symptomy), související faktory v nich chybí. Částečně je popsán stupeň/závažnost ošetřovatelské diagnózy. V klasifikaci jsou uvedeny aktuální/problémové a rizikové diagnózy a diagnózy na podporu zdraví. Ošetřovatelské intervence jsou popsány názvem a definicí, pojem ošetřovatelských intervencí však není specifikován podle činností. Rovněž není popsán přidělený čas pro ošetřovatelské intervence a potřebná kvalifikace pro danou práci nebo úroveň vzdělání pro práci s ošetřovatelskými intervencemi. Ošetřovatelské výsledky jsou částečně popsány názvem a definicí, rovněž kritérium funkčnosti výsledků prostřednictvím indikátorů a škál měření výsledků je částečně naplněno. K dalším charakteristikám patří, že klasifikace částečně definuje fyziologické, psychosociální, spirituální, funkční a environmentální domény. Systém Omaha představuje rozsah odpovědnosti sester, jedná se o taxonomii vytvořenou sestrami, aby reprezentovala ošetřovatelskou praxi. Definuje péči, kterou potřebují jedinci, rodiny, skupiny a obyvatelstvo. Obsahuje směrnice pro používání klasifikace. Ošetřovatelské diagnózy, intervence a výsledky jsou kódovány pro účely počítačového zpracování. Klasifikace je částečně založená na ošetřovatelské struktuře/ošetřovatelských modelech/teoriích (systémový model Betty Neumannové). V mezinárodních databázích PubMed lze vyhledat publikované studie. Částečně je naplněno i kritérium vydání více ošetřovatelských učebnic pro smysluplné a bezpečné používání klasifikace jako integrální součásti mezinárodního ošetřovatelského kurikula, chybí vydané učebnice zabývající se klinickým rozhodováním a kritickým myšlením včetně studií o využívání klasifikace. Podle systematických literárních recenzí se nejedná o nejčastěji implementovanou klasifikaci, i když je uznávána Americkou asociací sester jako specifická pro ošetřovatelství a je začleněná do vydání UMLS Metathesaurus 2003 AA (*Unified Medical Language System*).

1.7.3 Komponenty systému Omaha

Tři komponenty (složky) systému Omaha – *schéma klasifikace problémů* – *schéma intervencí* – *škála pro hodnocení výsledků problému* – představují strukturu (koncepti) pro posouzení klientových potřeb/problémů, popisují intervence a měří (objektivizují, hodnotí) výsledky poskytované péče (Martin, 2005). Tato společná struktura se jeví jako efektivní a prospěšná z hlediska implementace standardizované terminologie do klinické praxe, výzkumu a vzdělávání. Využitím uvedených komponentů, je možné propojení těchto údajů s demografickými, ekonomickými, administrativními a osobními údaji. Autoři přirovnávají způsob používání systému ke skládačce „puzzle“, které výsledkem je, podle Peřkové (2007), realistický popis klientových potřeb, poskytnutých zdravotnických služeb a jejich výsledků.

1.7.3.1 Schéma klasifikace problémů

Schéma klasifikace problémů (*Problem Classification Scheme*) představuje strukturu, podmínky a systém pro standardizované posouzení jednotlivců, rodin a komunit (omahasystem, 2016). Podle Martinové (2005) poskytuje strukturu, jazyk a systém pro sběr, třídění, dokumentování, klasifikaci a analýzu údajů o klientovi. Jedná se o kompletní, uspořádanou, neúplnou, vzájemně nevylučující taxonomii nebo hierarchii s možností doplnění dalších informací. Poskytuje strukturu, podněty a vodítka, která napomáhají pečujícím/poskytovatelům péče shromažďovat, třídit, dokumentovat, klasifikovat, analyzovat, opakovaně ověřovat a komunikovat klientovy potřeby a požadavky. Je určena pro shrnutí subjektivních a objektivních údajů o klientovi. Tvoří „přemostění“ mezi diagnostikou a poskytováním péče. Použití schématu klasifikace problémů vychází dle Martinové (2005) z pěti předpokladů (asumpcí):

- pečující vytvářejí a udržují odpovídající interpersonální a komunikační dovednosti při péči o rozšiřující se spektrum péče o klienty jednotlivce, rodiny a komunity, s rozdíly v sociální, kulturní, spirituální oblasti, regionální, politické a ekonomické oblasti,

- potřeby či problémy jsou stanoveny z klientova pohledu – reflektují jednotlivce, rodinu, komunitu. Péče je zaměřena na jednotlivce, rodinu či komunitu a jejich aktuální, potenciální problémy či podporu zdraví a vychází z koncepce holismu,

- pohled na priority v péči se může lišit u příjemce a poskytovatele péče a klient by měl mít zájem a snahu o změnu. Lékařské diagnózy, laboratorní testy a etiologické či kauzální faktory onemocnění nejsou v klasifikaci zahrnuty, ale musí být brány v potaz, pokud je schéma užíváno. Schéma nenahrazuje jinou odbornou terminologii, spíše ji doplňuje a je kompatibilní s běžnou odbornou terminologií lékařskou i ošetřovatelskou,

- zdravotníci by měli mít dostatečné znalosti a dovednosti k odlišení podpory zdraví, potenciálních a aktuálních problémů, problémů v rodině či v komunitě,

- identifikace problémů je východiskem pro realizaci intervencí – jednotlivé problémy jsou esenciální/základní/nezbytnou komponentou Omaha systému. V případě vysoké priority problému musí pečující vytvořit plán péče, identifikuje hodnocení a aktivně spolupracuje s klientem na řešení problému. V případě identifikace problému s nízkou prioritou – postačí zaznamenat údaje a není třeba zahájit bezprostředně péči, ale vždy je nezbytné rozhodnutí správně racionalizovat a obhájit.

Schéma klasifikace problémů je členěno do čtyř úrovní: domény, problémy, přívlastky (nebo modifikanty), znaky a příznaky (Barton et al., 2003; Martin, 2005).

První úroveň tvoří *čtyři domény: environmentální, psychosociální, fyziologická a doména chování ve vztahu ke zdraví*. Tyto domény představují prioritní oblasti profesionálního zájmu v souvislosti se zdravím klienta. *Environmentální doména* poukazuje na materiální zdroje a fyzické prostředí (vnitřní a vnější) jednotlivce, rodiny či komunity. *Psychosociální doména* se zaměřuje na vzory chování, emoce, komunikaci, vztahy a rozvoj. *Fyziologická doména* zase na funkce a procesy udržující život a zdraví. *Doména chování ve vztahu ke zdraví* obsahuje aktivity na podporu a udržení zdraví, či prevenci vzniku onemocnění.

K doménám je přiřazeno v revidované verzi klasifikace z roku 2005 *42 pojmů tvořících druhou úroveň schématu klasifikace problémů*. Tyto pojmy představují problémy či ošetřovatelské diagnózy, oblasti potřeb či schopností jednotlivce, rodiny, komunity (Martin, 2005). V environmentální doméně se nachází čtyři potřeby/problémy (plat/výdělek, čistota, bydlení, susedství - okolí), v psychosociální doméně 12 potřeb/problémů (např. sociální kontakt, mezilidské vztahy, duševní zdraví, zneužívání, zanedbávání atd.). 18 potřeb/problémů se nachází ve fyziologické doméně (např. orální zdraví, bolest, trávení-hydratace, respirace, cirkulace, činnost močového měchýře, těhotenství, poporodní období, přenosná onemocnění apod.) a 8 potřeb/problémů v doméně chování ve vztahu ke zdraví obsahuje např. výživu, fyzickou aktivitu, dodržování léčebného režimu či plánované rodičovství.

Vzhledem k usměrnění plánování a poskytování ošetrovatelské péče je nutné specifikovat problém, jedná-li se o problém aktuální, potenciální nebo problém v oblasti podpory zdraví a jedná-li se o problém jednotlivce, rodiny nebo komunity. Tyto dva soubory modifikantů (přívlastků) problému tvoří třetí úroveň. První soubor modifikantů určuje kontinuum od zdraví po nemoc. Přívlastek „podpora zdraví“ („*Health Promotion*“) představuje pozitivní stav a absenci rizikových faktorů či znaků/příznaků. Přítomnost příznaků specifického problému poukazuje na výskyt aktuálního problému jednotlivce, či rodiny, komunity. Výskyt rizikových faktorů souvisí s existencí potenciálního problému. Druhý soubor modifikantů určuje, koho se problém týká, tzv. „*vlastníka problému*“ (jednotlivec, rodina nebo komunita).

Poslední úroveň v hierarchii schématu tvoří soubor znaků a příznaků identifikujících aktuální problém, eventuálně rizikové faktory, poukazující na výskyt potenciálního problému. Tato úroveň je nejméně komplexní a je připravena k doplňování (jsou v ní možné změny). K jednotlivým problémům jsou navrženy korespondující lékařské diagnózy z Mezinárodní klasifikace nemocí ICD (*International Classification of Diseases*), u kterých lze výskyt příslušného problému předpokládat, jak bylo uvedeno dříve (Martin, 2005).

System Omaha zahrnuje také směrnice pro používání schématu klasifikace problémů (Martin, 2005, s. 40-42). Dle doporučení lze schéma použít jako rámec pro holistické, komplexní posouzení (hodnocení) jednotlivce, rodiny a komunity – potřeb, problémů (aktuálních, potenciálních), znaků/příznaků a rizikových faktorů. Problémy mohou obsahovat intervence s nízkou nebo s vysokou prioritou (např. dodržování léčby je potenciální problém s vysokou prioritou bezprostředně po propuštění z nemocnice, kdy sestra pomáhá klientovi a rodině pochopit důležité informace např. v souvislosti s aplikací medikace a pomůckami nástroji ke zvýšení compliance). Identifikace problému představuje dynamický proces v průběhu ošetrovatelského procesu, přičemž je potřeba rozlišit klientův problém a lékařskou diagnózu. Při formulaci problému je potřeba uvést jeho tři části (např. *Cirkulace: Aktuální, Individuální*), tj. název problému (např. Cirkulace) a dva modifikanty (aktuální problém, individuální). U aktuálních problémů se doporučuje dokumentování znaků a příznaků (u potenciálních problémů či problémů na podporu zdraví se znaky a příznaky nestanovují). Při formulaci problému je potřeba odlišit příčinu problému od problému samotného (např. CMP je příčinou aktuálního problému neuro-muskuloskeletální dysfunkce a příznakem je porucha chůze...).

Rizikové faktory je potřeba rozlišovat od znaků a příznaků aktuálního problému (např. první zkušenosti s rodičovstvím mohou představovat rizikový faktor, ale nemusí být příznakem problému rodičovství).

1.7.3.2 Schéma intervencí

Schéma intervencí (*Intervention Scheme*) je navrženo k popisu a dorozumívání mezi členy multidisciplinárního týmu ve vztahu k prevenci onemocnění, zlepšení a obnově zdraví, snížení poškození a/nebo zajištění klidného umírání a smrti (omahasystem, 2016). Podle Martinové (2005) se jedná o komplexní, uspořádanou klasifikaci používanou k popisu činností a aktivit. Schéma intervencí zahrnuje činnosti, které jsou autonomní nebo nezávislé, tak jako i součinné a směřují k dosažení cíle plánu ošetrovatelské péče a dokumentování ošetrovatelských intervencí. Jsou vyvinuty pro specifický problém (jsou konkrétně orientované) a tvoří jakési „přemostění“ mezi ošetrovatelskými diagnózami a hodnocením výsledků péče. Použití schématu intervencí vychází rovněž z pěti předpokladů: poskytovatelé péče vybírají nejlepší kombinaci intervencí, přizpůsobují je klientovým potřebám a preferencím a efektivně plánují péči. Intervence vychází z praxe založené na důkazech. Schéma lze využít při tvorbě standardizovaných plánů. Výběr intervencí je založen na partnerském vztahu s klientem a respektuje jeho potřeby, hodnoty a priority. Jednotlivci, rodiny a komunity mají právo účasti na rozhodovacím procesu v plánování péče.

Schéma intervencí obsahuje tři úrovně: kategorie, cíle a informace specifické pro klienta.

První úroveň schématu intervencí tvoří *čtyři kategorie intervencí* – profesionálních činností a aktivit, vztahujících se ke specifickým problémům (Martin, 2005), a to v oblasti: *Edukace, vedení a poradenství - Teaching, Guidance, and Counseling*. Aktivity zahrnují poskytování informací, předvídání klientových problémů, podporování aktivit a zodpovědnosti klienta v péči o sebe sama, pomoc při rozhodování a řešení problému. Další kategorie intervencí je *Léčba a terapeutické postupy - Treatments and Procedures* a obsahuje praktické sesterské postupy jako např. péče o ránu, odběry biologického materiálu, podávání medikace atd. Kategorie *případový management - Case Management* se zaměřuje na koordinaci multidisciplinární péče.

Poslední kategorie *sledování - Surveillance* zahrnuje činnosti jako detekce, měření, kritická analýza, monitoring stavu jednotlivce, rodiny, komunity ve vztahu k daným podmínkám (Martin, 2005).

Druhou úroveň v hierarchii schématu intervencí tvoří 75 cílů intervencí seřazených v anglické verzi systému Omaha podle abecedy, které lze zahrnout do všech kategorií intervencí. Příkladem může být problém cirkulace, kdy v kategorii Edukace, vedení a poradenství může být cílem kardiologická péče a znaky/příznaky – fyzické. Znaky/příznaky – fyzické se často vyskytují i v kategorii intervencí „*Léčba a terapeutické postupy*“ jako i v kategorii „*Surveillance*“. Cíle intervencí obsahují název a definici. Např. cíl intervence „*převaz/péče o ránu*“ (*dressing change/wound care*) je definován jako „*činnosti podporující hojení rány a prevenci infekce jako je pozorování, měření, čištění, irigace a/nebo krytí rány, léze nebo incize*“ (Martin, 2005, s. 374).

Třetí úroveň tvoří informace specifické pro klienta (*Client-specific Information*). Jsou vytvořené samotnými poskytovateli a jsou pokládány za nejkonkrétnější.

System Omaha obsahuje také směrnice pro používání schématu intervencí (Martin, 2005, s. 42-43). Dle tohoto doporučení má použití schématu v klinické praxi dva významy: vytvoření plánu intervencí ošetrovatelské péče a dokumentování provedené péče „*lege artis*“ (autonomie ošetrovatelské profese, zodpovědnost a kompetence sester). Široké spektrum využití dokládají intervence vyvinuté pro členy multidisciplinárního týmu. Časový rámeček ošetrovatelského plánu intervencí je různý v závislosti od aktuálních či potenciálních problémů klienta, organizace a typu péče... Plán péče a intervence je potřeba dokumentovat ve třech částech: kategorie, cíl, informace specifická pro klienta (např. pro problém Neuro-muskulo-skeletální dysfunkce dokumentoval fyzioterapeut v kategorii Léčba a terapeutické postupy, cíl fyzioterapie (*physical therapy care*) a informaci specifickou pro klienta omezený rozsah pohybu v levém rameni). Objektivní a subjektivní údaje je potřeba odlišit od intervencí (např. pokud máme pacienta s hypertenzí – dokumentuje se objektivní hodnota naměřeného krevního tlaku v kategorii „*Surveillance*“, v případě výskytu signifikantních změn v hodnotách krevního tlaku – se dokumentuje intervence v kategorii „*Case Management*“). Pro problémy s vysokou frekvencí výskytu je vhodné vytvořit standardizovaný plán ošetrovatelské péče.

1.7.3.3 Škála pro hodnocení výsledků problémů

Škála pro hodnocení výsledků problému (*Problem Rating Scale for Outcomes*) představuje systematický rámec vyvinutý k měření (kvantifikaci, objektivizaci) klientova pokroku ve vztahu k identifikovanému specifickému zdravotnímu problému (Barton et al., 2003; Martin, 2005) jako i ve vztahu k efektivitě plánovaných intervencí v plánu péče. Podle Martinové (2005) tvoří jakési přemostění mezi klientovými problémy a poskytovanou péčí a poskytuje praktický návod pro pečující v praxi. Nabízí kvantitativní metodu dokumentování od příjmu po propuštění. Vzhledem k jednoduchému a rychlému použití je klasifikace v praxi snadno implementovatelná a lze jí využít ve všech fázích ošetrovatelského procesu, přičemž je kompatibilní s dalšími hodnotícími indikátory a terminologií.

Škála pro hodnocení výsledků problému identifikuje tři dimenze - *vědomosti, chování a stav* pomocí *pěti-bodové stupnice Likertovy škály*. Evaluace vychází z předpokladu, že v interakčním vztahu klient – poskytovatel péče/pečující dochází k ovlivnění toho, co pacient zná (vědomostí), co dělá (chování) a jaký je jeho stav. Cílem *subškály hodnotící vědomosti* je určit rozsah schopností klienta v oblasti schopnosti porozumění, zapamatování a interpretace získaných informací. *Subškála hodnotící chování* je zaměřena na objektivizaci reakcí, činností nebo aktivit (popř. dovedností) klienta. Cílem *subškály hodnotící stav* je určit, jak se klientův stav zlepšil, stabilizoval nebo zhoršil na základě subjektivních a objektivních charakteristik (znaků/příznaků). Škála pro hodnocení výsledků problému obsahuje bodové i slovní hodnocení a je koncipovaná tak, že v ní nelze určit kompletní výslednou hodnotu (Martin, 2005).

Ve směrnících k použití škály pro hodnocení výsledků problému (Martin, 2005, s. 43-44) jsou uvedeny následovná doporučení: škála je vhodná pro hodnocení dosažených cílů poskytované péče, vhodnosti intervencí a měřitelných změn. U každého problému klienta/rodiny či komunity lze hodnotit všechny tři ukazatele (vědomosti, chování a stav) anebo pouze některé z nich. Pro jednotlivá hodnocení výsledků problému je vhodné stanovit časový úsek (týdně, měsíčně, každé dva měsíce...) jak pro primární hodnocení, tak pro rescreening. Hodnocení musí vždy objektivizovat reálné hodnoty vědomostí, chování a stavu. Objektivizace údajů vychází z pěti-bodové Likertovy škály. V případě hodnocení potenciálního problému – hodnocení stavu musí být 5 – „*příznaky jsou nepřítomny*“.

V případě aktuálního problému – hodnocení stavu může být v rozmezí 1- 4, vždy se dokumentují celé hodnoty (nelze zaznamenat hodnotu např. 2,5). Pokud se hodnotící osoba nemůže rozhodnout mezi hodnotou 2 a 3 – je vhodné označit nižším číslem. Hodnocení je založeno na participaci klienta, jeho okolí, event. dalších členů multidisciplinárního týmu. V případě hodnocení stavu klienta je vhodné využití objektivizujících škál (např. MMSE, škálu Bradenové aj.). Vhodné je také dokumentování předpokládaných výsledků, kterých má být dosaženo, přičemž je preferováno označení „*předpokládané či očekávané výsledky*“ než označení cíl. Je třeba zdůraznit, že většina pečujících v této souvislosti uvádí očekávané hodnocení s číslem 5 i přesto, že to není reálné pro jednotlivce, rodinu či komunitu. Očekávané výsledky by měly být jasně označeny a odlišeny od vlastního průběžného hodnocení.

1.8 Gastroenterologie a hepatologie v komunitní praxi

Gastroenterologie a hepatologie představují významné podobory medicíny a v systému aplikovaných oborů ošetrovatelství spadají do interního ošetrovatelství. I když ošetrovatelství v gastroenterologii a hepatologii není dosud vyčleněno jako samostatný aplikovaný obor, jeho cílem je poskytování komplexní ošetrovatelské péče jednotlivcům, rodinám a skupinám s výskytem onemocnění gastrointestinálního a hepatobiliárního systému. Již v úvodu práce byla nastíněna diferenciacie komunitní péče podle zaměření a činností na dva základní modely, a to: ošetrovatelství orientované na zdraví komunity a ošetrovatelství orientované na komunitu.

Podle této diferenciacie je následující kapitola zaměřena právě na ošetrovatelství orientované na komunitu (*community based nursing*), jehož cílem je péče o nemocné (akutně/chronicky) jednotlivce, rodiny a skupiny a poskytování diagnosticko-terapeutických a ošetrovatelských výkonů v komunitních zdravotnických zařízeních (např. v gastroenterologické poradně), v tomto případě s aplikací na nemocné s výskytem onemocnění gastrointestinálního a hepatopankreatobiliárního systému. V této souvislosti se profiluje i nová role komunitní sestry při poskytování komunitní péče v gastroenterologii a hepatologii. Jedná se o autonomní roli sestry působící ve vybrané (specifické) komunitě v oblasti prevence, výchovy ke zdraví, péči o zdraví, v edukační činnosti se skupinami a v péči o akutně či chronicky a nevléčitelně nemocné.

Podle Nádaské a Peřkové (2009) pracuje komunitní sestra autonomně a samostatně, přičemž rozsah jejího specifického profesionálního působení se může podle členů komunity rozšířit na oblasti, které pomáhají řešit aktuální nebo potenciální problém specifické komunity. Při vymezení úloh sester v komunitě klientů s gastroenterologickým onemocněním lze použít dělení podle Hanzlíkové et al. (2007) na *podpůrné působení* (zdravotní uvědomění a zodpovědnost klienta za vlastní zdraví jsou pouze částečné a potřebují korekci či doplnění), *edukaci* (v případě absence či výskytu nesprávných vědomostí, zručností a schopností klienta v péči o vlastní zdraví) a *péči v plném rozsahu* (v případě nesoběstačnosti a závislosti klienta).

1.8.1 Charakteristika onemocnění gastrointestinálního traktu

Trávicí ústrojí je podle Žáka et al. (2011) po morfologické i funkční stránce výjimečné. Schematicky jej tvoří trubicový trakt rozdělen několika svěrači anatomicky i funkčně do několika odlišných úseků. Z hlediska funkce je primárně zdůrazňována úprava a příprava složek potravy k resorpci, vstřebávání jak energetických substrátů, tak i všech vitaminů, minerálů a vody. Tyto procesy následně ovlivňují acidobazickou rovnováhu, plazmatickou koncentraci iontů ve svalových a nervových buňkách. Resorpce vody zajišťuje adekvátní hydrataci organismu, pH a osmolaritu tělesných tekutin (Lukáš, 2011). Trávicí ústrojí tvoří typický bariérový orgán s neustálou expozicí patogennímu obsahu s významnou imunitní funkcí.

Onemocnění trávicího systému zahrnují široké spektrum nemocí, vzhledem k rozsahu a složitosti tohoto systému. V klinické praxi gastroenterologie sem patří onemocnění funkční a organická. Nejčastěji se sestra setkává v komunitní praxi se *zánětlivými nemocemi* (bakteriální, virové i parazitární etiologie, imunitně podmíněnými záněty) a *nádorovými nemocemi*. Lukáš (2011, s. 239) uvádí, že „v žebříčku celostátní mortality jsou nádorová onemocnění trávicího ústrojí až na 6. místě“. K poměrně častým patří *funkční poruchy* gastrointestinálního traktu, *vrozené poruchy a anomálie* či *cévní poruchy* gastrointestinálního systému (např. ischemické poruchy tlustého střeva). Dále jsou to nemoci vyvolané *endogenními a exogenními faktory*. Pro lepší orientaci charakterizujeme jednotlivé typy onemocnění dle orgánového postižení.

1.8.2 Charakteristika onemocnění jícnu

K hlavním kategoriím onemocnění jícnu patří podle více autorů (Lukáš et al., 2005; Dítě et al., 2007; Zavoral et al., 2007; Navrátil et al., 2008; Žák et al., 2011) *poruchy motility jícnu* (např. achalázie, refluxní choroba jícnu), *infekční nemoci jícnu* (např. mykotické infekce, infekce při AIDS), *nádory jícnu, vrozené poruchy a anomálie jícnu* (např. atrézie, ezofagotracheální píštěle, Zenkerův divertikl). Dále jsou to nemoci vyvolané *endogenními faktory* (např. náhradou dlaždicového epitelu jícnu epitelem cylindrickým u Barretova jícnu, jícnové varixy vyvolané portální hypertenzí, vazivové změny jícnu jako následek zánětu) a *exogenními faktory* (např. perforace a ruptura jícnu vyvolaná traumatem nebo radiační zánět jícnu po radioterapii apod.).

Holubová et al. (2013) charakterizuje *symptomatologii jícnových příznaků*, které lze posoudit sestrou v rámci první fáze ošetřovatelského procesu. Typické pro všechny nemoci jícnu jsou *dysfagie (poruchy polykání)*, které se dělí na horní (tzv. orofaryngeální s poruchou posunu sousta z úst do jícnu). Dítě et al. (2007) poukazuje v této souvislosti na další příznak – *regurgitaci* (retrográdní návrat obsahu jícnu do úst), někdy i s rizikem aspirace. Dolní dysfagie (tzv. jícnová) je charakterizována poruchou přechodu sousta z jícnu do žaludku (např. při dyskinézi dolního jícnového svěrače). Subjektivně může být dysfagie spojená s *odynofagií*, neboli bolestivým polykáním. K dalším příznakům patří *pyróza* (častá při gastroezofageálním reflexu) prezentována jako palčivý pocit za hrudní kostí vyzařující do jugula, úst, do zad a na různá místa hrudníku. Z tohoto důvodu je důležité odlišení bolestí na hrudi gastrointestinálního původu a kardiálního původu. Život ohrožujícím příznakem je *krváčení z jícnu*, projevující se hematemézou (melénou nebo okultním krvácením) zvláště u jícnových varixů. Nemoci jícnu se mohou projevit i zcela nespecifickým příznakem jako je *halitóza* (zapáchající dech, který má původ mimo dutinu ústní), či tzv. *foetor ex ore* při stagnaci obsahu jícnu či žaludku, divertiklech atd. Lukáš a kol. (2005) doplňuje symptomatologii o tzv. „*mimojícnové příznaky*“ při refluxní chorobě jícnu týkající se oblasti hlavy a krku (např. pocit suchosti v krku, zvýšená kazivost zubů, bolesti v uších), oblasti dýchacích cest (např. chrapot, opakované plicní infekce, astma bronchiale) či postižení bloudivého nervu (např. bradykardie, bronchokonstrikce).

V diagnostice onemocnění jícnu se nejvíce uplatňují podle Štrincla (2013) metody zaměřené na poruchy funkce, a to *jícnová pH-metrie a jícnová manometrie*.

Ze zobrazovacích metod má význam *endoskopie* (ezofagoskopie) umožňující diagnostické zákroky (např. chromodiagnostika) či terapeutické zákroky (např. klíšťová biopsie jícnu, ligace a sklerotizace jícnových varixů, radiofrekvenční ablace Barretova jícnu, extrakce těles, dilatace lumen či zavádění stentů). *Endoskopická ultrasonografie horní části gastrointestinálního traktu* je indikována při podezření na patologii v jeho stěně a okolí. Z rentgenologických metod je nezbytnou součástí diagnostiky *RTG jícnu* (tzv. polykací akt), *multidetektorové CT a MR*. Radionuklidová vyšetření mají v gastroenterologii menší význam. Pro posouzení průchodnosti a motility jícnu lze využít *dynamickou scintigrafii jícnu*.

Léčba onemocnění jícnu se dělí v závislosti na její etiologii a klinickém obrazu na léčbu konzervativní a chirurgickou.

Konzervativní léčba zahrnuje *režimová opatření* (např. redukce nadváhy, omezení zvyšování tlaku břišního lisu, vyloučení kouření, spánek s podložením horní části lůžka, omezení skrčení, vodorovné či ohnuté polohy po jídle, upozornit na nebezpečí užívání některých léků jako salicyláty, analgetické směsi, nesteroidní antirevmatika), *zásady úpravy stravy a farmakoterapii*. Z hlediska dietologických opatření doporučuje Novotná (2013) změnu konzistence stravy při současném udržení dobrého nutričního stavu. K základním zásadám patří snížení velikosti porcí, omezení pozdního jídla a jídla v noci, omezení čaje, kávy, citrusů, čerstvého kynutého pečiva a dalších dráždivých pokrmů (sladká jídla, česnek, alkohol, čokoláda či pepermintové pochutiny), doporučuje se žvýkání žvýkaček bez cukru pro podporu tvorby slin a neutralizaci žaludeční kyseliny chlorovodíkové (Novotná, 2013, s. 213). V závažných situacích (stenózy, karcinomy jícnu) je vhodná parenterální či enterální výživa. Při farmakologické léčbě se uplatňuje podle Dítěte (2008) více indikačních skupin léků, např. antacida, prokinetika, blokátory protonové pumpy, H₂-blokátory. Holubová a Novotná (2013, s. 253-261) uvádí specifika při jejich perorálním způsobu užití, o kterých je nezbytné pacienta předem edukovat.

Chirurgická léčba je indikovaná při selhání či nemožnosti konzervativní léčby. Provádí se např. klasická chirurgická terapie u refluxní choroby jícnu podle Nissena, Nissena-Rossettiho, Toupet (Dítě, 2008) nebo se provádí laparoskopická antirefluxní plastika a ošetření hiátového defektu. V současnosti lze určité výkony provést laparoskopicky miniinvazivní technikou (např. Hellerova myotonie při achalázii, laparoskopická antirefluxní plastika při reflexní chorobě jícnu) či endoskopicky (např. extrakce cizího tělesa, dilatace jícnu atd.).

1.8.3 Charakteristika onemocnění žaludku

V komunitní péči v gastroenterologii se sestra poměrně často setkává s nemocemi žaludku, mezi něž řadíme převážně *peptický vřed žaludku a duodena*, *nádorové onemocnění žaludku*, *zánětlivé onemocnění žaludku* a z funkčních poruch jsou to zejména *žaludeční dyspepsie* (Dítě et al., 2007; Navrátil et al., 2008).

Vörösová et al. (2005) definuje *vředovou chorobu gastroduodena* jako multifaktoriální polyetiologický stav, při kterém působením trávicích šťáv vznikají ulcerace na sliznici. Při poškození povrchu sliznice se jedná o erozii, při poškození hlubších vrstev jde o vředy.

Podle Dítěte et al. (2007) se uplatňují při vzniku peptického vředu dvě skupiny činitelů: *faktory agresivní* přispívající k autodigesci žaludeční sliznice (např. acidopeptický účinek žaludeční šťávy, výskyt *Helicobacter pylori*, ulcerogenní vliv některých léků, porucha mikrocirkulace ve sliznici a submukóze žaludku, duodenogastrický reflux, škodlivý vliv kouření, výrazný vliv mají právě psychické faktory) a *faktory protektivní* - chránící sliznici (normální skladba a přiměřené množství žaludečního hlenu, mikrocirkulace v žaludeční sliznici, alkalická sekrece v žaludeční šťávě, regenerační schopnost žaludečních buněk a normální sekrece endogenních prostaglandinů). Podle Navrátila a kol. (2008) se porušením rovnováhy agresivních a protektivních činitelů vytváří terén pro vznik onemocnění. Nebezpečí vředové choroby spočívá v komplikacích jako krvácení z vředu, penetrace, perforace vředu a stenóza pyloru, vyžadujících si urgentní endoskopické, event. chirurgické řešení.

Při *nádorovém onemocnění žaludku* se může jednat z histologického hlediska o *benigní nádory* tzv. polypy či o *zhoubné nádory* tzv. karcinom žaludku představující asi 95% malignit žaludku podle Navrátila a kol. (2008). V etiopatogenezi onemocnění mají význam podle Žáka et al. (2011) kancerogeny obsažené v potravě (nitrosaminy, benzpyren), dále popisuje význam genetické zátěže a pozitivitu *Helicobacter pylori*.

Akutní gastritida (syn. gastroenteritida, akutní dyspepsie) je podle Dítěte et al. (2007, s. 260) „označení pro akutní stavy se zřetelnou žaludeční (a střevní) symptomatologií“. V mnoha případech se jedná o nepřesný termín, jelikož je zánětlivá podstata mnohdy neprokázána, jindy u zánětů infekčních může zastírat pravou podstatu onemocnění (např. salmonelózy). Z hlediska etiopatogeneze se jedná podle Navrátila a kol. (2008) nejčastěji o infekce či alimentární vlivy.

V symptomatologické charakteristice tzv. „žaludečních příznaků“ upozorňuje Douđa (2013) sestry na posouzení obecného příznaku - *břišní bolest*. Je potřeba se zaměřit na posouzení její vlastností – lokalizaci, vyzařování, trvání, závislost na jídle či defekaci a vyvolávající/ulevující faktory. Bolest je dominující příznak právě u vředové choroby gastroduodena. Klinický obraz bolesti duodenálního a žaludečního vředu je rozdílný. Při duodenálním vředu je charakteristická bolest v epigastriu, s možností iradiace pod pravý žeberní oblouk, event. do zad při lokalizaci na zadní stěně. Vyskytuje se zejména nalačno, ustupuje po požití stravy a podání antacid, jelikož průvodním příznakem je i *pyróza*. V důsledku pyrózy je častým příznakem i zvracení, po kterém se dostavuje úleva. K typickým příznakům žaludečního vředu patří podle Laty a kol. (2010) epigastrická bolest časně po jídle, nechutenství, nevolnost, zvracení a hubnutí. K dalším příznakům řadí Douđa (2013, s. 59) *horní dyspeptický syndrom* označován jako „žaludeční dyspepsie“, přičemž jej popisuje jako „soubor obtíží a příznaků souvisejících s příjmem potravy a časnými fázemi trávení“. Zahrnuje nechutenství, předčasnou sytost, plynatost a tlak po jídle, neuspokojivé odřihnutí či pomalé trávení. Významným příznakem žaludečního dyskomfortu je *zvracení*, u kterého je nutné hodnotit vybavující podnět, množství a frekvenci zvracení, vzhled, příměsi a zápach zvratků. Alarmujícím příznakem je *krváčení ze žaludku* projevující se hematemézou, melénou (při masivním krvácení a rychlé pasáži trávicím ústrojím enteroragií) nebo okultním krvácením.

Diagnostika onemocnění žaludku vychází podle Štrincla (2013) z anamnézy a fyzikálního vyšetření. Zahrnuje laboratorní vyšetření (biochemické, hematologické, mikrobiologické), zobrazovací metody (abdominální ultrasonografie, RTG žaludku s kontrastní látkou), při kterých má nezastupitelné místo gastroduodenoskopie. V průběhu tohoto vyšetření lze provést výkony jako klíšťová biopsie, ureázový helicobacterový slizniční test či urgentní stavění krvácení zejména ulcerózního původu. Pro komplexní staging nádorů, zánětů, povahu a rozsah lumenálních a extralumenálních patologií se využívá CT. V současnosti lze využít i moderní, neinvazivní metody diagnostiky v gastroenterologii – tzv. „dechové testy“ založené na použití specifického substrátu s navázaným markerem, který se po přeměně v zažívacím traktu vylučuje ve formě plynu vydechováním. Využívají se dva typy dechových testů – s vodíkem (H₂) nebo stabilním izotopem uhlíku (C¹³) k detekci *Helicobacteru pylori* (Štrincl, 2013).

U výše zmíněných nemocí žaludku se opírá léčba o konzervativní i chirurgické postupy.

Nefarmakologická léčba je podle Poledníkové (2005) zaměřená na dodržování zásad racionální životosprávy a výživy. V léčebném režimu vředové choroby gastroduodena doporučuje Dítě et al. (2007) fyzický a psychický klid a odstranění zdrojů psychické tenze, antistresové aktivity, zákaz kouření, individuální posouzení pracovní neschopnosti, event. hospitalizace, lázeňskou léčbu. Dietologický přístup u vředové choroby žaludku je podle Novotné (2013) podobný jako u refluxní choroby jícnu. Autorka přitom uvádí, že „zásadní význam v ovlivňování průběhu této nemoci má v současnosti především farmakoterapie“ (Novotná, 2013, s. 213). Dietní postupy odpovídají šetřící dietě a vylučují v současnosti mléko a mléčné výrobky, dráždivou kořeněnou stravu, smažená a mastná jídla. Z obecných pravidel se doporučuje rozdělit jídlo na 6-8 porcí denně, individuální výběr potravin, nepoužívat horká nebo mražená jídla, zákaz alkoholu a kávy. Dietní postup při akutní gastritidě spočívá v dietě nihil per os a parenterální výživě, v závislosti od klinického stavu se přistupuje k postupné realimentaci.

Medikamentózní léčba vředové choroby gastroduodena obsahuje zejména antiulcerotika (inhibitory protonové pumpy), při eradikaci *Helicobacteru pylori* i v kombinaci s antibakteriálními přípravky (makrolidy, penicilíny). Efekt léčby se posuzuje klinicky, endoskopicky, event. dechovým testem (Navrátil a kol., 2008). Dále se podávají inhibitory H₂-receptorů, antacida, antiemetika či prokinetika. Při akutních gastritidách se uplatňuje zejména infuzní rehydratační léčba, antiemetika, prokinetika a při výskytu kolikovitých bolestí spasmolytika (Dítě et al., 2007).

Chirurgická léčba je podle Navrátila a kol. (2008) indikována u komplikací vředové choroby gastroduodena (nezvládnutelné či recidivující krvácení, perforace, penetrace), je jedinou nadějí na plné uzdravení při zhoubném nádoru žaludku (Dítě et al., 2007). Obvykle se provádí subtotální resekce žaludku, výjimečně totální gastrektomie s následnou adjuvantní chemoterapií pro zničení předpokládaných mikrometastáz. U inoperabilních nádorů obturujících pylorus se provádí odlehčující gastroenteroanastomóza s následnou cytostatickou léčbou.

1.8.4 Charakteristika onemocnění tenkého střeva

K onemocněním tenkého střeva u dospělých s poměrně častou frekvencí výskytu v komunitní péči v gastroenterologii lze přiřadit *malabsorpční syndrom* a *celiakální sprue*.

K dalším příčinám dispenzarizace nemocných v gastroenterologické poradně patří tzv. *syndrom krátkého střeva* po rozsáhlých resekčních výkonech na tenkém střevě a *divertikly tenkého střeva*.

Lukáš a kol. (2005, s. 81) definuje malabsorpční syndrom jako „*soubor příznaků vyskytující se u řady onemocnění, vedoucích ve svém průběhu k poruše některých funkcí trávicí trubice, především tenkého střeva*“. Podle Navrátila a kol. (2008) je tento stav vyvolaný neschopností tenkého střeva využít části potravy pro organismus. Zahrnuje *malabsorpci* (poruchu vstřebávání), *maldigesci* (poruchu trávení) a *malasimilaci* (kombinace předchozích stavů). Vzhledem k četnosti a různorodosti příčin malabsorpce je podle Dvořáka (2005) pro praxi nejvýhodnější dělení na *primární a sekundární malabsorpci*. Primární malabsorpční syndrom spočívá v poruše enterocytů (celiakální sprue) a sekundární malabsorpce může být podmíněna multifaktoriálně (např. syndrom krátkého střeva, postradiační enteritida, záněty, nádory, endokrinní choroby atd.). Klinicky se projevuje podle Lata et al. (2010) příznaky *střevními* (průjem s výskytem steatorey, meteorismus, flatulence), *karenčními* (hubnutí, otoky z hypoproteinémie, anémie, poruchy krevní srážlivosti, osteoporóza apod.) a příznaky vlastní nemoci, které mohou být nenápadné a těžko odlišitelné, což stěžuje diagnostiku etiologie (Dítě et al., 2007).

Celiakie je celoživotní poruchou tolerance bílkoviny gliadinu (Navrátil a kol., 2008), charakterizována autoimunitním zánětlivým poškozením sliznice tenkého střeva (atrofie klků a hypertrofie Lieberkühnských krypt), malabsorpcí a klinickým zlepšením stavu pacienta při bezlepkové dietě (Lata et al., 2010). Onemocnění se častěji manifestuje v dětství, může se projevit v jakémkoli věku. Dítě et al. (2007) mluví o heterogenitě klinického obrazu, přičemž pouze 20-30 % nemocných má aktivní klinickou formu (malabsorpce s průjmy) a 70-80 % případů celiakie v dospělosti tvoří neaktivní, nedagnostikovaná forma onemocnění.

Diagnostika malabsorpčního syndromu a celiakální sprue se opírá o funkční testy, morfologická vyšetření a specializovaná vyšetření (Dítě et al., 2007). Z funkčních testů se používají v praxi testy zaměřené na vstřebávání různých látek (cukrů, tuků, bílkovin, železa, vit. B₁₂, žlučových kyselin). Z laboratorních metod se využívá podle Štrincla (2013) sérologické a imunologické vyšetření různými metodami, nejčastěji ELISA, western blotting, imunoanalýzy. V zobrazovacích metodách se uplatňuje enteroskopie (např. kapslová enteroskopie) a enterobiopsie tenkého střeva s rozborem histomorfologickým a histochemickým.

RTG vyšetřovací metodu enteroklýzu dnes nahrazuje spíše CT-enteroklýza či MR. Ze specializovaných vyšetření se uplatňuje vyšetření autoprotilátek proti gliadinu, antiendomyziální protilátky a tkáňová transglutamináza (Dítě et al., 2007).

Jedinou plnohodnotnou léčbou je trvalá bezlepková dieta. Podle Novotné (2013) je důležité eliminovat všechny potraviny obsahující lepek (např. pšenice, žito, ječmen, oves, tzn. mouku, kroupy, vločky, běžné pečivo a chléb) a zakázané potraviny nahradit rýží, kukuřicí, bramborami, kukuřičným a bramborovým škrobem, sójou, amarantovou moukou, cizrnou, prosem. Mezi tzv. „bezpečně bezglutenové“ potraviny patří maso, vejce, mléčné výrobky, ovoce a zelenina. Jídla se mohou vařit, dusit, péct a občas i smažit. Je nutné se vyvarovat výskytu glutenu např. v některých lécích, žvýkačkách, polévkách či v hořčici.

1.8.5 Charakteristika onemocnění tlustého střeva

Idiopatické střevní záněty a nádorová onemocnění patří k nejčastějším onemocněním tlustého střeva v komunitní péči v gastroenterologii. Idiopatické střevní záněty – ulcerózní kolitida a Crohnova nemoc dominují svým výskytem právě v mladší a střední dospělosti, kdežto nádorová onemocnění ve střední a starší dospělosti (Lata et al., 2010).

Ulcerózní kolitida (syn. proktokolitida, idiopatická kolitida, idiopatická hemoragická kolitida) je charakterizována zánětlivým postižením sliznice tračníku. Dítě (2008) uvádí, že tyto zánětlivé změny se mohou šířit pouze při komplikacích typu fulminantní kolitidy a toxického megakolon i na hlubší vrstvy stěny. Incidence této choroby se v ČR pohybuje v rozmezí 6,8-8,0/100 000 obyvatel/rok, s častějším výskytem u žen, mezi 20.-40. rokem života (Dítě, 2008; Lata et al., 2010). Etiologie není dosud objasněna, dominující postavení mají dnes imunologické teorie, nelze vyloučit i genetické vlivy.

Lata et al. (2010) rozlišuje v klinickém obrazu nemoci čtyři ukazatele - *průběh a vývoj, formu, aktivitu choroby a komplikace (mimostřední příznaky)*. Z hlediska průběhu označujeme počátek nemoci jako první ataku, klidovou fázi jako remisi a další vzplanutí jako relaps. Dojde-li k projevům choroby na dosud nepostiženém úseku střeva – hovoříme o recidivě. Z hlediska rozsahu se může jednat o proktitidu (postižení rekta), proktosigmoiditidu (rektum a sigma), další typ označován jako levostranný postihuje rektum, sigmu a colon descendens. Při postižení celého střeva mluvíme o pankolitidě.

Lokalizace nemoci bývá spojena s různými klinickými příznaky. Při postižení rekta se objevuje tzv. **rektální syndrom** (nutkavý pocit defekace s odchodem malého množství stolice nebo jen hlenů, krve či hnisu). U levostranného postižení je typický tzv. **kolitický syndrom** (nutkavý pocit defekace s odchodem kašovité nebo vodnaté stolice s příměsí krve a hlenů). Při pankolitidě se vyskytují **příznaky celkové** (subfebrílie a febrílie, váhový úbytek, anémie, celková alterace stavu). Jako *komplikace tohoto onemocnění* označují autoři (Dítě, 2008; Zbořil, Prokopová, 2010) krvácení, perforaci střeva, stenózy, neoplastické změny a toxické megakolon, přičemž většina z nich si vyžaduje chirurgickou intervenci. Podle Bureše (2007) se vyskytuje právě akutní toxická dilatace tlustého střeva s 4 % incidencí u nemocných s náhlým vznikem nebo akutním relapsem onemocnění. Pro diagnózu této komplikace je podle Zadáka (2007) rozhodující RTG nález a Jalanova diagnostická kritéria. Mimostřevní příznaky onemocnění se týkají kožních, kloubních, jaterních, očních, plicních či ledvinných příznaků. Pro *hodnocení aktivity choroby* je jedním z nejpoužívanějších tzv. CAI (*Colitis Activity Index podle Rachmilewitz*), hodnotící klinickou aktivitu a lokální endoskopický nález (Zbořil, Prokopová, 2010).

Crohnova nemoc (*Crohn's Disease*) je podle Zbořila a Prokopové (2010, s. 99) „*chronický nespecifický zánět kterékoliv části trávicí trubice, který má segmentární charakter a postihuje stěnu trávicí trubice transmurálně ve všech jejích vrstvách*“. Dítě et al. (2007) uvádí její incidenci v ČR 1,6–2,0/100 000 obyvatel/rok, přičemž maximum postižení se objevuje mezi 15.–30. rokem. V etiopatogenezi onemocnění sehraje roli imunita a připouští se i souvislost s vaskulitidami, spalničkovou infekcí a mykobakteriální infekcí.

Z hlediska průběhu nemoci jsou pacienti rozděleni podle Greensteinovy klasifikace na:

- typ A agresivní – perforující, charakterizovaný agresivním průběhem, sklonem k tvorbě píštělí, abscesů a nutností častých chirurgických intervencí,
- typ B indolentní – fibrostenotizující, charakterizovaný málo častými atakami, sklonem k tvorbě stenóz a malou nutností chirurgické léčby,
- typ C zánětlivý – vykazuje rysy obou skupin s kolísající intenzitou (Zbořil, Prokopová, 2010).

Z hlediska formy nemoci převažuje podle Dítěte (2007) forma ileitická a ileokolická (30–40 %), následuje perianální (20 %) a postižení orálních úseků je výjimečné (0,5–2 %). Při postižení terminálního ilea se onemocnění manifestuje jako akutní či chronická apendicitida.

U déletrvajícího postižení tenkého střeva se vyskytuje hubnutí, průjmy, malabsorpce, neurčité dyspeptické potíže, ale také projevy poruchy pasáže až do klinického obrazu ilea. Při lokalizaci v rektu převládá rektální syndrom, nemocní jsou ohroženi tvorbou perianálních infiltrátů, píštěl a abscesů. Při lokalizaci v jícnu, žaludku a duodenu má onemocnění podobné příznaky jako vředová choroba gastroduodena. Klinický index – CDAI (*Crohn's Disease Activity Index*) podle Besta je používán **pro hodnocení aktivity** a tíže nemoci. Ke komplikacím onemocnění řadí Zbořil a Prokopová (2010) abscesy, píštěle, perforace, masivní krvácení, obstrukce a neoplazie, mimostřední příznaky jsou totožné s ulcerózní kolitidou.

Diagnostika idiopatických střevních zánětů se opírá zejména o zobrazovací endoskopické a RTG metody v gastroenterologii. K tomu se využívá podle Štrincla (2013) nejčastěji kolonoskopie, sigmoideoskopie a rektoskopie s následným histomorfologickým vyšetřením slizničních vzorků, také enteroskopie. Zásadní diagnostický význam u Crohnovy nemoci má přesné stanovení rozsahu postižení trávicí trubice pomocí RTG metod (enteroklýza, MR enteroklýza, irigografie), výše zmíněné endoskopie a ultrazvukové vyšetření střeva. Z laboratorních ukazatelů se hodnotí zejména aktivita C-reaktivního proteinu, sedimentace, mineralogram a krevní obraz. V diferenciální diagnostice idiopatických střevních zánětů hodnotíme autoprotilátky ASCA (*anti-Saccharomyces cerevisiae*) pozitivní hlavně při Crohnově nemoci a autoprotilátky ANCA (*anti-neutrophil-cytoplasmatic-antibody*) pozitivní při ulcerózní kolitidě (Zbořil, Prokopová, 2010).

Léčba idiopatických střevních zánětů je dlouhodobá a komplexní a uplatňují se v ní nutriční intervence, konzervativní farmakoterapie a chirurgická léčba.

Dietní přístupy představují trvalou součást léčby. Podle Novotné (2013, s. 215-216) je potřeba vždy počítat u nemocných s negativní dusíkovou bilancí, hypoproteinemií, proteinovou malnutricí a epizodami průjmů s rizikem dehydratace. Dále poukazuje autorka na častou psychickou alteraci nemocných, která může komplikovat dietní léčbu, nedostatek vitaminů rozpustných v tucích, železa a folátů a intoleranci mléčných výrobků. Totální parenterální výživa je indikována při fulminantní atace ulcerózní kolitidy, při toxickém megakolon, ale i při atace Crohnovy nemoci či jejich komplikacích (píštěle, stenózy). Enterální výživa nazogastrickou či nazojejunální sondou se doporučuje při Crohnově nemoci a lze jí doplnit i formou sippingu.

Postupná realimentace začíná kašovitou, protiprůjmovou šetřící dietou, s postupným přechodem na bezezbytkovou dietu. Po zklidnění choroby a odeznění průjmů se podává šetřící dieta s mírným omezením tuků (Beňová et al., 2015).

Konzervativní farmakoterapie je dle Zbořila a Prokopové (2010) zastoupena aminosalicyláty (kyselina 5-aminosalicylová), kortikoidy, imunosupresivy (cyklosporin A) a v posledním desetiletí biologickou léčbou anticytokiny.

Chirurgická léčba ulcerózní kolitidy je indikována jako urgentní (např. ileostomie pro toxické megakolon) nebo elektivní při chronickém průběhu s komplikacemi. Při Crohnově nemoci jsou to zejména perforace, akutní obstrukce, píštěle, abscesy, poruchy pasáže, event. karcinom.

Při *nádorovém onemocnění tlustého střeva* se nejčastěji setkáváme s benigní i maligní formou nemoci. Podle Zbořila a Prokopové (2010) představují benigní nádory většinou rizikové stavy pro vznik maligního nádoru, z nichž nejvýznamnější je *familiární adenomatózní polypóza* (zkr. FAP). Riziko karcinomu v průběhu života u postižených se podle Dítěte (2007) odhaduje až na 100 % a k jeho klinické manifestaci dochází již v mladším dospělém věku (mezi 20.-25. rokem). Pro jedince v postižených rodinách platí screeningová doporučení provedení kolonoskopie již mezi 16.-20. rokem (Zbořil, Prokopová, 2010). Klinická symptomatologie FAP může být bezpříznaková, nebo lze pozorovat enteroragii, poruchy pasáže, změny v defekaci (počet a vzhled stolice), event. jediným příznakem může být chronická anémie ze ztráty. V diagnostice lze využít endoskopické vyšetření tlustého střeva i test na okultní krvácení (např. tzv. FOB test). Léčba spočívá v odstranění nádoru (nejčastěji endoskopickou polypektomií), na kterou navazuje dispenzární program, který se řídí pevně stanovenými pravidly v závislosti od histologických změn (Dítě, 2007).

Maligní nádory tlustého střeva – *kolorektální karcinom* – tvoří 13 % neoplazií, což je incidence stejná jako u nádorů plic a průdušek. Z histologického hlediska se jedná převážně o adenokarcinomy, s dominantním výskytem v konečníku (Zbořil, Prokopová, 2010). Věkově se onemocnění nejvíce vyskytuje mezi 60.-75. rokem života. Etiopatogeneticky sehrávají roli faktory endogenní (familiární výskyt nádorů) a exogenní (nadbytek tuků v potravě, nedostatek vlákniny, nevhodná tepelná úprava stravy, nadměrná exkrece žlučových kyselin do tračníku, nedostatek vápníku ve stravě, kouření a alkohol).

Predispoziční změny pro vznik kolorektálního karcinomu (adenomatózní polypy jakékoli etiologie, idiopatické střevní záněty, předcházející karcinom tlustého střeva či předcházející ozáření oblasti malé pánve) uvádí Dítě et al. (2007), Zbořil a Prokopová (2010).

Z klinického hlediska se dříve diagnostikují nádory lokalizované v rektu a levém tračníku pro výskyt enteroragie a rektálního syndromu. Nádory v pravém tračníku jsou symptomatologicky chudé a přivádí nemocného k vyšetření s příznaky váhového úbytku, anémie či dokonce poruchy pasáže. Jak uvádí Zbořil a Prokopová (2010, s. 109) i „*přes účinná screeningová opatření je stále až 50 % kolorektálních karcinomů odhaleno pozdě*“. Součástí diagnostiky a prevence jsou screeningové metody: vyšetření per rektum, rigidní rektoskopie, flexibilní sigmoideoskopie, totální kolonoskopie, vyšetření stolice na okultní krvácení. Při výskytu nádoru má význam sledování onkomarkerů – CEA (karconoembryonální antigen), popřípadě CA 19-9.

Léčebný postup kolorektálního karcinomu se řídí podle lokalizace nádoru a Dukesovy klasifikace. Spočívá v chirurgickém či endoskopickém odstranění nádoru, v chemoterapii (adjuvantní a paliativní) a radioterapii. V současnosti se také využívá biologická léčba bevacizumabem a cetuximabem (Zbořil, Prokopová, 2010).

1.8.6 Charakteristika onemocnění pankreatu

Gastroenterologie se zabývá komplexní diagnostikou a léčbou onemocnění převážně exokrinní funkce pankreatu. Komunitu klientů tvoří v tomto případě pacienti se *zánětlivým* (akutní/chronická pankreatitida) či *nádorovým onemocněním slinivky břišní* (karcinom pankreatu).

Dítě a Trna (2010, s. 118, 124) definují *akutní pankreatitidu* jako „*akutní zánětlivý proces, postihující morfolonii i funkci slinivky břišní*“. Podle Atlantské klasifikace (Zadák, Havel, 2007) se jedná o akutní zánět exokrinního pankreatu s incidencí od 10 do 80/100 000 osob/rok. Při *chronické pankreatitidě* se jedná o „*trvale progredující stav, kdy funkční parenchym žlázy je postupně nahrazován vazivem a následnou poruchou exokrinní i endokrinní funkce orgánu*“.

Na vzniku *akutní formy* onemocnění se podílí vícero faktorů. K hlavním etiologickým činitelům patří alkohol (často v kombinaci s dietní chybou) a onemocnění biliárního systému (např. reflux žluči do pankreatického vývodu).

Dále se popisují poranění dutiny břišní (tupá poranění), fibrózní změny Vaterovy papily, léky či iatrogenní poškození (např. při ERCP vyšetření). V posledních letech je přijata teorie tzv. nitrobuněčné autoaktivace enzymů (Dítě et al., 2007). U *chronické pankreatitidy* se v etiopatogenezi uplatňuje abúzus alkoholu, fibrózní změny po akutní formě, poruchy morfologie žlázy vlivem onemocnění (např. cystické fibrózy).

Podle *Atlantské klasifikace* citované Dítětem a Trnou (2010, s. 120) se dělí akutní pankreatitida na:

- *těžkou formu* (dříve hemoragicko-nekrotická) končící často fatálně, je charakterizována multiorgánovým selháním a vznikem lokálních komplikací (absces, nekróza, pseudocysty),

- *lehkou formu* provázenou minimální orgánovou dysfunkcí a plnou funkční reparací slinivky.

Autoři Zadák a Havel (2007) uvádí dále např. Glasgow kritéria pro těžkou formu akutní pankreatitidy či Baltazarovo skóre tíže akutní pankreatitidy podle CT.

Při klasifikaci chronické pankreatitidy se využívá tzv. *TIGARO etiologická klasifikace* (Navrátil a kol., 2008, s. 279): T (toxickometabolická forma), I (idiopatická forma), G (genetická forma), A (autoimunitní forma), R (rekurentní akutní pankreatitida spojená s morfologickými změnami), O (obstruktivní forma).

V posouzení klinických příznaků akutní formy nemoci dominuje stálá bolest silné intenzity, lokalizována v epigastriu a mezogastriu s propagací do páteře, kombinovaná se zvracením. U těžké formy nemoci se přidružuje horečka, tachykardie, hypotenze a při dalším rozvoji onemocnění může dojít ke vzniku hypovolemického šoku, selhání ledvin, paralytickému ileu, zhoršování plicních funkcí a rozvoji ARDS (Dítě, Trna, 2010). Prognosticky závažným znamením je psychická alterace nemocného.

Při hodnocení příznaků chronické pankreatitidy dominuje bolest (stálá, lokalizovaná v okolí pupíku s iradiací pod oba žeberní oblouky), která se dostavuje po jídle a bývá intenzivní. K dalším příznakům řadí Dítě et al. (2007) progresivní hubnutí, ikterus, steatoreu a rozvoj příznaků onemocnění diabetes mellitus.

Pro stanovení diagnózy akutní/chronické pankreatitidy má význam anamnéza a fyzikální vyšetření. Dále laboratorní vyšetření zvýšené aktivity pankreatické amylázy v krevním séru a moči, lipázy v séru, leukocytů v krevním obrazu, vyšetření glykémie, kalcia, kalía, natria a chloridů, významné je stanovení C-reaktivního proteinu. Ze zobrazovacích metod má význam ultrazvukové vyšetření, zásadní je CT vyšetření

(s možností provedení punkce nekrózy). Při podezření na biliární etiologii onemocnění je standardem ERCP.

Náročná léčba akutní pankreatitidy zahrnuje konzervativní, endoskopickou a chirurgickou léčbu.

Konzervativní léčba spočívá v inhibici žaludeční sekrece s odsáváním žaludečního obsahu, managementu hypovolemického šoku koloidními a krystaloidními roztoky (6000-8000ml/24hod.) za přesného monitorování oběhových parametrů a diurézy. Parenterální výživu lze kombinovat s enterální výživou po zavedení nazojejunální sondy. Důležitá je eliminace bolesti parenterálním podáváním opioidů fentanylového typu. Efektivní metodou je i kontinuální epidurální analgezie. Z léků jsou doporučovány inhibitory žaludeční a pankreatické sekrece - blokátory protonové pumpy. Vhodná je cílená antibiotická léčba v případě infekce pankreatické nekrózy (např. cefalosporiny 3. generace, karbapenemy). Značná pozornost se věnuje i podpoře dýchání při plném rozvoji onemocnění – oxygenoterapii nebo umělé plicní ventilaci.

Endoskopická léčba se uplatňuje při biliární etiologii onemocnění a spočívá nejčastěji v endoskopické papilosfinkterotomii.

Chirurgické řešení bývá často nutné u komplikací (nekrózy, abscesy, krvácení, píštěle, pseudocysty).

Konzervativní léčba chronické pankreatitidy spočívá v dietě s omezením tuků, zákazu alkoholu a při zhoršeném stavu výživy v podávání enterální výživy. Z farmakoterapie se podávají substitučně pankreatické enzymy, při výskytu bolestí analgetika. Endoskopická léčba je indikována u obstrukční algické formy nemoci. Chirurgická léčba spočívá v drenáži nebo resekci postižené části slinivky.

Jedním z nejzávažnějších *nádorových onemocnění* trávicího systému je *karcinom pankreatu*, jehož první příznaky jsou až při plně rozvinuté nemoci s časnou tvorbou metastáz (Dítě, Trna, 2010). Podle více autorů (Dítě et al., 2007; Navrátil a kol., 2008; Dítě, Trna, 2010) incidence tohoto onemocnění celosvětově stoupá a v současné době činí asi 11-12/100 000 obyvatel. Etiopatogeneze není známa, popisují se faktory jako kouření, pravděpodobně nadměrný přívod tuků, výskyt chronické pankreatitidy trvající déle než 15 let a nepochybná je souvislost genetická.

Klinické příznaky nemoci jsou často nevýrazné, závisí na lokalizaci karcinomu. Prvním příznakem se často uvádí v literatuře (Dítě et al., 2007) bezbolestný obstrukční ikterus.

Progresivní váhový úbytek je známkou pokročilosti onemocnění, jako i hmatná rezistence v břišní dutině. Dále jsou popisovány bolesti v oblasti bederní páteře (lokalizace nádoru v kaudě), hepatomegalie, diabetes a další.

Diagnóza se opírá o zobrazovací metody (ultrasonografie, CT, endoskopická sonografie, magnetická rezonanční cholangiopankreatikografie – MRCP nebo pozitronová emisní tomografie, ERCP) a méně specifické laboratorní metody pro pankreatickou nádorovou tkáň (CA 19-9, CA-50, DU-PAN-2).

Z terapeutického hlediska je pouze 20-30 % všech pankreatických karcinomů resekabilních, ostatní výkony jsou spíše k paliativnímu řešení (např. endoskopická drenáž žlučových cest, choledochojejunostomie při obstrukci ductus choledochus).

1.8.7 Charakteristika onemocnění jater

Z jaterních onemocnění je v komunitní péči v gastroenterologii a hepatologii poměrně často zastoupena jaterní cirhóza a tumory jater.

Dítě et al. (2007, s. 318) charakterizuje *jaterní cirhózu* jako „*difuzní proces se zánětlivými a nekrotickými změnami s následnou fibrózou a tvorbou regeneračních uzlů*“. Lata a Vaňásek (2010) uvádí cca 0,5% prevalenci tohoto onemocnění jako nejčastější nenádorovou příčinu úmrtí při onemocnění gastrointestinálního traktu. Nejčastěji bývá parenchymatózní fibróza s následnou přestavbou vyvolána alkoholem (tzv. alkoholická cirhóza) nebo chronickými hepatitidami typu B a C (tzv. postvirová cirhóza). K dalším příčinám lze přiřadit toxická a poléková poškození jater, infekce, vrozené metabolické poruchy, cholestázu při biliární obstrukci atd.

Klinicky se může projevovat jaterní cirhóza od bezpříznakové formy přes nespecifické dyspeptické potíže až po jaterní selhání. Při výskytu ikteru, otoků z hypalbuminémie a krvácivých projevů hovoříme o tzv. *dekompenzované jaterní cirhóze*, kterou lze kvantitativně zhodnotit dle Childovy-Pughovy klasifikace (Dítě et al., 2007). Ke komplikacím onemocnění řadí autoři (Dítě et al., 2007; Vaňásek, Hůlek, 2007; Lata, Vaňásek, 2010; Žák et al., 2011) portální hypertenzi, krvácení z jícnových varixů, ascites, jaterní encefalopatii, spontánní bakteriální peritonitidu a hepatorenální syndrom. Velkým nebezpečím je vznik hepatocelulárního karcinomu.

Pro diagnostiku má zásadní význam provedení jaterní biopsie s následným histologickým vyšetřením a zobrazovací metody (ultrasonografie, CT, MR).

Z laboratorních metod se využívá vyšetření jaterních testů, bilirubinu, albuminu, acetylcholinesterázy. Dále se vyšetřují koagulační faktory, hladina amoniaku a nádorové markery (alfa-fetoprotein, CEA).

Léčba jaterní cirhózy se zaměřuje na odstranění její příčiny (např. abstinence, léčba chronických jaterních nemocí), symptomatickou léčbu nebo léčbu důsledků portální hypertenze. V *symptomatické léčbě* se doporučuje dieta s omezením tuků, která se podle Novotné (2013) neliší od žlučnickové diety a diety u chronické pankreatitidy. Dítě et al. (2007) dále doporučuje příjem 1,0-1,5g proteinů/kg denně a podávání vitamínu K, efekt podávaných hepatoprotektiv nebyl jednoznačně prokázán. V *léčbě komplikací* – u **krvácení z jícnových varixů** je preferována endoskopická zástava krvácení (sklerotizace, ligace, v případě neúspěchu stavění krvácení zavedení transjugulární intrahepatální portosystémové spojky – TIPS), od zavedení Sengstakenovy dvoubalónkové nazogastrické sondy se v současnosti upouští. Důležité je intravazální doplnění objemu cirkulujících tekutin a podávání vazoaktivních látek. V prevenci recidivy krvácení se uplatňuje podávání betablokátorů a opakované preventivní endoskopické ošetření varixů. Léčba další komplikace - **ascitu** je zaměřená na omezení příjmu soli (někdy i regulaci příjmu tekutin), podávání diuretik či provedení paracentézy s následným doplněním albuminu. Léčba **spontánní bakteriální peritonitidy** spočívá v antibiotické léčbě, při **jaterní encefalopatii** se podává nevstřebatelný disacharid laktulóza, který sníží vstřebávání amoniaku změnou pH v tlustém střevě a laxativním účinkem. Tato léčba je někdy kombinovaná i s antibiotiky působícími na bakterie a tím snižující množství vstřebaného amoniaku. V léčbě **hepatorenálního syndromu** je důležitá korekce hypovolémie albuminem a korekce vodního a minerálového rozvratu hemodialýzou.

Jaterní parenchym může postihovat celá řada *tumorózních procesů*, a to jak benigních, tak maligních i metastatických. *Benigní nádory* (hemangiom či hepatocelulární adenom) jsou často bezpříznakové a náhodně zjištěné při ultrasonografickém vyšetření. Vyskytují se převážně u žen a v případě hepatocelulárního adenomu jsou často spojována s užíváním perorálních kontraceptiv. Podle Laty a Vaňáska (2010) podléhají pravidelnému sledování, neboť v některých případech může dojít k jejich malignímu zvrhnutí.

Maligní nádory, z nichž právě *hepatocelulární karcinom* tvoří 2 % všech maligních nádorů a 90 % všech primárních maligních nádorů jater (Dítě et al, 2007), se vyskytuje především u mužů a je spojen většinou s jaterní cirhózou. K diagnostice postačí zobrazovací metody (ultrazvuk, CT, MR), biopsie z ložiska a laboratorní vyšetření hladiny AFP. Nádorové onemocnění se projevuje celkovým chátráním, event. s bolestmi břicha, úbytkem váhy, vzácněji ikterem či rupturou s následným hemoperitoneem.

Chirurgická resekce nádoru podle Dítěte et al. (2007) bývá často limitována, u nemocných s jedním ložiskem do 5cm (nebo 2-3 ložisky do 3cm) lze zvážit transplantaci jater. Lata a Vaňásek (2010) uvádí nové možnosti léčby v podobě embolizace přívodních arterií v kombinaci s cytostatiky – transarteriální chemoembolizace.

1.8.8 Charakteristika onemocnění žlučníku a žlučových cest

Onemocnění žlučníku a žlučových cest řešené konzervativně spadající do oblasti gastroenterologie se týkají zejména cholelitiázy, zánětlivých nemocí žlučníku a žlučových cest - cholecystitidy, cholangitidy a nádorových onemocnění žlučníku a žlučových cest.

Cholelitiáza je označením výskytu konkrémentů. V případě výskytu ve žlučníku se jedná o *cholecystolitiázu* a při výskytu konkrémentu v ductus choledochus mluvíme o *choledocholitiáze*. Podle Novotného (2010) představuje jedno z nejčastějších onemocnění trávicího systému, jehož prevalence se pohybuje u mužů přibližně v 15 % a u žen v 24 %, přičemž progresivní zvyšování incidence připisuje právě dietním faktorům, životnímu stylu a genetickým faktorům. Podle výskytu typu konkrémentu dělí Dítě et al. (2007) cholecystolitiázu na cholesterolovou a pigmentovou či smíšenou, v jejichž patogenezi se uplatňují rozdílné vlivy.

Specifickým klinickým projevem cholecystolitiázy je *biliární kolika* charakterizována jako náhle vzniklá bolest proměnlivé intenzity, lokalizována ve střední čáře epigastria s iradiací pod pravý žeberní oblouk s výskytem nauzey a zvracení. Vyvolávajícím faktorem je často dietní chyba (tzv. opulentní strava, která stimuluje evakuaci žlučníku). K dalším projevům řadí Dítě (2008) *akutní cholecystitidu* vznikající v důsledku blokády ductus cysticus konkrémentem. Klinicky se projevuje trvalou bolestí v pravém hypochondriu, palpační citlivostí (tzv. *Murphyho příznak*) a subfebrilií. K nejčastějším formám cholelitiázy však patří její asymptomatická forma.

Diagnostika se opírá o sonografii, nativní RTG snímek břicha, či CT a laboratorní nálezy leukocytózy a pozitivita CRP.

V léčbě symptomatologické cholelitiázy je léčba chirurgická. V případě akutní cholecystitidy je indikována parenterální výživa a parenterální podávání antibiotik. Po zklidnění akutního stavu je indikována elektivní cholecystektomie.

Dítě et al. (2007) a Novotný (2010) uvádí, že při *choledocholitiáze* možno rozlišit její primární (konkrementy vznikají ve žlučovodu) a sekundární formu (konkrementy pocházejí ze žlučníku). Výskyt konkrémentů je v hlavním žlučovodu, tak v ductus hepaticus nebo intrahepatálních žlučovodech. Nejčastěji toto onemocnění způsobuje cholestáza, bakteriální infekce a juxtapapilární divertikly duodena (Novotný, 2010).

Z hlediska průběhu se klinicky nemusí vůbec projevat (zejména u starších pacientů). Při projevech je uváděna tzv. *Charcotova triáda* – bolest biliárního charakteru, horečka a ikterus. Nebezpečím jsou komplikace spojené s biliární obstrukcí – akutní cholangoitida, akutní biliární pankreatitida, sepse, biliární ileus.

Diagnóza se opírá o laboratorní parametry (jaterní testy, bilirubin, pankreatické amylázy a lipázy, CRP). Ze zobrazovacích metod lze využít sonografii, ERCP, ve speciálních případech (např. při choledochojejunoanastomóze), MRCP (magnetická rezonanční cholangiopankreatikografie), event. přístup transhepatální cestou – PTC. Endoskopická léčba se zaměřuje na papilosfinkterotomii v rámci ERCP. Dále se uplatňuje transhepatální zavedení drénů do žlučových cest při PTC. Při neúspěchu léčby je na místě chirurgické řešení.

K poměrně častým zánětlivým nemocím žlučových cest vznikajícím v důsledku městnání žluče ve žlučovodech na podkladě obstrukce patří *cholangoitidy*. Akutní cholangoitida je způsobena nejčastěji choledocholitiázou a bakteriální infekcí městnavé žluče. Chronická cholangoitida vede zase k poškození jater a vzniku sekundární biliární cirhózy. Typickým příznakem je Charcotovo tias a známky sepse při akutní formě, u chronické udávají nemocní převážně dyspeptické potíže.

Diagnostický základ tvoří laboratorní ukazatele (bilirubin, jaterní testy, FW, CRP, bilirubin a urobilinogen v moči) a zobrazovací metody – ERCP, MRCP, sonografie.

Léčba se opírá o endoskopickou dekompresi žlučových cest při ERCP papilosfinkterotomií s odstraněním konkrémentů. Pokud je překážka jiné etiologie, cílem je zajistit volný odtok žluče do duodena např. duodenobiliární nebo nazobiliární drenáží. Vždy je nutná antibiotická profylaxe.

Nádory žlučníku a žlučových cest dělíme podle Novotného (2010) na benigní a maligní, přičemž nádory žlučových cest postihují obě pohlaví rovnoměrně, na rozdíl od nádorů žlučníku, kde je poměr ženy:muži 3:1. Nádory žlučníku, jak uvádí Dítě et al. (2007) způsobuje pravděpodobně cholelitiáza, kalcifikace stěny žlučníku některé infekce žlučníku (např. nosiči *Salmonella typhi*), karcinogenní látky a léky. Podle více autorů (Dítě et al, 2007; Dítě, 2008; Lata et al, 2010; Žák et al., 2011) jsou symptomy nespecifické, navíc často překryty symptomatologií cholecystolitiázy a cholecystitidy. Právě proto se nemocný dostaví k vyšetření v pozdním stádiu rozvoje nemoci (s příznaky nebolestivého ikteru, hepatomegalie, ascitu a hmatné rezistence v místě žlučníku).

V diagnostice mají význam zejména zobrazovací metody (CT, MRCP, ERCP, PTC), ve srovnání s laboratorními parametry. Terapie je pouze chirurgická, i když 80 % tumorů žlučníku je v době operace již inoperabilních (Novotný, 2010).

2 PŘEDMĚT, CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY

2.1 *Předmět výzkumného šetření*

Hlavní záměr výzkumu, jímž bylo „*prozkoumání možností implementace klasifikačního systému Omaha v komunitní praxi*“, vycházel z předpokladu potřeby standardizované terminologie k usměrňování ošetrovatelské praxe. Předmětem výzkumného šetření bylo nalezení vztahu mezi vybranými problémy objektu výzkumu (vybraní gastroenterologičtí pacienti) a vybranými intervencemi, s následným zhodnocením výsledků ošetrovatelské péče dle Omaha systému v komunitní praxi. Zvoleným paradigmatem, které umožňuje deskripci a analýzu míry souvislosti, bylo pozitivistické výzkumné paradigma, disponující kvantitativními výzkumnými metodami (Brabcová, 2013).

2.2 *Dílčí cíle práce*

V souladu s předmětem výzkumného šetření byly stanoveny tyto dílčí cíle:

1. implementovat Omaha systém do ošetrovatelské dokumentace k ověřování ošetrovatelské péče v komunitní praxi,
2. charakterizovat problémy pacientů s gastroenterologickým onemocněním podle schématu klasifikace problémů Omaha systému,
3. zmapovat propojení problémů a intervencí u pacientů s gastroenterologickým onemocněním podle schématu intervencí Omaha systému,
4. zhodnotit výsledky problémů u pacientů s gastroenterologickým onemocněním použitím škály pro hodnocení výsledků problémů Omaha systému.

2.3 *Hypotézy*

Statisticky významné souvislosti mezi vybranými jevy byly testovány na základě dílčích hypotéz dedukovaných z obecné hypotézy, jež vyplývá ze záměru a předmětu výzkumu. Tato obecná hypotéza tvrdí: „*Implementace Omaha systému do klinické praxe ošetrovatelství přináší nové možnosti pro sestry při poskytování komunitní praxe*“. Vztahy, které byly statisticky testovány, jsou vyjádřeny následujícími dílčími hypotézami.

1. Existují rozdíly ve výskytu problémů v jednotlivých doménách u pacientů s gastroenterologickým onemocněním dle věku.
2. Existují rozdíly v dokumentování problémů u jednotlivých typů gastroenterologických onemocnění podle pohlaví.
3. Existují rozdíly v dokumentování intervencí v jednotlivých kategoriích u problémů pacientů s gastroenterologickým onemocněním.
4. Existují rozdíly ve výběru intervencí v jednotlivých kategoriích vzhledem na typ gastroenterologického onemocnění.
5. Existují rozdíly mezi hodnotami iniciačního a finálního hodnocení problémů jednotlivých domén podle pohlaví u pacientů s gastroenterologickým onemocněním.
6. Existují rozdíly mezi iniciačními a finálními hodnotami výsledků problémů a věkem pacientů s gastroenterologickým onemocněním.
7. Existují rozdíly mezi hodnotami iniciačního a finálního hodnocení výsledků problémů podle výběru intervencí z jednotlivých kategorií.

Pro splnění předmětu výzkumu bylo nutné definovat a klasifikovat klíčové pojmy práce (kapitola 2.4 Operacionalizace pojmů).

2.4 Operacionalizace pojmů

Podle Žiakové et al. (2009a) je *komunitní ošetrovatelství* aplikovaným klinickým oborem, jehož náplň, cíle a trendy rozvoje vycházejí z koncepce oboru ošetrovatelství. Rozvoj komunitní ošetrovatelské péče je prioritou WHO a je podporován i Koncepcí ošetrovatelství ČR. Ve věstníku MZ ČR, v metodickém opatření č. 9 (2004) je komunitní ošetrovatelství definováno jako „*ošetrovatelské služby poskytované v rámci komunitní péče, které jsou organizovány zpravidla mimo ústavní zařízení a zajišťují potřebnou péči o rodinu, jednotlivce či skupinu obyvatel*“.

Komunitní péči definuje Sikorová (2012, s. 127) jako „*širokou oblast terénních i pobytových ošetrovatelských a sociálních služeb*“. Je více orientovaná na konkrétní skupinu osob (komunitu) a vychází z jejich specifických potřeb. Jarošová (2007) chápe komplexní a holisticky pojatou komunitní péči jako primární, sekundární a terciární péči integrovanou do spektra zdravotních, sociálních, psychologických, paliativních,

duchovních a dalších služeb poskytovaných jednotlivcům, rodinám a skupinám specifické komunity. Autoři Stanhope a Lancaster (2004) diferencují komunitní péči na *ošetřovatelství orientované na zdraví komunity* a *ošetřovatelství orientované na komunitu*. V rámci této disertační práce jsou možnosti implementace klasifikačního systému Omaha zkoumány v oblasti ošetřovatelství orientovaném na komunitu (community based nursing), jehož cílem je péče o nemocné (akutně/chronicky) jednotlivce, rodiny s využitím prvků sekundární a terciární zdravotní péče při výskytu gastroenterologického onemocnění.

Podle zákona č. 372/2011 Sb. *O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*, je *zdravotní péče* soubor činností a opatření prováděných za účelem předcházení, odhalení a odstranění nemoci, udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu, udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení a posuzování zdravotního stavu. Z hlediska druhu zdravotní péče podle účelu jejího poskytnutí je u respondentů výzkumu disertační práce, poskytována péče ošetřovatelská, preventivní, diagnostická, léčebná a dispenzární. Z hlediska forem zdravotní péče je výzkum realizován v ambulantní péči (specializovaná ambulance gastroenterologie) a v lůžkové péči (akutní lůžková péče standardní). V této souvislosti se jedná o *sekundární zdravotní péči*, kterou se rozumí poskytování specializované zdravotní péče prostřednictvím specialistů (např. gastroenterologické oddělení – lůžková část a specializovaná ambulance gastroenterologie a hepatologie).

Ošetřovatelská péče je podle Žiakové et al. (2009a) péče poskytovaná sestrou jednotlivci, rodině či komunitě v zdraví nebo nemoci. Přispívá k podpoře a udržení zdraví, k uzdravení nebo ke klidné smrti. Lze jí poskytovat v ambulantních a ústavních zařízeních a v domácím prostředí. Ošetřovatelská péče je poskytována v souladu s etickými a legislativními normami, standardy profese, ošetřovatelské praxe a její rozsah je vymezen vzděláním sestry, kompetencemi a příslušnou legislativou (Žiaková et al., 2009a).

Preventivní péče, jejímž účelem je včasné vyhledávání faktorů v souvislosti se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu, a provádění opatření směřujících k odstraňování nebo minimalizaci vlivu těchto faktorů a předcházení jejich vzniku.

Zákon č. 372/2011 Sb. *O zdravotních službách* definuje *diagnostickou péči*, „jejímž účelem je zjišťování zdravotního stavu pacienta a okolností, jež mají na zdravotní

stav pacienta vliv, informací nutných ke zjištění nemoci, jejího stavu a závažnosti, dalších informací potřebných ke stanovení diagnózy, individuálního léčebného postupu a informací o účinku léčby“.

Léčebná péče má za cíl příznivé ovlivnění zdravotního stavu individuálním léčebným postupem s cílem vyléčení nebo zmírnění důsledků nemoci a zabránění vzniku invalidity anebo nesoběstačnosti.

Dispensární péče znamená aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu.

Gastroenterologie je podobor vnitřního lékařství, zabývající se výzkumem, diagnózou a léčbou chorob trávicího systému jícnu, žaludku, střev, slinivky břišní, jater (Hugo, Vokurka et al., 2015).

Standardizovaná terminologie je dle Vörösové et al. (2015b) základním znakem ošetrovatelské profese 21. století a předpokladem poskytování ošetrovatelské praxe metodou ošetrovatelského procesu. Podle NANDA International (2015, s. 47) je terminologie „*jazyk, který se používá v konkrétním oboru pro popis znalostí v daném oboru*“. Vymezuje rozsah profese, podporuje používání informačních technologií, je předpokladem kvality péče, výzkumu, vzdělávání a podporuje komunikaci mezi sestrami a jinými zdravotnickými pracovníky. Standardizovaná terminologie je „*živá, otevřená a vyvíjející se problematika*“ založená na výzkumu, jehož cílem je specifikovat, které složky je možné převzít a které vyloučit z hlediska specifik ošetrovatelské praxe a sociokulturních požadavků (Vörösová et al., 2015).

Klasifikaci definuje von Krogh (2011) jako způsob chápání reality pojmenováním a organizováním položek, předmětů a jevů do kategorií (NANDA International, 2015). Podle něj, klasifikace umožňuje náhled na znalosti a praxi konkrétní profese, organizuje jevy způsobem odpovídajícím změnám ve zdraví, procesech a mechanismech, které jsou předmětem zájmu, a ukazuje logické spojení mezi faktory, které dokáží odborníci kontrolovat nebo jimi manipulovat.

Taxonomii pojímá NANDA International (2015) jako způsob klasifikace nebo zařazování věcí do kategorií. Podle Žiakové et al. (2009a) se jedná o hierarchicky uspořádaný systém poznatků, cílů, který může být formálně upraven např. abecedně, číselně, resp. na základě jiných principů kombinatoriky.

Klasifikační systémy ošetrovatelství jsou dle Zeleníkové (2011) výsledkem dlouhodobého úsilí odborníků o standardizaci ošetrovatelské terminologie. V ošetrovatelství existuje více klasifikačních systémů různého zaměření. V současné

době patří k nejnámějším klasifikačním systémům ošetřovatelství např. *Klasifikace ošetřovatelských diagnóz NANDA International*, *Klasifikace ošetřovatelských intervencí*, *Klasifikace ošetřovatelských výsledků*, *Mezinárodní klasifikace ošetřovatelské praxe – ICNP*, *Ošetřovatelský klasifikační systém pro komunitní zdraví – Omaha systém*. Pro účely výzkumného šetření implementace standardizované terminologie v komunitní praxi, byl zvolen klasifikační systém Omaha.

Omaha systém je výzkumem vyvinutá a podložená komplexní standardizovaná taxonomie popisující péči (Martin, 2005; omahasystem, 2016). Podle Žiakové et al. (2009a) se jedná o pracovní rámec pro multidisciplinární tým poskytující komunitní péči. Tři složky Omaha systému ve vzájemném vztahu - schéma klasifikace problémů, schéma intervencí a škála pro hodnocení výsledků problémů - poskytují strukturu pro posouzení potřeb, popisují intervence a měří výsledky (Martin, 2005). Cílem výzkumného šetření je zjistit přínos klasifikačního systému Omaha v komunitní praxi. Problematika implementace standardizované terminologie Omaha systému v podmínkách komunitní praxe v ČR nebyla dosud výzkumem podložena.

Schéma klasifikace problémů je jednou ze tří klinických složek Omaha systému. Jedná se o taxonomii pro standardizované posouzení (Martin, 2005). Výzkum disertační práce je zaměřen na výskyt problémů jednotlivých domén v komunitě pacientů s gastroenterologickým onemocněním. První úroveň schématu klasifikace problémů tvoří *domény*, jež jsou dle Martinové (2005), prioritní oblastí profesionálního zájmu v souvislosti se zdravím klienta. *Environmentální doména* poukazuje na materiální zdroje a fyzické prostředí jednotlivce, rodiny či komunity. *Psychosociální doména* se zaměřuje na vzory chování, emoce, komunikaci, vztahy a rozvoj. *Fyziologická doména* zase na funkce a procesy udržující život a zdraví. *Doména chování ve vztahu ke zdraví* obsahuje aktivity na podporu a udržení zdraví, či prevenci vzniku onemocnění. K jednotlivým doménám je přiřazeno 42 *pojmu*, které představují dle Martinové (2005) *problémy/potřeby/ošetřovatelské diagnózy*. Pro všechny aktuální problémy jsou určeny znaky/příznaky.

Podle Martinové (2005) je *schéma intervencí* komplexní, uspořádaná klasifikace používaná k popisu činností a aktivit. Zde je výzkum zaměřen na dokumentování intervencí v jednotlivých kategoriích u problémů klientů s gastroenterologickým onemocněním. Jak uvádí Martinová (2005), *kategorie intervencí* jsou profesionální činnosti, aktivity, nebo intervence, vztahující se k specifickému problému. Týkají se *edukace, vedení a poradenství* (zahrnují poskytování informací, podporování aktivit

a zodpovědnosti klienta v péči o sebe sama, pomoc při rozhodování a řešení problému), *léčby a terapeutických postupů* (praktické postupy), *Case managementu* (koordinace multidisciplinární péče) a *Surveillance* (monitoring) (Martin, 2005). Konkrétní intervence definuje autorka Omaha systému jako „*cíle (targets)*“ a lze je plánovat/realizovat pro každou z výše uvedených kategorií.

Škála pro hodnocení výsledků problémů představuje podle Martinové (2005) systematický rámec vyvinutý k měření (kvantifikaci, objektivizaci) klientova pokroku ve vztahu k identifikovanému specifickému zdravotnímu problému. Pomocí pěti-bodové stupnice Likertovy škály identifikuje tři koncepty – vědomosti, chování a stav. Martinová (2005) definuje koncepty následovně: *vědomosti* jsou schopnosti klienta zapamatovat si a interpretovat informace, *chování* charakterizuje objektivní reakce, činnosti nebo aktivity (případně dovednosti) klienta. *Stav* je kondice ve vztahu k objektivním a subjektivním definujícím charakteristikám. V rámci výzkumu byly stanoveny otázky týkající se hodnocení výsledků problémů takto:

„*Jaké rozdíly dosahují hodnoty iniciálního a finálního hodnocení výsledků problémů jednotlivých domén podle pohlaví u klientů s gastroenterologickým onemocněním?*“

„*Existují rozdíly mezi iniciálními a finálními hodnotami výsledků problémů a věkem klientů s gastroenterologickým onemocněním?*“

„*Existují rozdíly mezi hodnotami iniciálního a finálního hodnocení výsledků problémů podle výběru intervencí z jednotlivých kategorií?*“

3 METODIKA

Zvolená metodika výzkumného šetření byla podmíněna nejen cílem výzkumu, jímž je „*prozkoumání možností implementace klasifikačního systému Omaha v komunitní praxi*“, ale též charakterem *objektu a předmětu* výzkumu.

Metoda výzkumu vycházela z výsledků studie Kathryn H. Bowles (2000) problémů pacienta a intervencí sester. Kvantitativní metoda zkoumání objektu výzkumu byla realizována pomocí dotazování s použitím ošetrovatelské dokumentace s implementovaným Omaha systémem (Příloha 1). Pro potřeby výzkumu a sběru dat byl použit formulář ošetrovatelské dokumentace s implementovaným Omaha systémem se souhlasem autorky Bowles (Příloha 3). Dokumentace pro sběr údajů v souvislosti s poskytovanou péčí zpracovaná Delfskou technikou, obsahovala tři komponenty Omaha systému (schéma klasifikace problémů, schéma intervencí a škálu pro hodnocení výsledků problémů). Problémy byly identifikovány podle výskytu subjektivních a objektivních znaků/příznaků pacienta ze schématu klasifikace problémů. K problémům byly určeny kategorie intervencí a cíle ošetrovatelské péče ze schématu intervencí. Každý identifikovaný problém byl hodnocen iniciálně a finálně použitím škály pro hodnocení výsledků problémů. Pomocí pěti-bodové Likertovy škály byly hodnoceny dimenze vědomostí (1 žádné vědomosti - 5 výborné vědomosti), chování (1 nepřiměřené - 5 jednoznačně vhodné) a stav (1 extrémní znaky/příznaky - 5 žádné znaky/příznaky). Formulář ošetrovatelské dokumentace s implementovaným Omaha systémem byl přeložen do češtiny pro potřeby cílové skupiny.

Kvantitativní výzkumné šetření probíhalo mezi červnem až prosincem 2015. Samotný sběr dat probíhal ve třech fázích. V *první etapě výzkumného šetření* bylo cílem identifikovat problémy pacientů dle schématu klasifikace problémů s provedením iniciálního hodnocení výsledků problémů tzv. *Admission Ratings* s použitím škály pro hodnocení výsledků problému. *Admission Ratings* je „*problém - specifické numerické hodnocení vědomostí, chování a stavu při první identifikaci problému jako vysoké priority pro klienta*“ (Martin, 2005, s. 466). *Druhá fáze výzkumu* byla zaměřena na mapování propojení problémů a intervencí ze schématu intervencí. Účinnost vybraných intervencí byla zjištěna finálním hodnocením výsledků problémů tzv. *Discharge Ratings* v rámci *třetí fáze výzkumu* použitím škály pro hodnocení výsledků problému.

Discharge Ratings je „*problém - specifické numerické hodnocení vědomostí, chování a stavu v čase, kdy je problém vyřešen, změněn na nižší prioritu, nebo když je klient propuštěn*“ (Martin, 2005, s. 466).

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výběr respondentů probíhal formou záměrného výběru, při němž rozhodnutí o zahrnutí respondentů do výzkumu nebylo provedeno pomocí pravděpodobnostního mechanismu, ale bylo vedeno záměrem výzkumného šetření. Všichni respondenti byli uživateli sekundární zdravotní péče při výskytu gastroenterologického onemocnění.

Pro výběr respondentů byla použita následující kritéria:

- respondenti byli ve věku 18-90 let,
- respondenti byli mužského/ženského pohlaví,
- respondenti pobývali ve vybrané lokalitě Ústeckého regionu,
- respondenti byli hospitalizováni/rehospitalizováni/dispensarizováni na gastroenterologii,
- respondenti byli léčeni pro výskyt gastroenterologické nemoci akutní/chronické formy,
- respondenti byli ochotni spolupracovat na výzkumném šetření.

Výzkumný soubor tvořili pacienti s výskytem gastroenterologického onemocnění v celkovém počtu 103 (Kapitola 4.1, obr. 1 - 5, s. 79-81).

Výzkumné šetření bylo realizováno v rámci poskytování ambulantní péče a lůžkové péče gastroenterologického oddělení Krajské zdravotní, a.s., Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, p.o. Pro poskytování ambulantní péče je zde zřízena specializovaná gastroenterologická a hepatologická ambulance, v níž jsou sledováni a léčeni pacienti s chronickými chorobami zažívacího traktu, jater, žlučových cest a pankreatu.

Výzkumné šetření realizovaly kontaktní osoby – sestry gastroenterologického oddělení Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem v celkovém počtu pět sester (dvě sestry ambulantní péče a tři sestry lůžkové péče). Zařazujícím kritériem pro výběr sester byly klinické zkušenosti při poskytování ošetrovatelské péče v gastroenterologii a hepatologii v délce 5 let a více. Sestry byly předem edukovány skupinovou formou o Omaha systému a způsobu dokumentování údajů do formuláře ošetrovatelské dokumentace s implementovaným Omaha systémem.

Oslovení respondentů výzkumného šetření probíhalo ve třech etapách. V první etapě šetření prováděly sestry ošetrovatelské posouzení potřeb pacienta podle Omaha systému a identifikaci problémů podle schématu klasifikace problémů. V rámci této etapy bylo provedeno iniciální hodnocení výsledků problémů s použitím škály pro hodnocení výsledků problémů. V druhé etapě plánovaly a realizovaly intervence ze schématu intervencí pro identifikované problémy. Finální hodnocení výsledků problémů, jimž sestry hodnotily účinnost vybraných intervencí, bylo náplní třetí fáze výzkumného šetření. Časový úsek mezi iniciálním hodnocením a finálním hodnocením byl od 1 týdne do 6 měsíců.

3.2 Statistické zpracování dat

Statistická analýza dat vycházela z kvantitativního designu výzkumu s použitím statistického programu SPSS 22.0 a MS Excel. Byla použita deskriptivní i inferenční statistika. V rámci popisu proměnných jsme se vyjadřovali v absolutních a relativních četnostech (frekvencích) jako i průměrných hodnotách.

Pro porovnání nominálních proměnných byl použit Fisherův přesný test, konkrétně jeho rozšíření na tabulky $r \times c$, který se nazývá Fisher-Freeman-Haltonův test. Použití Chi-kvadrátu v tomto případě nebylo vhodné, nakolik hodnoty v buňkách kontingenční tabulky byly i menší jako 10, dokonce i rovné 0.

Při komparaci dvou nezávislých souborů v jedné proměnné byl použit neparametrický Mann-Whitneyův U test. Výběr tohoto testu je odůvodněn tím, že v dané proměnné jsme neměli zaručenou normalitu dat, kterou jsme zjišťovali Kolmogorův-Smirnovým testem. Wilcoxonův pořadový test byl použit pro porovnání dvou proměnných, které byly ordinální (např. porovnání iniciálního a finálního hodnocení vědomostí).

Kruskal Wallisův H test byl použit jako neparametrický test na porovnání více jako dvou nezávislých souborů u jedné proměnné. Samotný test neobsahuje post hoc analýzu, tudíž ta byla v daném případě provedena Mann-Whitneyho U testem, kde jsme použili Bonferroniho korekci, tj. dosažená statistická významnost byla porovnávaná s hodnotou $\alpha = 0,05$ /počet provedených testů.

Kromě statistické významnosti, která byla standardně nastavená na hladinu $\alpha = 0,05$, jsme použili i věcnou významnost. Pro každý jeden test byl vybrán adekvátní výpočet věcné signifikance, a to v takovém případě, pokud vyšla statistická signifikance.

U Fisher-Freeman-Haltonova testu jsme jako velikost účinku použili Cramerovo V.

V případě použití Mann-Whitneyho U testu a Wilcoxonova testu jsme použili velikost účinku r :

$$r = \frac{Z}{\sqrt{n}}$$

kde n je celková velikost souboru a Z je hodnota testu. U Kruskal Wallisova testu se velikost účinku nepočítá, ale ta se počítá až následně v post hoc testech.

Interpretace Cramerova V testu jako i velikosti účinku r je standardně následovná:

- 0,1 = nízká velikost účinku,
- 0,3 = střední velikost účinku,
- 0,5 = vysoká velikost účinku.

Pro grafické zobrazení jsme využívali koláčové grafy, které zobrazují relativní četnosti hodnot proměnné a také sloupové grafy, které jsou grafickým znázorněním absolutních četností frekvenční tabulky. V určitých případech byly využity i 100 % skládané sloupové grafy, jinak nazývané i kumulativní grafy, které zobrazují relativní četnosti frekvenční tabulky a zároveň tak prezentují procentuální porovnání každé hodnoty, která přispívá k celku.

3.3 Metodologické a konceptuální omezení výzkumného šetření

Metodologickým omezením je nereprezentativnost vzorku a nestratifikace výzkumného souboru, přesto výsledky potvrzují některé významné skutečnosti (publikované v zahraničních zdrojích), které by bylo vhodné dále ověřit na reprezentativním vzorku (Brabcová, 2013).

4 VÝSLEDKY

V této kapitole disertační práce předkládáme výsledky výzkumu.

V kapitole 4.1 jsou uvedeny výsledky sociodemografických údajů respondentů výzkumného šetření.

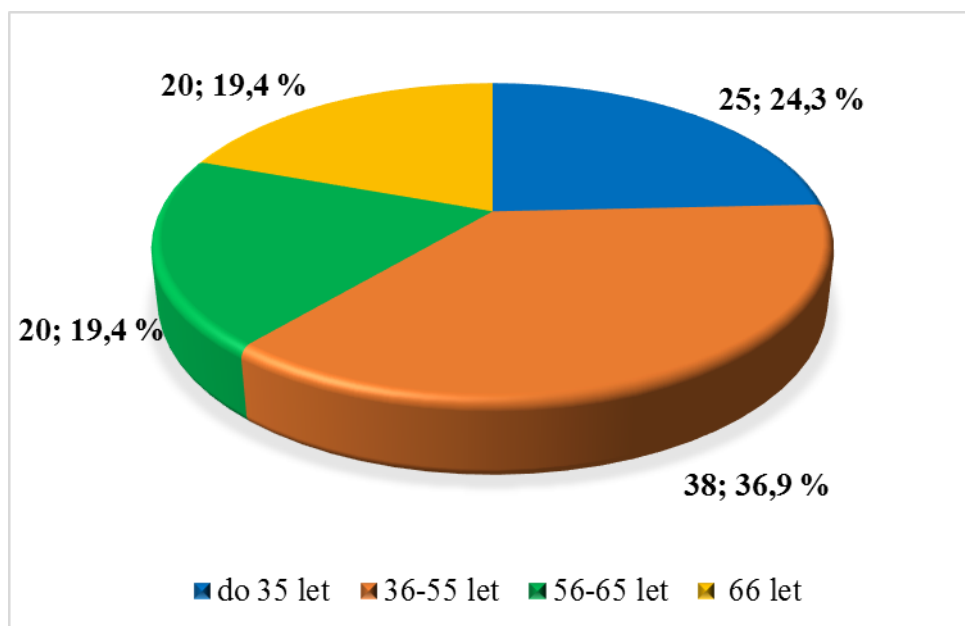
V kapitole 4.2 až 4.4 jsou předkládány deskriptivní výsledky výzkumného šetření, které bylo zaměřeno na identifikaci problémů pacientů dle schématu klasifikace problémů s provedením iniciálního hodnocení výsledků, mapování propojení problémů a intervencí ze schématu intervencí a zhodnocení účinnosti vybraných intervencí finálním hodnocením výsledků problémů.

V kapitole 4.5 jsou uvedeny výsledky statistického ověření hypotéz.

4.1 Analýza výsledků sociodemografických údajů

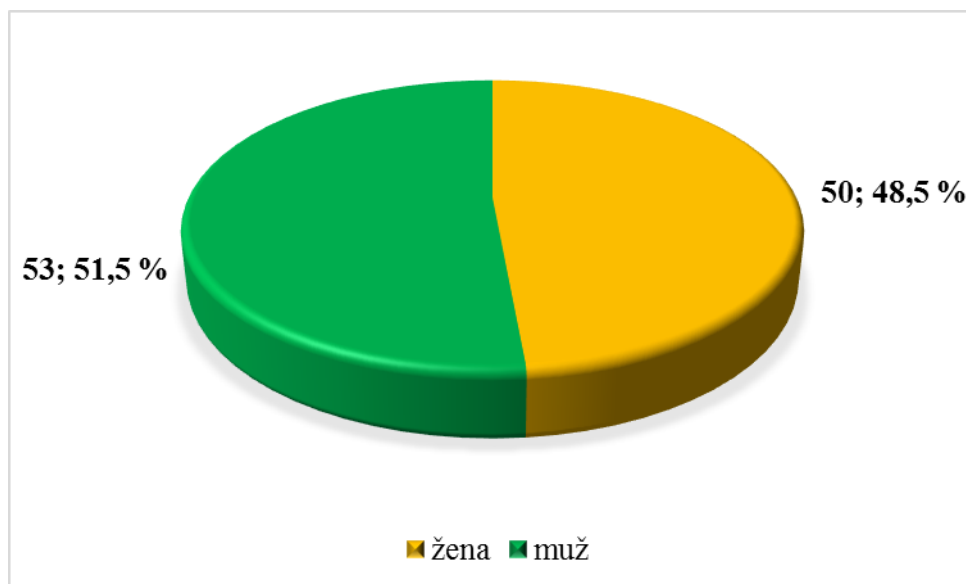
Výzkumný soubor tvořili pacienti s výskytem gastroenterologického onemocnění v celkovém počtu 103.

Z hlediska věkového rozdělení (obr. 1) bylo nejvíce pacientů ve věku od 36 do 55 let, a to 36,9 % (n = 38). Druhou nejpočetnější skupinu tvořili pacienti ve věku do 35 let (n = 25; 24,3 %). Následovala skupina pacientů ve věku od 56 do 65 let (n = 20; 19,4 %) a stejný počet tvořili respondenti ve věku nad 66 let (n = 20; 19,4 %).



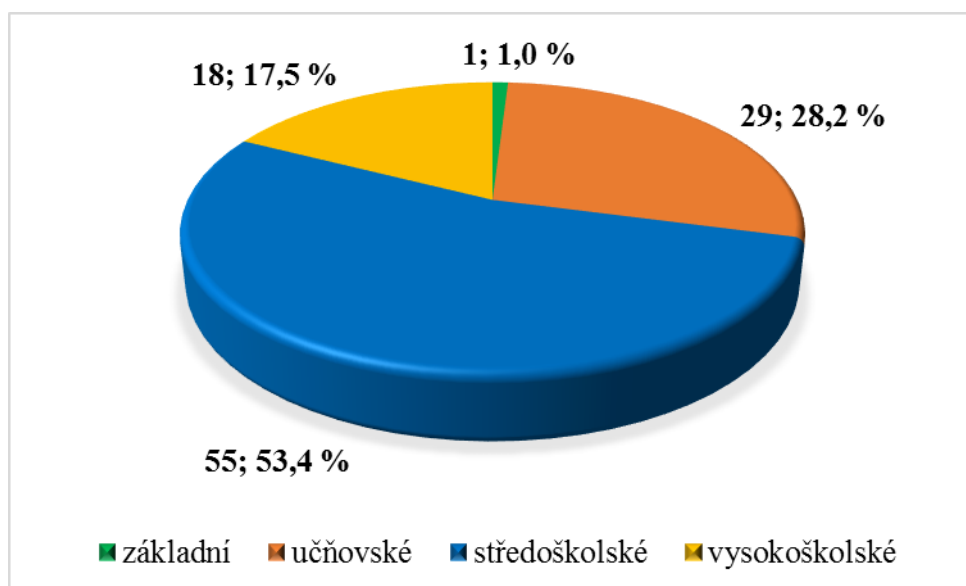
Obrázek 1 Rozdělení pacientů podle věku

Vzhledem k pohlaví (obr. 2) bylo ve skupině pacientů 48,5 % (n = 50) žen a 51,5 % (n = 53) mužů.



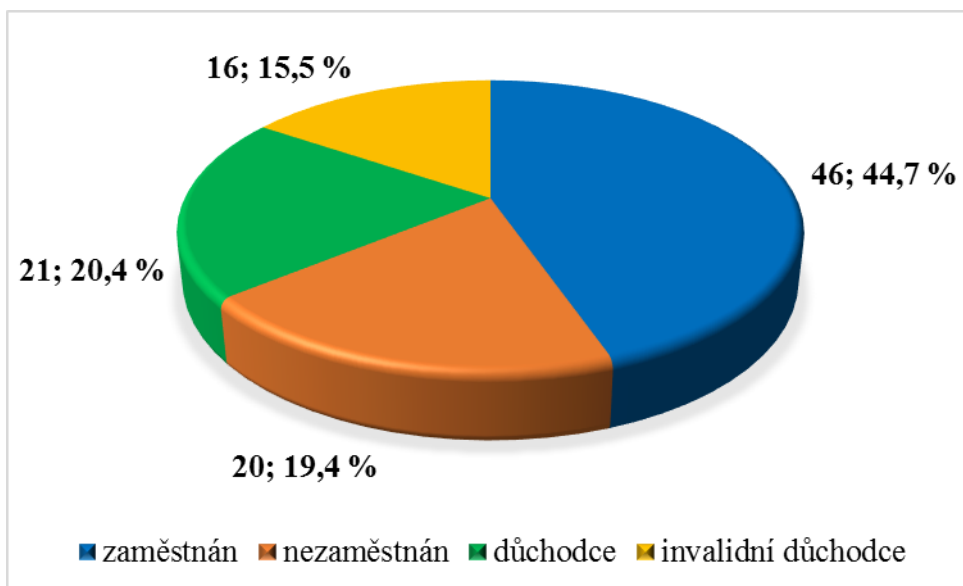
Obrázek 2 Rozdělení pacientů podle pohlaví

Při analýze vzdělání (obr. 3) mělo 53,4 % (n = 55) pacientů středoškolské vzdělání, 28,2 % (n = 29) učňovské vzdělání, 17,5 % (n = 18) vysokoškolské vzdělání a jeden respondent měl základní vzdělání.



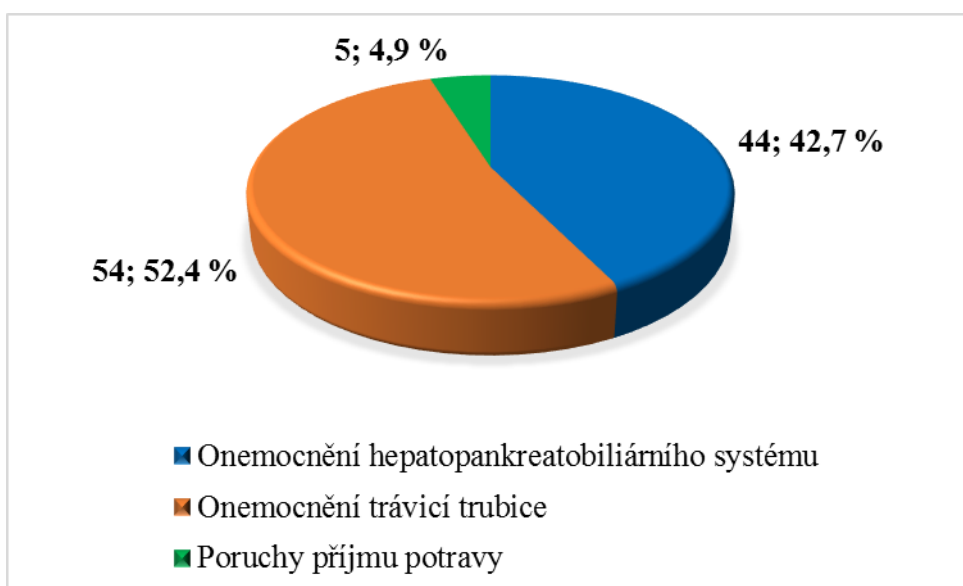
Obrázek 3 Rozdělení pacientů podle vzdělání

Při analýze vzdělání (obr. 4) byli pacienti v nejvyšší míře zaměstnaní (44,7 %; n = 46), důchodci (20,4 %; n = 21), nezaměstnaní (19,4 %; n = 20) a invalidní důchodci (15,5 %; n = 16).



Obrázek 4 Rozdělení pacientů podle zaměstnání

U 42,7 % pacientů (n = 44) bylo diagnostikováno onemocnění hepatopankreatobiliárního systému, u 52,4 % (n = 54) pacientů onemocnění trávicí trubice a u 4,9 % (n = 5) klientů poruchy příjmu potravy (obr. 5).



Obrázek 5 Rozdělení pacientů podle diagnózy

V rámci jednotlivých onemocnění byly identifikovány i konkrétní diagnózy (tab. 1). Z onemocnění hepatopankreatobiliárního systému bylo nejčastějším onemocněním jaterní cirhóza (n = 15) a pankreatitida (n = 11). U chorob trávicí trubice bylo nejčastějším onemocněním respondentů M. Crohn (n = 16) a ulcerózní kolitida (n = 10) a u poruch příjmu potravy anorexie (n = 3).

Tabulka 1 Frekvence gastroenterologických onemocnění

	diagnóza	Četnost
Onemocnění hepatopankreatobiliárního systému	jaterní cirhóza	15
	pankreatitida	11
	karcinom pankreatu	7
	cholecystitida	3
	hypercholesterolémie	2
	stenóza d. choledochus	2
	hepatopatie	1
	cholangiokarcinom	1
	cholangoitida	1
	cholecystolithiáza	1
Onemocnění trávicí trubice	Morbus Crohn	16
	ulcerózní kolitida	10
	syndrom krátkého střeva	4
	polyp tlustého střeva	3
	infekce Helicobacter pylori	3
	achalázie	2
	karcinom sigmatu	2
	meléna	2
	karcinom jícnu	2
	zácpa	2
	stenóza jícnu	2
	kolorektální karcinom	2
	vředová choroba gastroduodena	2
	gastritis acuta	1
stenóza tlustého střeva	1	

poruchy příjmu potravy	anorexie	3
	nechutenství	1
	zvracení	1

4.2 Analýza výsledků schématu klasifikace problémů

Omaha systém rozeznává čtyři typy domén – doménu environmentální, psychosociální, fyziologickou a doménu chování ve vztahu ke zdraví, přičemž každá z těchto domén má konkrétní počet problémů. Celkově sestry identifikovaly a zaznamenaly 275 problémů u všech pacientů, v průměru tři problémy u jednoho pacienta. Nejvyšší počet problémů byl u jednoho pacienta 11 a nejnižší počet problémů byl u jednoho pacienta jeden.

Z hlediska četnosti problémů pacientů v jednotlivých doménách (obr. 6), bylo nejvíce, spolu 68,4 % (n = 188) problémů z domény fyziologické, následně 20 % (n = 55) problémů bylo z domény chování ve vztahu ke zdraví, dále 11,3 % (n = 31) problémů bylo z domény psychosociální a 0,4 % (n = 1) problémů bylo z domény environmentální (konkrétně se jednalo o problém: plat/výdělek u klienta s jaterní cirhózou).



Obrázek 6 Četnosti problémů pacientů v jednotlivých doménách

Problém trávení-hydratace byl identifikován s nejvyšší frekvencí výskytu, a to konkrétně u 46,6 % pacientů (n = 48). Dále následovaly problémy bolesti u 43,7 % (n = 45) pacientů, činnosti tlustého střeva u 43,7 % (n = 45) pacientů a problém výživy u 40,8 % (n = 42) pacientů. Frekvence ostatních problémů jsou značně nižší. Problém cirkulace byl evidován u 11,7 % (n = 12) pacientů, problém kůže a problém nervo-svalově-pohybové funkce u 9,7 % (n = 10) pacientů, smutku u 6,8 % (n = 7) pacientů, problém mentálního zdraví a přenosných onemocnění u 5,8 % (n = 6) pacientů. Shodně byly problémy sociálního kontaktu, změněné role, kognice, užívání látek a dodržování léčebného režimu přítomny u 4,9 % (n = 5) pacientů. Problém funkce močového měchýře byl zaznamenán u 3,9 % (n = 4) pacientů. Rovněž byly problémy komunikace s komunitními zdroji, mezilidských vztahů a spánku/odpočinku přítomny u 2,98 % (n = 3) pacientů. Problém spirituality byl identifikován u 1,9 % (n = 2) pacientů. Ostatní problémy, jmenovitě: plat/výdělek, dýchání, osobní péče a dohled nad zdravotní péčí, byly evidované sestrami u jednoho klienta.

Při rozdělení těchto problémů do domén bylo nejvíce problémů (n = 10) z domény fyziologické, následně (n = 7) z domény psychosociální, z domény chování ve vztahu ke zdraví (n = 6) a jeden problém z domény environmentální.

Tabulka 2 Problémy pacientů

Doména	Problém	f	%
Fyziologická	trávení-hydratace	48	46,6 %
Fyziologická	bolest	45	43,7 %
Fyziologická	činnost tlustého střeva	45	43,7 %
Chování ve vztahu ke zdraví	výživa	42	40,8 %
Fyziologická	cirkulace	12	11,7 %
Fyziologická	kůže	10	9,7 %
Fyziologická	nervo-svalově-pohybové funkce	10	9,7 %
Psychosociální	smutek	7	6,8 %
Psychosociální	mentální zdraví	6	5,8 %
Fyziologická	přenosná onemocnění	6	5,8 %
Psychosociální	sociální kontakt	5	4,9 %
Psychosociální	změněná role	5	4,9 %
Fyziologická	kognice	5	4,9 %

Chování ve vztahu ke zdraví	užívání látek	5	4,9 %
Chování ve vztahu ke zdraví	dodržování léčebného režimu	5	4,9 %
Fyziologická	funkce močového měchýře	4	3,9 %
Psychosociální	komunikace s komunitními zdroji	3	2,9 %
Psychosociální	mezilidské vztahy	3	2,9 %
Chování ve vztahu ke zdraví	spánek/odpočinek	3	2,9 %
Psychosociální	spiritualita	2	1,9 %
Environmentální	plat/výdělek	1	1,0 %
Fyziologická	dýchání	1	1,0 %
Chování ve vztahu ke zdraví	osobní péče	1	1,0 %
Chování ve vztahu ke zdraví	dohled nad zdravotní péčí	1	1,0 %
spolu		275	100 %

Legenda: f – četnosti (frekvence); % - relativní četnosti (procenta)

4.3 Analýza výsledků schématu intervencí

Omaha systém nabízí i dokumentování intervencí problémů. Cílem druhé fáze výzkumného šetření bylo právě mapování propojení problémů a intervencí ze schématu intervencí. Ve výzkumném souboru bylo zaznamenáno 50 různých intervencí. Spolu bylo evidovaných 1 118 intervencí (u jednoho problému bylo možné dokumentovat i více intervencí). V průměru byly zaznamenány čtyři intervence pro každý problém (1 118/275 problémů = 4,07).

Intervence s nejvyšší frekvencí dokumentování byla intervence znaky/příznaky – fyzické, přítomna u 14,4 % (n = 162) případů z celkového počtu intervencí. Druhým nejčastějším cílem bylo podávání léku u 11,4 % (n = 128) případů z celkového počtu intervencí a následoval cíl management diety u 9,7 % (n = 109) případů z celkového počtu intervencí. Ostatní intervence byly zastoupeny v 6 % a méně než 6 % (tab. 3). Zařazení intervencí do kategorií (zda se jednalo o edukaci, vedení a poradenství, o léčbu a terapeutické postupy, o case management, nebo o surveillance), označuje černé znaménko (tab. 3). Nejčastěji byly intervence v kategorii EVP – Edukace, vedení a poradenství (n = 32), dále v kategorii LP – Léčba a terapeutické postupy (n = 25),

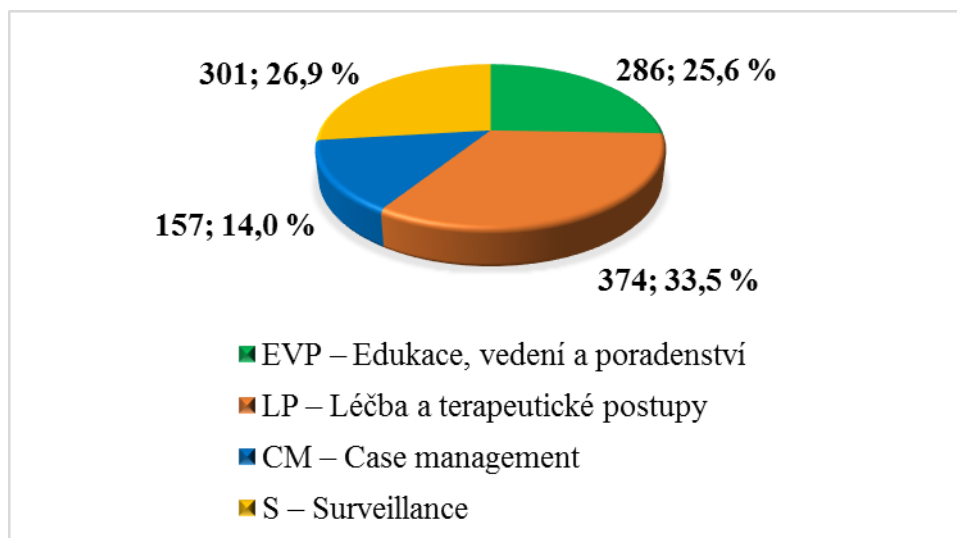
v kategorii CM – Case management (n = 19) a nakonec v kategorii S – Surveillance (n = 17)

Tabulka 3 Intervence problémů

	f	%	EVP	LP	CM	S
znaky/příznaky – fyzické	162	14,5 %	•	•		•
podávání léků	128	11,4 %	•	•		
management diety	109	9,7 %	•	•	•	•
laboratorní ukazatele	67	6,0 %	•	•		•
odběry biologického materiálu	60	5,4 %		•		
lékařská/zubní péče	59	5,3 %	•	•	•	•
nutriční péče	51	4,6 %			•	•
podávání stravy/krmení	50	4,5 %	•	•		
péče o střevo	47	4,2 %	•	•		•
screeningová vyšetření	42	3,8 %	•	•		•
edukace	38	3,4 %	•			
kontinuita péče	24	2,1 %	•		•	•
disciplína	23	2,1 %	•			•
změna chování	23	2,1 %	•			•
medikace/vedlejší účinky	16	1,4 %	•	•		
podpůrný systém	14	1,3 %	•		•	
paliativní péče	12	1,1 %	•		•	
kopingové dovednosti/zvládání zátěže	11	1,0 %	•			•
vybavení	11	1,0 %	•	•	•	•
podporná skupina	11	1,0 %	•		•	•
znaky/příznaky – duševní/emocionální	10	0,9 %				•
ochrana před infekcí	10	0,9 %	•	•		
polohování	9	0,8 %		•		

kardiologická péče	9	0,8 %	•	•		
převazy/péče o ránu	8	0,7 %		•		
péče o močový měchýř	8	0,7 %	•	•		
stomická péče	8	0,7 %		•	•	
interakce	7	0,6 %	•	•	•	
spirituální péče	7	0,6 %			•	
koordinace medikace/předpisu	7	0,6 %	•		•	
ošetřovatelská péče	7	0,6 %		•		
pečovatelská služba	7	0,6 %	•		•	
osobní hygiena	6	0,5 %	•	•		
péče o kůži	6	0,5 %		•		
fyzioterapie	6	0,5 %			•	
anatomie/fyziologie	5	0,4 %	•			
sociální práce/poradenství	5	0,4 %			•	
služby tlumočnicka	5	0,4 %			•	
prostředí	4	0,4 %	•			•
relaxace/dechová cvičení	4	0,4 %	•			
bezpečnost	4	0,4 %		•		•
vhodné zdravotnické vybavení	3	0,3 %	•	•		
cvičení	3	0,3 %	•			
stimulace/podpora	3	0,3 %	•	•		
denní péče/denní stacionář	2	0,2 %			•	
služby komunitního terénního pracovníka	2	0,2 %			•	
ergoterapeutická péče	2	0,2 %			•	
komunikace	1	0,1 %	•			
respirační péče	1	0,1 %		•		
ukončení užívání návykových látek	1	0,1 %				•
Spolu	1118	100 %	32	25	19	17

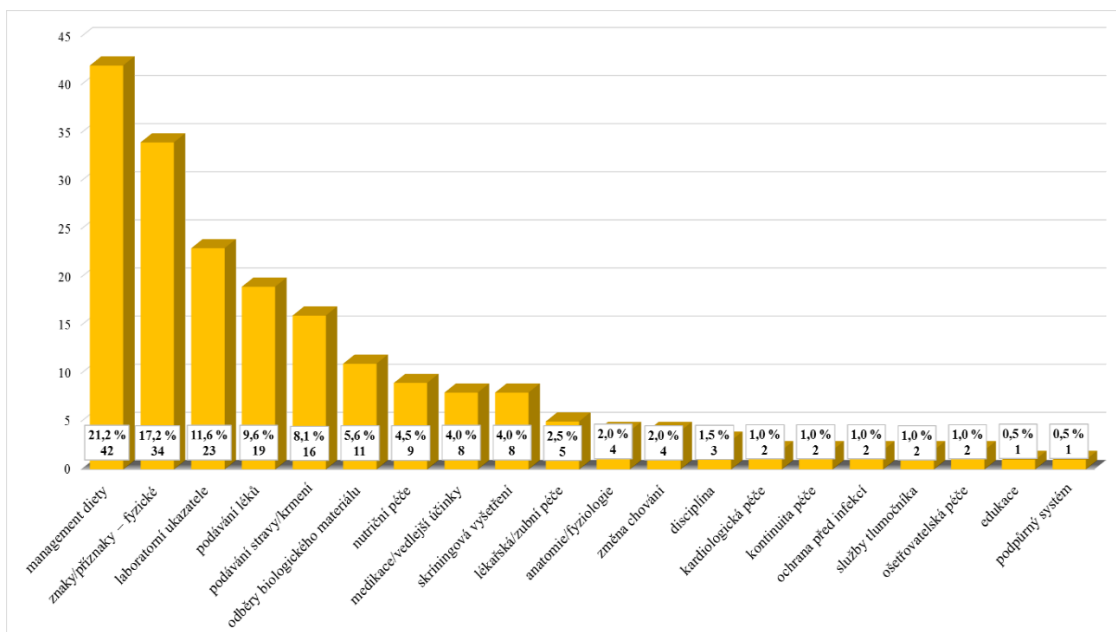
Z celkového počtu 1 118 intervencí bylo nejvíce přiřazených v kategorii LP – Léčba a terapeutické postupy – 33,5 % (n = 374), 26,9 % (n = 301) intervencí v kategorii S – Surveillance, 25,6 % (n = 286) v kategorii EVP – Edukace, vedení, poradenství a 14 % (n = 157) intervencí v kategorii CM – Case management (obr. 7).



Obrázek 7 Kategorie intervencí

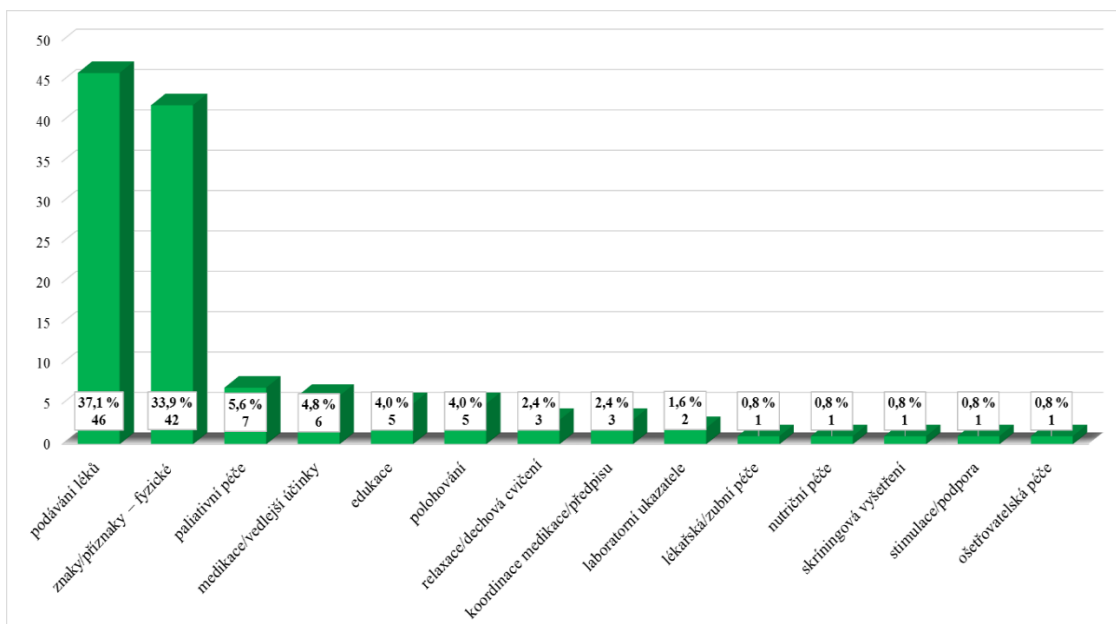
Nejčastějšími problémy lze označit čtyři problémy, a to konkrétně problém trávení-hydratace, problém bolesti, problém činnosti tlustého střeva a problém výživy (tab. 2). U těchto problémů jsme se zaměřili i na frekvence použitých intervencí (pracovali jsme s celkovým počtem intervencí vzhledem k tomu, že u jednotlivých problémů se mohlo objevit i více intervencí).

U problému trávení-hydratace bylo celkově dokumentovaných 20 různých intervencí (obr. 8). Nejčastěji uváděnou intervencí u tohoto problému byl management diety (n = 42; 21,2 %), dále znaky/příznaky – fyzické (n = 34; 17,2 %), laboratorní ukazatele (n = 23; 11,6 %), podávání léků (n = 19; 9,6 %) a podávání stravy/krmení (n = 16; 8,1 %). Ostatní intervence byly zastoupeny v méně jako 6 % tohoto problému.



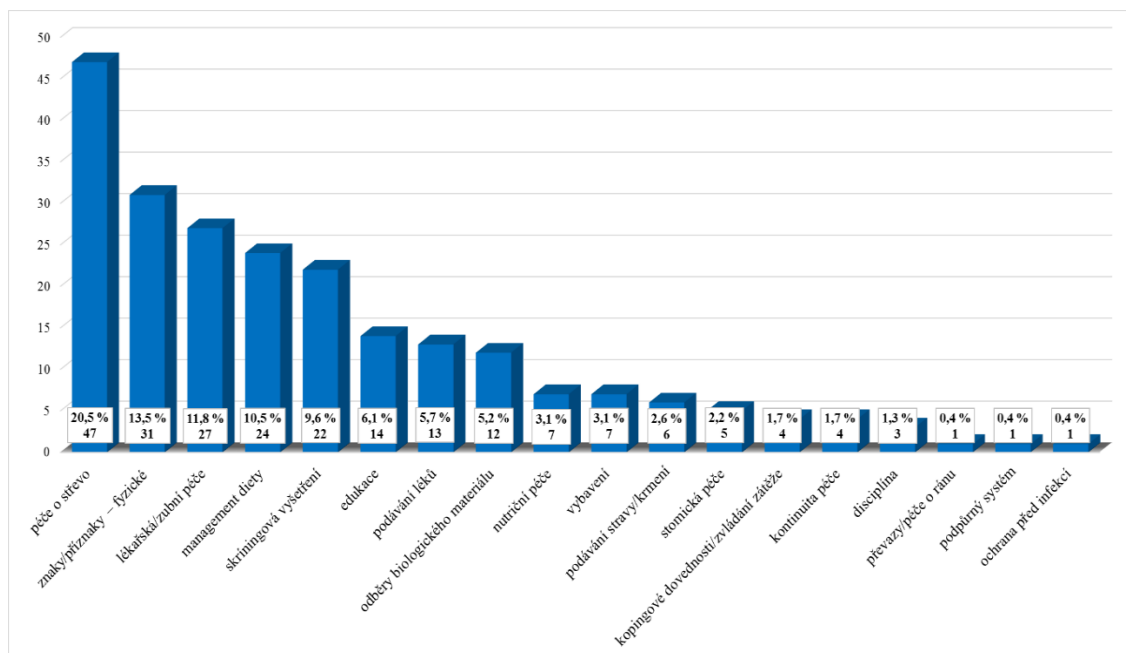
Obrázek 8 Intervence u problému trávení-hydratace

U problému bolest bylo celkově dokumentovaných 14 různých intervencí (obr. 9). Nejčastější intervencí bylo podávání léků (n = 45; 37,1 %) a znaky/příznaky – fyzické (n = 42; 33,9 %). Ostatní intervence byly zastoupeny v méně jako 6 % tohoto problému.



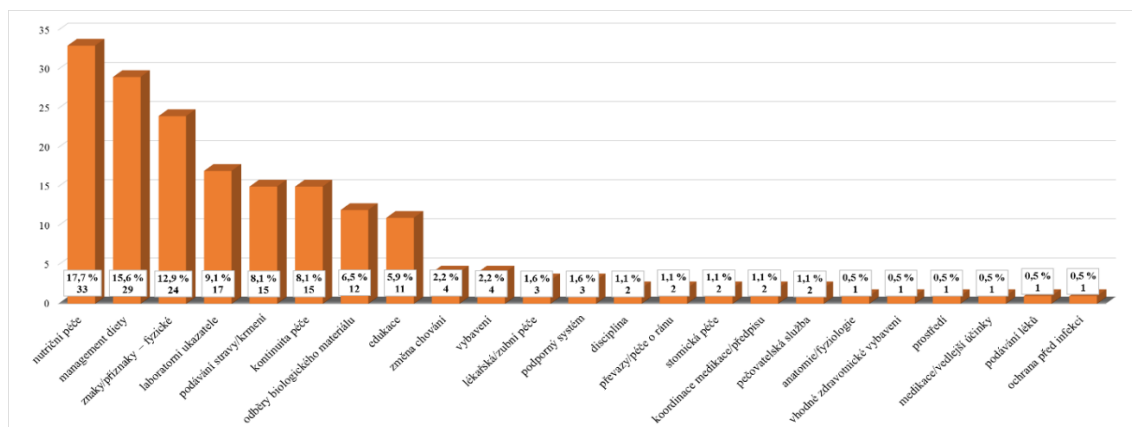
Obrázek 9 Intervence u problému bolest

K nejčastějším problémům, které sestry zaznamenaly, patřil i problém činnost tlustého střeva, u kterého bylo celkově evidovaných 18 různých intervencí (obr. 10). V tomto případě byla nejčastější intervencí péče o střevo (n = 47; 20,5 %), dále znaky/příznaky – fyzické (n = 31; 13,5 %), lékařská/zubní péče (n = 27; 11,8 %), management diety (n = 24; 10,5 %) a screeningová vyšetření (n = 22; 9,6 %). Ostatní intervence byly zastoupeny v méně jako 7 % tohoto problému.



Obrázek 10 Intervence u problému činnost tlustého střeva

Jedním z nejčastěji posuzovaných problémů sestrami byl i problém výživa. Celkově bylo u tohoto problémů dokumentovaných 23 různých intervencí (obr. 11). Nejčastěji uváděnou intervencí u tohoto problémů byla nutriční péče (n = 33; 17,7 %), management diety (n = 29; 15,6 %), znaky/příznaky – fyzické (n = 24; 12,9 %). Ostatní intervence byly zastoupeny v méně jako 10 % tohoto problému.



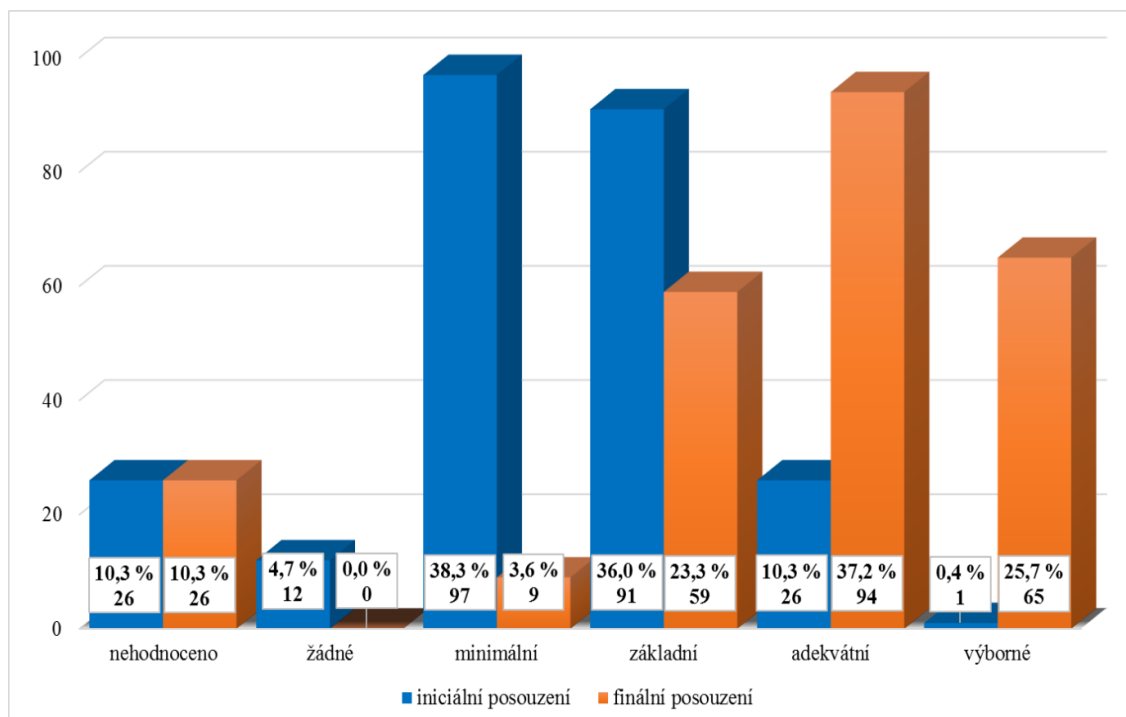
Obrázek 11 Intervence u problému výživa

4.4 Analýza výsledků hodnocení problémů

Omaha systém nabízí hodnocení výsledků problému ve třech dimenzích: v dimenzi vědomostí, chování a stavu. Sestry hodnotily výsledky problémů při vstupu (iniciálně) a výstupu (finálně). Celkově bylo hodnoceno 253 problémů z 273 problémů (u 20 problémů nebylo hodnocení uvedeno). Na hodnocení výše uvedených dimenzí používaly sestry škálu pro hodnocení výsledků problémů Omaha systému, přičemž se vyskytla i možnost nehodnotit, jelikož u některých problémů nebylo možné hodnotit daný problém ve všech dimenzích.

Vědomosti při iniciálním hodnocení (obr. 12) byly sestrami u 12 (4,7 %) problémů označené jako žádné, u 97 (38,3 %) problémů jako minimální, u 91 (36 %) problémů jako základní, u 26 (10,3 %) problémů adekvátní a u jednoho (0,4 %) problému jako výborné. U 26 (10,3 %) problémů nebylo žádné hodnocení.

Ve finálním hodnocení (obr. 12) byly vědomosti označené u 9 (3,6 %) problémů jako minimální, u 59 (23,3 %) problémů jako základní, u 94 (37,2 %) problémů jako adekvátní a u 65 (25,7 %) problémů jako výborné.



Obrázek 12 Iniciální a finální posouzení vědomostí

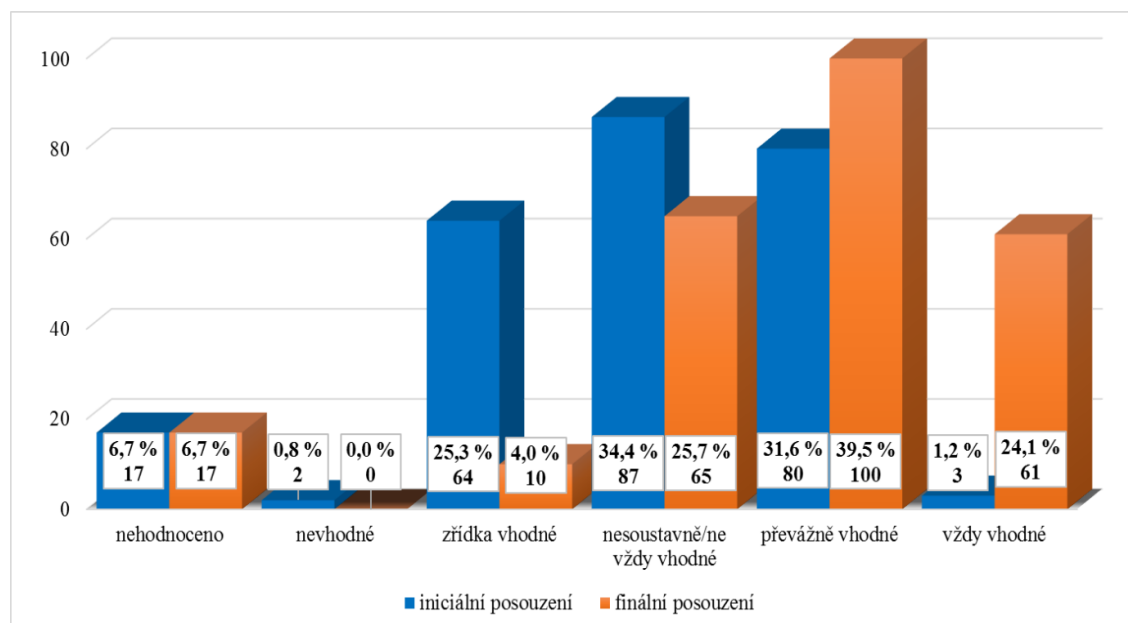
Pro srovnání vědomostí při iniciálním a finálním posouzení byl použit Wilcoxonův pořadový test (tab. 4). U 212 problémů byly vědomosti hodnoceny pozitivněji finálně než iniciálně a u 41 problémů se hodnocení vědomostí nezměnilo. Mezi hodnotami iniciálního a finálního posouzení vědomostí existuje statisticky významný rozdíl s vysokou velikostí účinku ($Z = -13,086$; $p < 0,001$; $r = 0,582$). Vědomosti jsou při finálním hodnocení posuzované pozitivněji než při iniciálním hodnocení.

Tabulka 4 Srovnání vědomostí při iniciálním a finálním hodnocení (Wilcoxonův pořadový test)

hodnota Z	statistická významnost	velikost účinku
-13,086	0,000	0,582

Chování při iniciálním posouzení (obr. 13) nebylo hodnoceno u 17 (6,7%) problémů. U dvou (0,8%) problémů bylo hodnoceno jako nevhodné, u 64 (25,3%) problémů jako zřídka vhodné, u 87 (34,4%) problémů jako nesoustavně/ne vždy vhodné, u 80 (31,6%) problémů jako převážně vhodné a u tří (1,2%) problémů jako vždy vhodné (obr. 13).

Ve finálním posuzování (obr. 13) hodnotily sestry chování jako zřídka vhodné u 10 (4%) problémů, nesoustavně/ne vždy vhodné u 65 (25,7%) problémů, převážně vhodné u 100 (39,5%) problémů a vždy vhodné u 61 (24,1%) problémů.



Obrázek 13 Iniciální a finální posouzení chování

Pro srovnání chování při iniciálním a finálním posouzení byl použit Wilcoxonův pořadový test (tab. 5). U 141 problémů bylo chování hodnoceno pozitivněji finálně než iniciálně a u 112 problémů se hodnocení nezměnilo. Mezi hodnotami iniciálního a finálního posouzení chování existuje statisticky významný rozdíl s vysokou velikostí účinku ($Z = -10,789$; $p < 0,001$; $r = 0,479$). Chování je ve finálním hodnocení posuzováno pozitivněji než v iniciálním hodnocení.

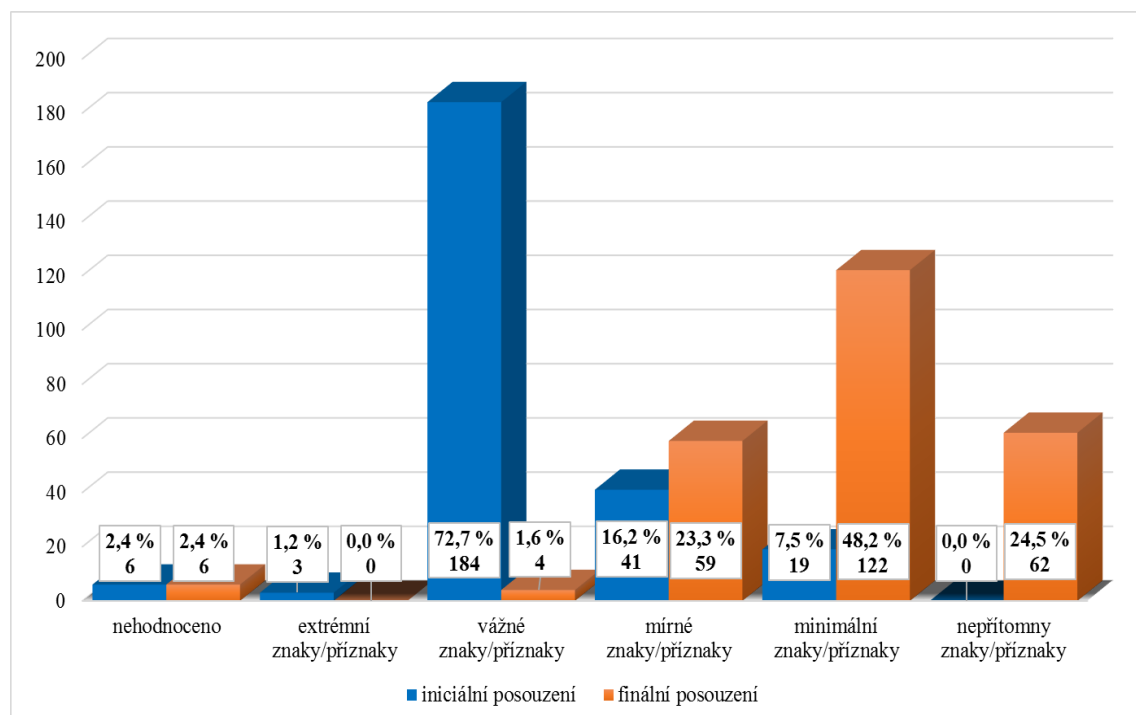
Tabulka 5 Srovnání chování při iniciálním a finálním hodnocení (Wilcoxonův pořadový test)

hodnota Z	statistická významnost	velikost účinku
-10,789	0,000	0,479

Poslední dimenzi, kterou posuzovaly sestry, byl stav pacienta ve vztahu k subjektivním a objektivním charakteristikám. Sestry nehodnotily stav při iniciálním posouzení (obr. 14) u 6 (2,4 %) problémů.

Extrémní znaky/příznaky byly evidované u tří (1,2 %) problémů, vážné znaky/příznaky u 184 (72,7 %) problémů, mírné znaky/příznaky u 41 (16,2 %) problémů a minimální znaky/příznaky u 19 (7,5 %) problémů.

Při finálním posuzování (obr. 14) byly vážné znaky/příznaky přítomny u čtyř (1,6 %) problémů, mírné znaky/příznaky u 59 (23,3 %) problémů, minimální znaky/příznaky u 122 (48,2 %) problémů a nepřítomny znaky/příznaky u 62 (24,5 %) problémů.



Obrázek 14 Iniciální a finální posouzení stavu

Pro srovnání iniciálního a finálního hodnocení stavu byl použit Wilcoxonův pořadový test (tab. 6). U dvou problémů byl stav hodnocen negativněji finálně než iniciálně, u 231 problémů byl stav hodnocen pozitivněji finálně než iniciálně a u 19 problémů se hodnocení nezměnilo. Mezi hodnotami iniciálního a finálního hodnocení stavu existuje statisticky významný rozdíl s vysokou velikostí účinku ($Z = -13,549$; $p < 0,001$; $r = 0,603$). Stav byl ve finálním hodnocení posuzován pozitivněji než v iniciálním hodnocení.

Tabulka 6 Srovnání iniciálního a finálního hodnocení stavu (Wilcoxonův pořadový test)

hodnota Z	statistická významnost	velikost účinku
-13,549	0,000	0,603

4.5 *Statistické ověřování hypotéz*

V této kapitole disertační práce jsou uvedeny výsledky statistického ověřování hypotéz. Získaná data byla testována v programu SPSS 22.0 a MS Excel. Pro statistické testování byl zvolen Fisherův přesný test, Mann Whitneyův U test, Wilcoxonův pořadový test, Kruskal Wallisův test a post hoc test.

4.5.1 *Komparace výskytu problémů pacientů podle věku*

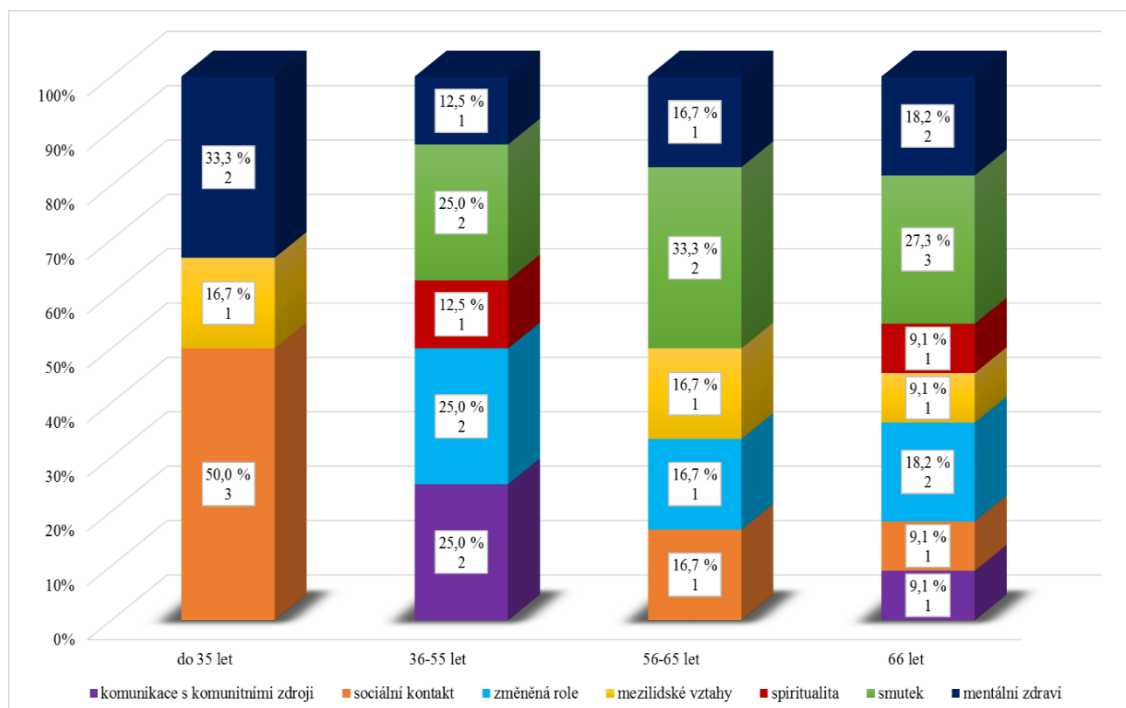
Hypotéza 1: Existují rozdíly ve výskytu problémů v jednotlivých doménách u klientů s gastroenterologickým onemocněním dle věku.

Při ověřování uvedené hypotézy jsme se zaměřili na to, zda v jednotlivých doménách existují rozdíly ve výskytu problémů vzhledem k věku. Omaha systém obsahuje čtyři domény – environmentální, psychosociální, fyziologickou a doménu chování ve vztahu ke zdraví.

V environmentální doméně byl zaznamenán pouze jeden problém, proto jsme s touto doménou dále nepracovali.

V psychosociální doméně bylo identifikováno 31 problémů, v pořadí smutek ($n = 7$), mentální zdraví ($n = 6$), sociální kontakt ($n = 5$), změněná role ($n = 5$), komunikace s komunitními zdroji ($n = 3$) a spiritualita ($n = 2$).

Při analýze výskytu uvedených problémů vzhledem k věku (obr. 15), bylo zjištěno, že ve skupině do 35 let se nejvíce vyskytoval problém sociální kontakt ($n = 3$; 50 %), dále problém mentální zdraví ($n = 2$; 33,3 %) a problém mezilidské vztahy ($n = 1$; 16,7 %). U pacientů od 36 let do 55 let dominovaly problémy komunikace s komunitními zdroji ($n = 2$; 25 %), změněná role ($n = 2$; 25 %) a problém smutek ($n = 2$; 25 %), dále problémy spiritualita ($n = 1$; 12,5 %) a mentální zdraví ($n = 1$; 12,5 %). U pacientů ve věku od 56 let do 65 let sestry nejčastěji dokumentovaly problém smutek ($n = 2$; 33,3 %), dále sociální kontakt ($n = 1$; 16,7 %), změněná role ($n = 1$; 16,7 %), mezilidské vztahy ($n = 1$; 16,7 %) a mentální zdraví ($n = 1$; 16,7 %). U nejstarší kategorie pacientů, ve věku nad 66 let, byl zaznamenán s nejvyšší frekvencí výskytu problémů psychosociální domény problém smutek ($n = 3$; 27,3 %), změněná role ($n = 2$; 18,2 %) a mentální zdraví ($n = 2$; 18,2 %) a problémy komunikace s komunitními zdroji ($n = 1$; 9,1 %), sociální kontakt ($n = 1$; 9,1 %), mezilidské vztahy ($n = 1$; 9,1 %) a spiritualita ($n = 1$; 9,1 %).



Obrázek 15 Rozdíly ve výskytu problémů podle věku v psychosociální doméně

Na základě Fisher-Freeman-Haltonova testu lze konstatovat (tab. 7), že v psychosociální doméně neexistují rozdíly ve výskytu problémů u pacientů s gastroenterologickým onemocněním vzhledem na věk ($p > 0,05$).

Tabulka 7 Komparace výskytu problémů v psychosociální doméně vzhledem k věku

Fisher-Freeman-Haltonův test	statistická významnost
14,343	0,763

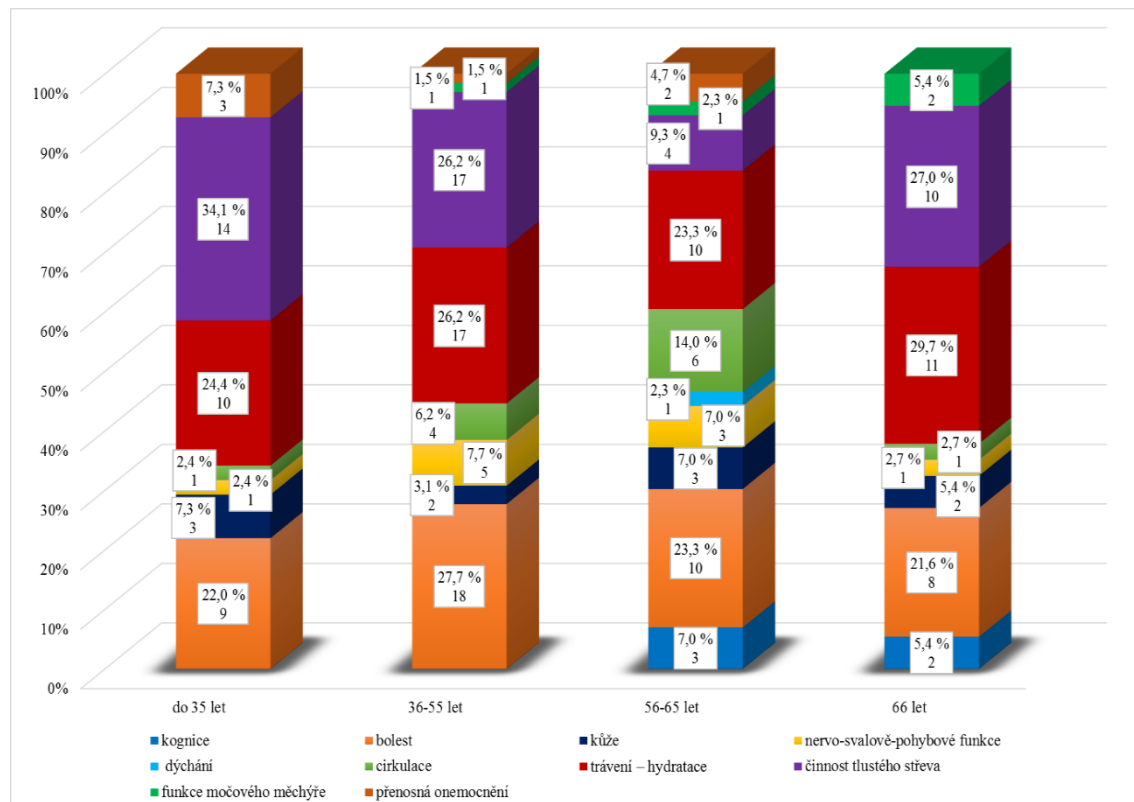
Ve fyziologické doméně byl nejčastěji dokumentovaný problém trávení-hydratace ($n = 48$), poté problém bolest ($n = 45$) a činnost tlustého střeva ($n = 45$), dále následoval problém cirkulace ($n = 12$), kůže ($n = 10$) a nervo-svalově-pohybové funkce ($n = 10$), přenosná onemocnění ($n = 6$), kognice ($n = 5$) jako i problém funkce močového měchýře ($n = 4$) a problém dýchání ($n = 1$). Spolu bylo v této doméně identifikováno 186 problémů (obr. 16).

Ve skupině do 35 let dominoval problém činnost tlustého střeva ($n = 14$; 34,1 %), dále problém trávení-hydratace ($n = 10$; 24,4 %), bolest ($n = 9$; 22 %), kůže ($n = 3$; 7,3 %) a problém přenosná onemocnění ($n = 3$; 7,3 %) a nakonec problém nervo-svalově-pohybové funkce ($n = 1$; 2,4 %) a cirkulace ($n = 1$; 2,4 %).

U věkové skupiny pacientů od 36 do 55 let sestry nejčastěji uváděly problém bolesti (n = 18; 27,7 %), trávení-hydratace (n = 17; 26,2 %) a problém činnost tlustého střeva (n = 17; 26,2 %), dále problém nervo-svalově-pohybové funkce (n = 5; 7,7 %), krevní oběh (n = 4; 6,2 %), kůže (n = 2; 3,1 %) a nakonec problém funkce močového měchýře (n = 1; 1,5 %) a problém přenosná onemocnění (n = 1; 1,5 %).

V dokumentaci pacientů ve věku od 56 do 65 let se jednalo nejčastěji o problém bolesti (n = 10; 23,3 %) a problém trávení-hydratace (n = 10; 23,3 %). K dalším frekventovaným problémům řadily sestry problém cirkulace (n = 6; 14 %), činnost tlustého střeva (n = 4; 9,3 %), problém kognice (n = 3; 7 %), problém kůže (n = 3; 7 %), problém nervo-svalově-pohybové funkce (n = 3; 7 %), problém přenosná onemocnění (n = 2; 4,7 %) a nakonec problém dýchání (n = 1; 2,3 %) a problém funkce močového měchýře (n = 1; 2,3 %).

V nejstarší skupině pacientů nad 66 let dominoval svým výskytem problém trávení-hydratace (n = 11; 29,7 %), dále činnost tlustého střeva (n = 10; 27 %) a problém bolesti (n = 8; 21,6 %). Následovaly problémy jako kognice (n = 2; 5,4 %), kůže (n = 2; 5,4 %), funkce močového měchýře (n = 2; 5,4 %) a nakonec problémy nervo-svalově-pohybové funkce (n = 1; 2,7 %) a cirkulace (n = 1; 2,7 %).



Obrázek 16 Rozdíly ve výskytu problémů podle věku ve fyziologické doméně

Na základě Fisher-Freeman-Haltonova testu lze konstatovat (tab. 8), že ve fyziologické doméně neexistují rozdíly ve výskytu problémů u pacientů s gastroenterologickým onemocněním vzhledem k věku ($p > 0,05$).

Tabulka 8 Komparace výskytu problémů ve fyziologické doméně vzhledem k věku

Fisher-Freeman-Haltonův test	statistická významnost
32,85	0,183

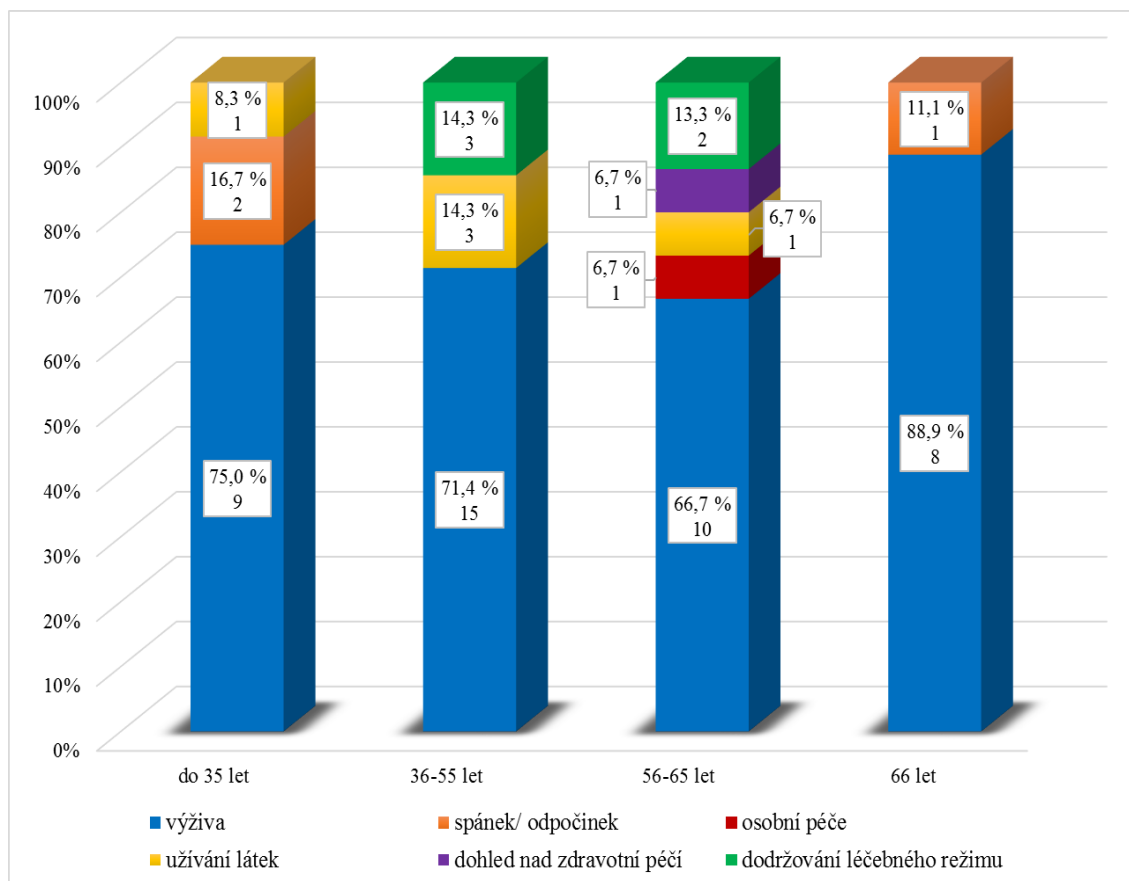
V doméně chování ve vztahu ke zdraví byl nejčastěji uváděný problém výživy ($n = 42$). Ostatní problémy měly nižší zastoupení a jednalo se o problém užívání látek ($n = 5$), dodržování léčebného režimu ($n = 5$), spánku/odpočinku ($n = 3$) a problémy osobní péče ($n = 1$) a dohled nad zdravotní péčí ($n = 1$). Spolu bylo dokumentováno 57 problémů (obr. 17).

U pacientů do 35 let sestry nejvíce identifikovaly problém výživy ($n = 9$; 75 %) a spánku/odpočinku ($n = 2$; 16,7 %) a problém užívání látek ($n = 1$; 8,3 %).

U věkové kategorie od 36 let do 55 let převažovaly problémy výživy ($n = 15$; 71,4 %), užívání látek ($n = 3$; 14,3 %) a dodržování léčebného režimu ($n = 3$; 14,3 %).

I u pacientů ve věku od 56 let do 65 let dominoval problém výživy ($n = 10$; 66,7 %), dodržování léčebného režimu ($n = 2$; 13,3 %) a osobní péče ($n = 1$; 6,7 %), užívání látek ($n = 1$; 6,7 %) a dohled nad zdravotní péčí ($n = 1$; 6,7 %).

V kategorii pacientů nad 66 let byl rovněž problém výživy ($n = 8$; 88,9 %) nejčastější.



Obrázek 17 Rozdíly ve výskytu problémů podle věku v doméně chování ve vztahu ke zdraví

Na základě Fisher-Freeman-Haltonova testu lze konstatovat (tab. 9), že v doméně chování ve vztahu ke zdraví neexistují rozdíly ve výskytu problémů u pacientů s gastroenterologickým onemocněním vzhledem k věku ($p > 0,05$).

Tabulka 9 Komparace výskytu problémů v doméně chování ve vztahu ke zdraví vzhledem k věku

Fisher-Freeman-Haltonův test	statistická významnost
14,291	0,408

4.5.2 Komparace výskytu problémů pacientů podle pohlaví

Hypotéza 2: Existují rozdíly v dokumentování problémů u jednotlivých typů gastroenterologických onemocnění podle pohlaví.

Pro ověření uvedené hypotézy jsme se zaměřili na jednotlivé typy gastroenterologických onemocnění, u nichž jsme zjišťovali rozdíly v dokumentování jednotlivých problémů vzhledem k pohlaví.

Ve výzkumném souboru byly tři typy gastroenterologických onemocnění – onemocnění hepatopankreatobiliárního systému, onemocnění trávicí trubice a poruchy příjmu potravy.

U pacientů s onemocněním hepatopankreatobiliárního systému byly nejčastěji dokumentovanými problémy bolesti ($n = 24$), problém výživy ($n = 22$), problém trávení-hydratace ($n = 20$) a problém cirkulace ($n = 12$). Ostatní problémy byly s výrazně nižší frekvencí výskytu ($n \leq 5$). Spolu bylo v této skupině pacientů 133 dokumentovaných problémů.

U mužů (obr. 18) byl nejčastěji identifikovaný problém trávení-hydratace ($n = 7$; 18,4 %), problém bolesti ($n = 6$; 15,8 %), problém výživy ($n = 5$; 13,2 %) a problém cirkulace ($n = 3$; 7,9 %). Následovaly problémy změněné role ($n = 2$; 5,3 %), smutku ($n = 2$; 5,3 %), mentálního zdraví ($n = 2$; 5,3 %), nervo-svalově-pohybové funkce ($n = 2$; 5,3 %), dodržování léčebného režimu ($n = 2$; 5,3 %), přenosných onemocnění ($n = 2$; 5,3 %) a problémy kognice ($n = 1$; 2,6 %), kůže ($n = 1$; 2,6 %), činnosti tlustého střeva ($n = 1$; 2,6 %), užívání látek ($n = 1$; 2,6 %) a funkce močového měchýře ($n = 1$; 2,6 %).

U žen sestry nejčastěji evidovaly problém bolesti ($n = 18$; 18,9 %), problém výživy ($n = 17$; 17,9 %), problém trávení-hydratace ($n = 13$; 13,7 %), problém cirkulace ($n = 9$; 9,5 %), problém kůže ($n = 5$; 5,3 %), problém nervo-svalově-pohybové funkce ($n = 5$; 5,3 %), problém kognice ($n = 4$; 4,2 %) a problém užívání látek ($n = 4$; 4,2 %). Dále následovaly problémy změněné role ($n = 2$; 2,1 %), smutku ($n = 2$; 2,1 %), mentálního zdraví ($n = 2$; 2,1 %), činnosti tlustého střeva ($n = 2$; 2,1 %), dodržování léčebného režimu ($n = 2$; 2,1 %), funkce močového měchýře ($n = 2$; 2,1 %) a problémy příjmu ($n = 1$; 1,1 %), sociálního kontaktu ($n = 1$; 1,1 %), mezilidských vztahů ($n = 1$; 1,1 %), dýchání ($n = 1$; 1,1 %), spánku/odpočinku ($n = 1$; 1,1 %), osobní péče ($n = 1$; 1,1 %), dohledu nad zdravotní péčí ($n = 1$; 1,1 %) a přenosných onemocnění ($n = 1$; 1,1 %).

Pro porovnání mužů a žen byl použit Fisher-Freeman-Haltonův test (tab. 10), na základě kterého lze konstatovat ($p > 0,05$), že mezi muži a ženami neexistuje statisticky významný rozdíl v dokumentování problémů ve skupině pacientů s onemocněním hepatopankreatobiliárního systému.

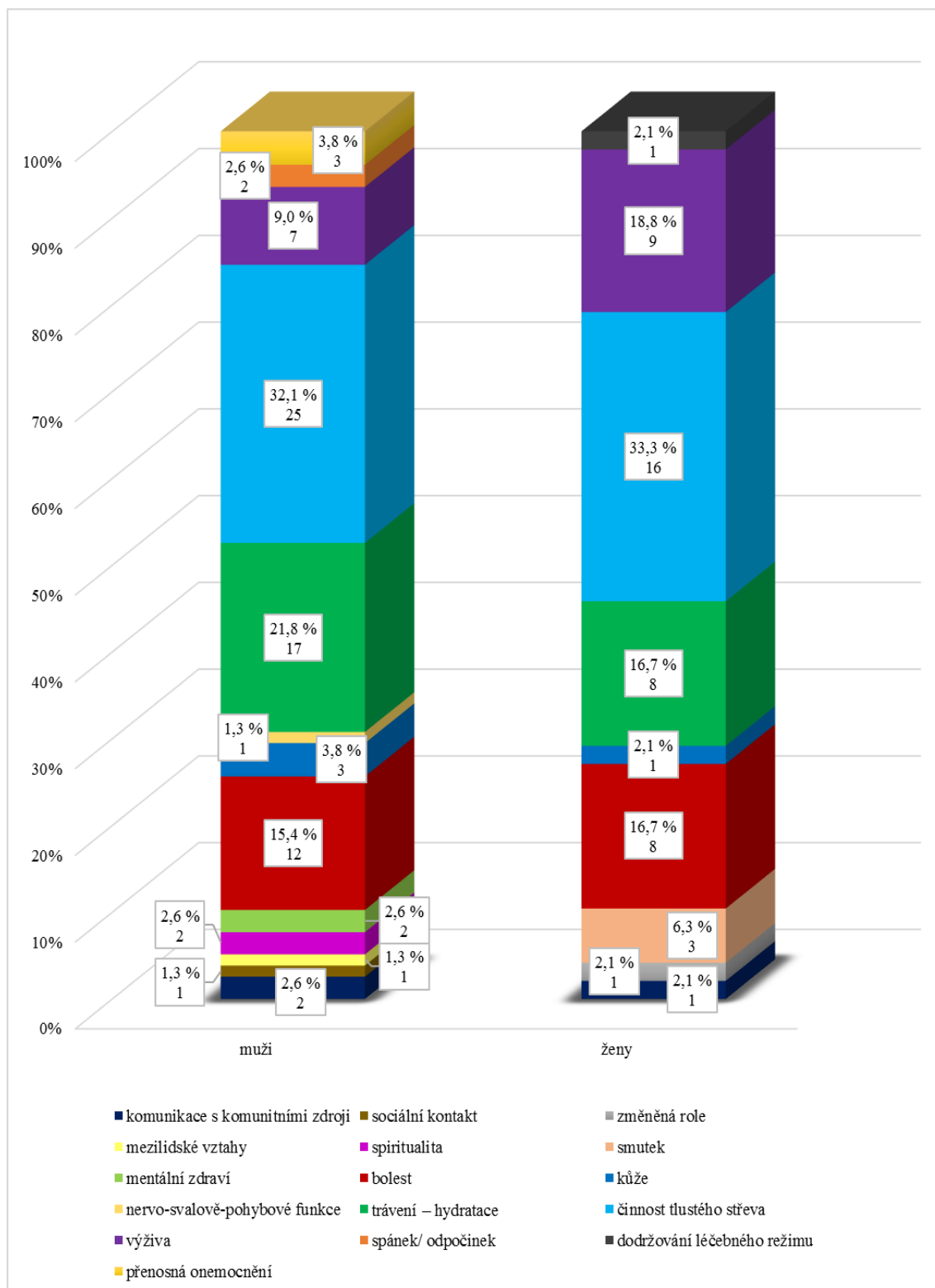
Tabulka 10 Komparace výskytů problémů vzhledem k pohlaví ve skupině pacientů s onemocněním hepatopankreatobiliárního systému

Fisher-Freeman-Haltonův test	statistická významnost
11,8	0,984

Ve skupině pacientů s onemocněním trávicí trubice byly nejčastěji identifikované problémy činnosti tlustého střeva ($n = 41$), trávení-hydratace ($n = 25$), bolesti ($n = 20$), a problém výživy ($n = 16$). Ostatní problémy byly zřetelně nižšího zastoupení ($n \leq 4$). Spolu bylo v této skupině pacientů 126 zaznamenaných problémů.

U mužů (obr. 19) dominoval problém činnost tlustého střeva ($n = 25$; 32,1 %), dále problém trávení-hydratace ($n = 17$; 21,8 %) a problém bolesti ($n = 12$; 15,4 %). Následovaly problémy výživy ($n = 7$; 9 %), přenosných onemocnění ($n = 3$; 3,8 %), kůže ($n = 3$; 3,8 %), problém komunikace s komunitními zdroji ($n = 2$; 2,6 %), spirituality ($n = 2$; 2,6 %), mentálního zdraví ($n = 2$; 2,6 %), spánku/odpočinku ($n = 2$; 2,6 %) a problémy sociálního kontaktu ($n = 1$; 1,3 %), mezilidských vztahů ($n = 1$; 1,3 %) a nervo-svalově-pohybové funkce ($n = 1$; 1,3 %).

U žen sestry identifikovaly s vysokou frekvencí problémy: činnost tlustého střeva ($n = 16$; 33,3 %), výživa ($n = 9$; 18,8 %), trávení-hydratace ($n = 8$; 16,7 %) a bolest ($n = 8$; 16,7 %). Následoval problém smutku ($n = 3$; 6,3 %) a problémy komunikace s komunitními zdroji ($n = 1$; 2,1 %), změněné role ($n = 1$; 2,1 %), kůže ($n = 1$; 2,1 %) a dodržování léčebného režimu ($n = 1$; 2,1 %).



Obrázek 19 Rozdíly ve výskytu problémů vzhledem k pohlaví pacientů s onemocněním trávicí trubice

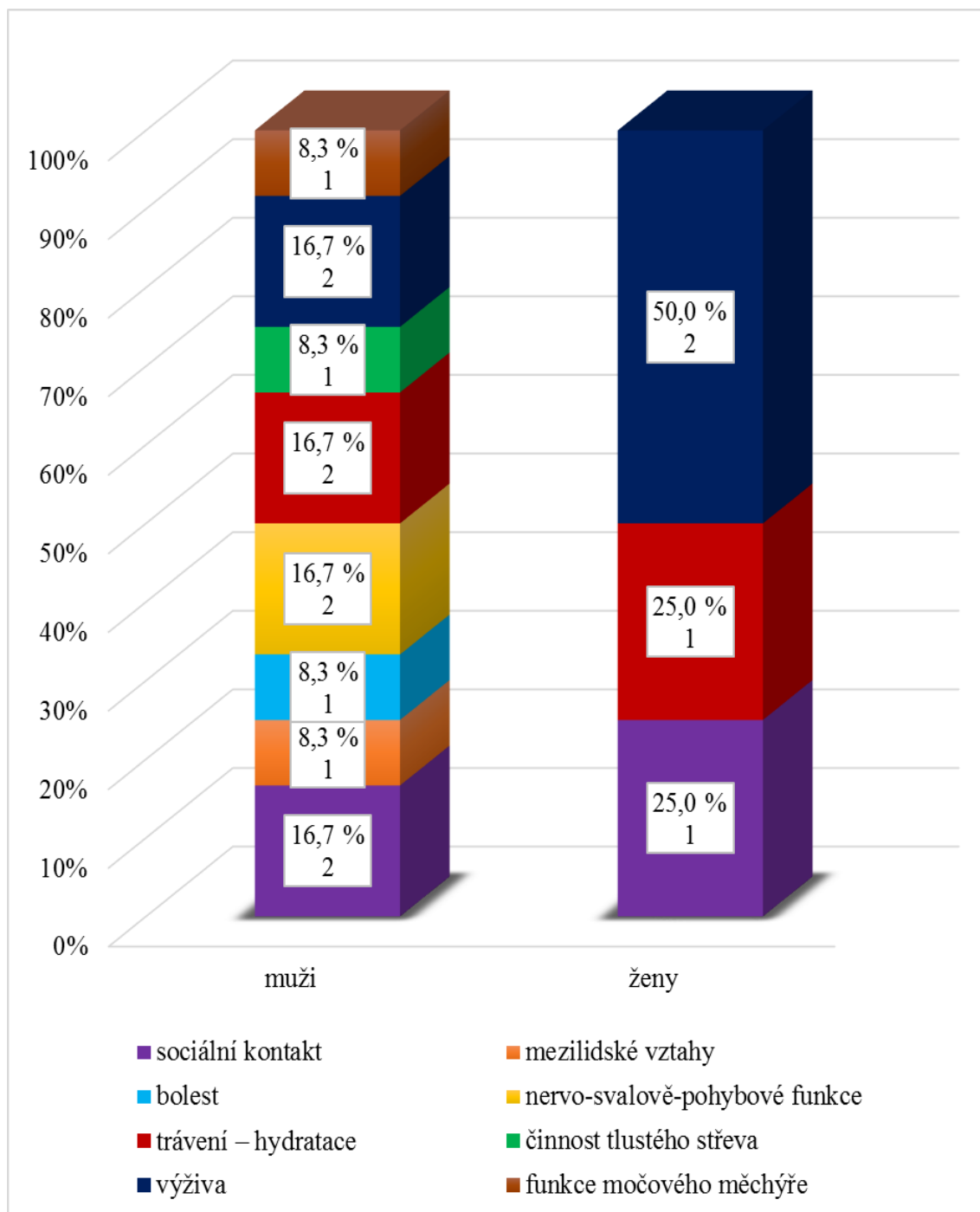
Pro porovnání mužů a žen byl použit Fisher-Freeman-Haltonův test (tab. 11), na základě kterého lze konstatovat ($p > 0,05$), že mezi muži a ženami neexistuje statisticky významný rozdíl v dokumentování problémů ve skupině pacientů s onemocněním trávicí trubice.

Tabulka 11 Komparace výskytů problémů vzhledem k pohlaví ve skupině pacientů s onemocněním trávicí trubice

Fisher-Freeman-Haltonův test	statistická významnost
16,05	0,280

U pacientů s poruchami příjmu potravy byl nejčastějším problémem problém výživy ($n = 4$), poté problém sociálního kontaktu ($n = 3$), trávení-hydratace ($n = 3$) a problém nervo-svalově-pohybové funkce ($n = 2$). Ostatní problémy byly zastoupeny po jednom, a to konkrétně problém mezilidských vztahů, problém bolesti, problém činnosti tlustého střeva a problém nervo-svalově-pohybové funkce. Spolu bylo v této skupině pacientů 16 zaznamenaných problémů.

U mužů (obr. 20) převládaly problémy sociálního kontaktu ($n = 2$; 16,7 %), nervo-svalově-pohybové funkce ($n = 2$; 16,7 %), trávení-hydratace ($n = 2$; 16,7 %) a výživy ($n = 2$; 16,7 %). Ostatní problémy, konkrétně problém mezilidských vztahů, bolesti, činnosti tlustého střeva a funkce močového měchýře byly zastoupeny po jednom (8,3 %). U žen se nejvíce vyskytoval problém výživy ($n = 2$; 50 %) a poté problémy sociálního kontaktu ($n = 1$; 25 %) a trávení-hydratace ($n = 1$; 25 %).



Obrázek 20 Rozdíly ve výskytu problémů vzhledem k pohlaví pacientů s poruchami příjmu potravy

Pro porovnání mužů a žen byl použit Fisher-Freeman-Haltonův test (tab. 12), na základě kterého lze konstatovat ($p > 0,05$), že mezi muži a ženami neexistuje statisticky významný rozdíl v dokumentování problémů ve skupině pacientů s poruchami příjmu potravy.

Tabulka 12 Komparace výskytů problémů vzhledem k pohlaví ve skupině pacientů s poruchami příjmu potravy

Fisher-Freeman-Haltonův test	statistická významnost
4,384	0,960

4.5.3 Komparace dokumentování intervencí u problémů pacientů

Hypotéza 3: Existují rozdíly v dokumentování intervencí v jednotlivých kategoriích u problémů pacientů s gastroenterologickým onemocněním.

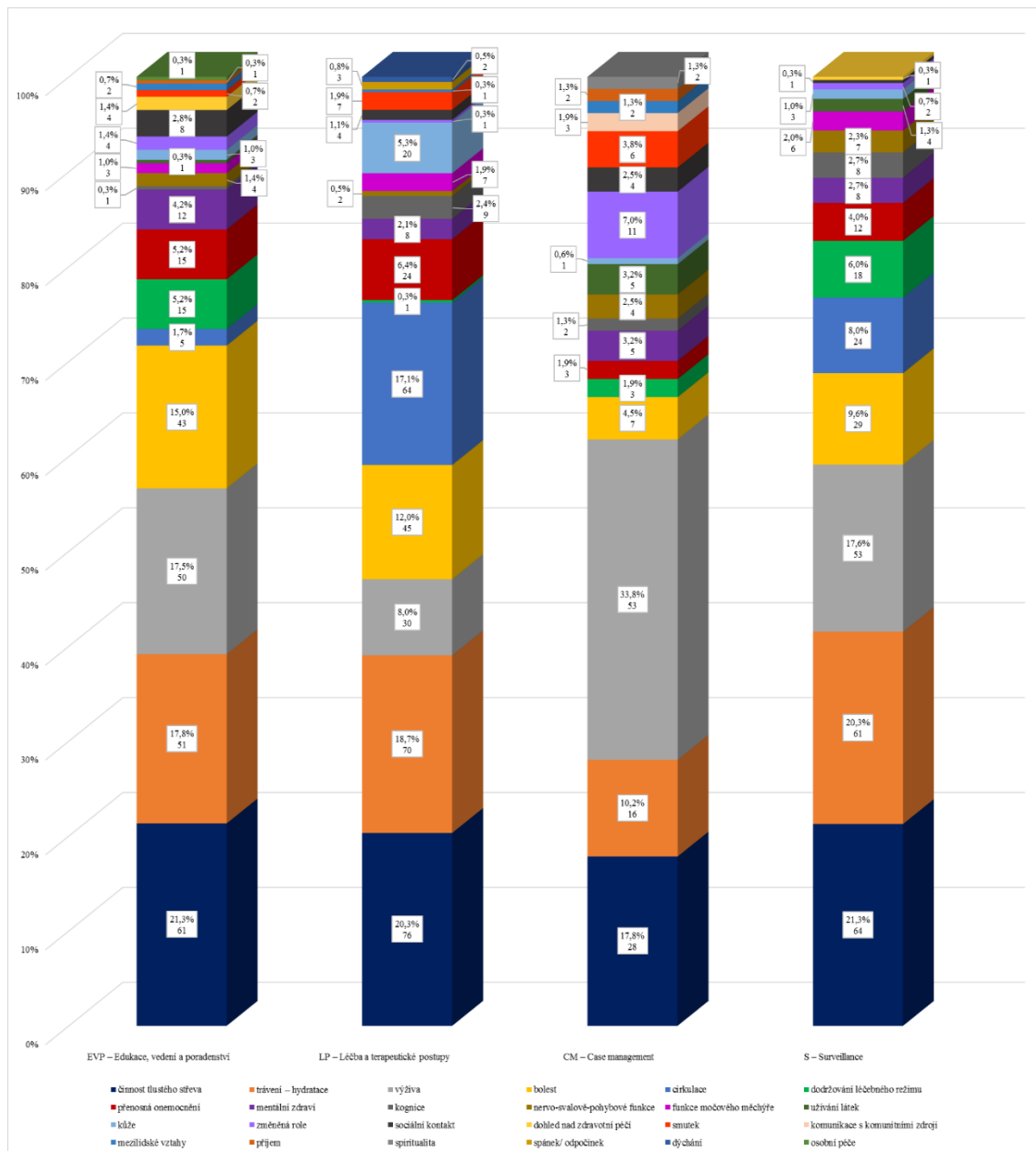
V uvedené hypotéze jsme se zaměřili na komparaci jednotlivých problémů v kategoriích intervencí. Omaha systém nabízí čtyři kategorie intervencí: EVP – Edukace, vedení a poradenství, LP – Léčba a terapeutické postupy, CM – Case management a S – Surveillance. Tyto kategorie jsme mezi sebou komparovali vzhledem k zaznamenaným problémům (obr. 21).

V rámci kategorie intervencí Edukace, vedení a poradenství bylo evidováno 20 různých problémů. Nejčastějším problémem byl problém činnost tlustého střeva (n = 61; 21,3 %), trávení-hydratace (n = 51; 17,8 %), výživa (n = 50; 17,5 %), bolest (n = 43; 15 %), dodržování léčebného režimu (n = 15; 5,2 %) a přenosná onemocnění (n = 15; 5,2 %). Méně jako 5 % jsme zaznamenali u problémů mentální zdraví, sociální kontakt, cirkulace, změněná role, nervo-svalově-pohybové funkce, dohled nad zdravotní péčí, kůže, funkce močového měchýře, mezilidské vztahy, smutek, příjem, kognice, osobní péče a užívání látek.

V kategorii Léčba a terapeutické postupy bylo evidováno spolu 18 problémů. Jako nejčastější problém byl identifikován problém činnost tlustého střeva (n = 76; 20,3 %), poté trávení-hydratace (n = 70; 18,7 %), cirkulace (n = 64; 17,1 %), bolesti (n = 45; 12 %) výživy (n = 30; 8 %), přenosných onemocnění (n = 24; 6,4 %) a kůže (n = 20; 5,3 %). Ostatní evidované problémy byly přítomny méně jak v 5 %. Konkrétně se jednalo o problémy kognice, mentálního zdraví, funkce močového měchýře, smutku, sociálního kontaktu, spánku/odpočinku, nervo-svalově-pohybové funkce, dýchání, dodržování léčebného režimu, změněné role a mezilidských vztahů.

V kategorii Case management bylo spolu zaznamenáno 18 různých problémů. Nejčastěji se jednalo o problém výživy (n = 53; 33,8 %), činnosti tlustého střeva (n = 28; 17,8 %), trávení-hydratace (n = 16; 10,2 %) a změněné role (n = 11; 7 %). Méně jak 5 % měly problémy bolest, smutek, mentální zdraví, užívání látek, sociální kontakt, nervo-svalově-pohybové funkce, přenosná onemocnění, dodržování léčebného režimu, komunikace s komunitními zdroji, kognice mezilidské vztahy, příjem, spiritualita a kůže.

V poslední kategorii intervencí – Surveillance, bylo evidováno 16 problémů. Nejčastějším problémem byl problém činnosti tlustého střeva (n = 64; 21,3 %), poté trávení-hydratace (n = 61; 20,3 %), výživy (n = 53; 17,6 %), bolesti (n = 29; 9,6 %), cirkulace (n = 24; 8 %) a dodržování léčebného režimu (n = 18; 6 %). U ostatních problémů byla jejich přítomnost méně jak 5 %. Šlo jmenovitě o tyto problémy: přenosná onemocnění, mentální zdraví, kognice, nervo-svalově-pohybové funkce, funkce močového měchýře, užívání látek, kůže, změněná role, sociální kontakt a dohled nad zdravotní péčí.



Obrázek 21 Rozdíly ve výskytu problémů v kategoriích intervencí

Pro porovnání jednotlivých kategorií a problémů byl použit Fisher-Freeman-Haltonův test (tab. 13), na základě kterého lze konstatovat ($p < 0,05$), že mezi jednotlivými kategoriemi intervencí existuje statisticky významný rozdíl se střední velikostí účinku ($V = 0,310$) v dokumentování problémů.

Tabulka 13 Komparace jednotlivých kategorií intervencí u dokumentovaných problémů

Fisher-Freeman-Haltonův test	statistická významnost	velikost účinku Cramerovo V
289,131	0,000	0,310

4.5.4 Komparace typů gastroenterologického onemocnění a intervencí

Hypotéza 4: Existují rozdíly ve výběru intervencí v jednotlivých kategoriích vzhledem k typu gastroenterologického onemocnění.

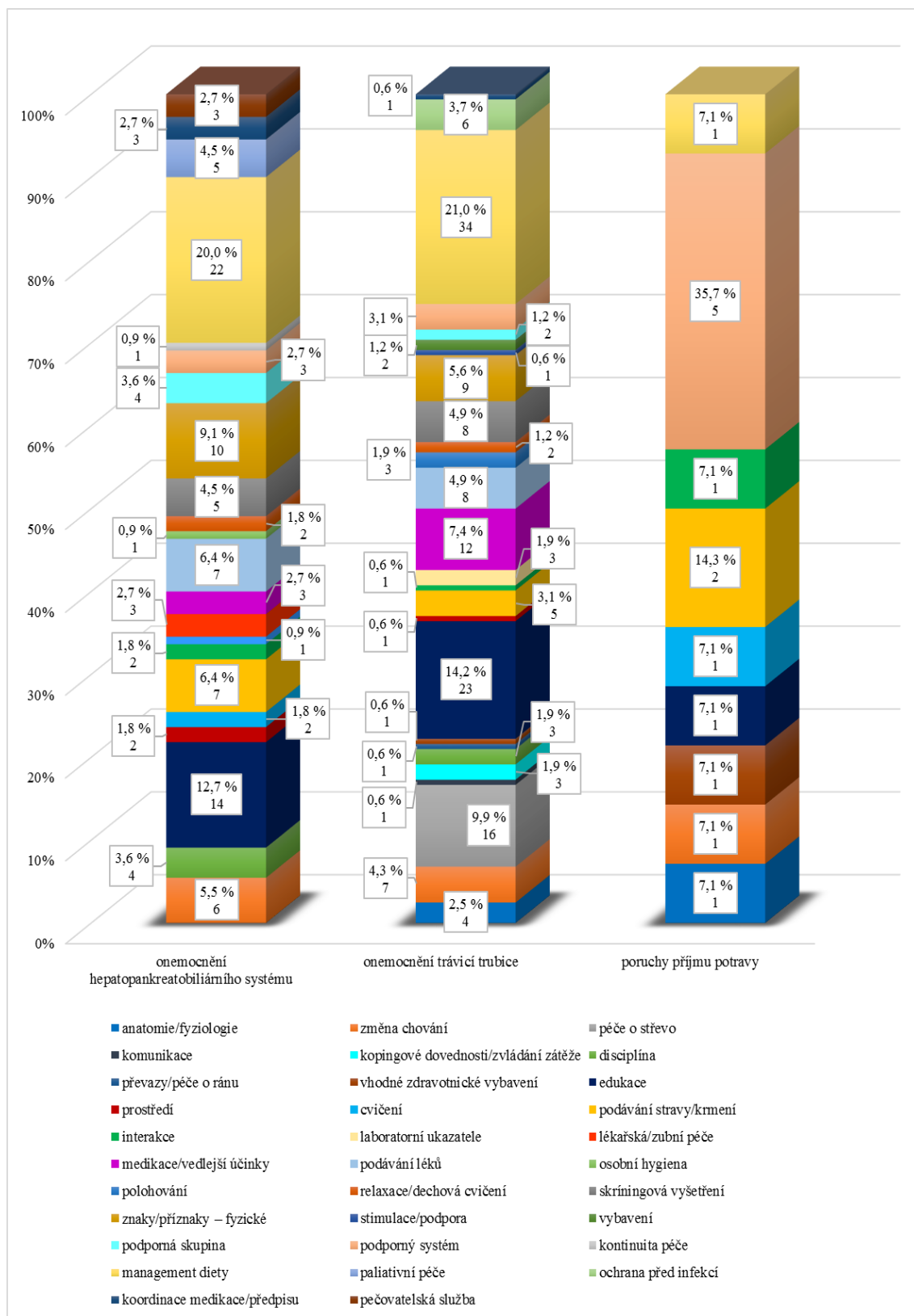
V uvedené hypotéze jsme se zaměřili na komparaci typů gastroenterologických onemocnění v dokumentovaných intervencích, zvláště v jednotlivých kategoriích intervencí.

V kategorii intervencí Edukace, vedení a poradenství, jsme zaznamenali spolu 286 intervencí (obr. 22).

U onemocnění hepatopankreatobiliárního systému bylo dokumentováno 110 intervencí. Nejčastěji se jednalo o intervenci management diety (n = 22; 20 %), edukace (n = 14; 12,7 %), znaky/příznaky – fyzické (n = 10; 9,1 %), podávání stravy/krmení (n = 7; 6,4 %), podávání léků (n = 7; 6,4 %) a změna chování (n = 6; 5,5 %). Intervence dokumentované méně jak v 5 % byly: disciplína, prostředí, cvičení, interakce, laboratorní ukazatele, lékařská/zubní péče, medikace/vedlejší účinky, osobní hygiena, relaxace/dechová cvičení, screeningová vyšetření, podporná skupina, podporný systém, kontinuita péče, paliativní péče, koordinace medikace/předpisu a pečovatelská služba.

U onemocnění trávicí trubice bylo dokumentováno 162 intervencí, přičemž k nejčastějším intervencím patřily management diety (n = 34; 21 %), edukace (n = 23; 14,2 %), péče o střevo (n = 16; 9,9 %), medikace/vedlejší účinky (n = 12; 7,4 %) a znaky/příznaky – fyzické (n = 9; 5,6 %). Intervence dokumentované s nižším výskytem jak 5 % byly: anatomie/fyziologie, změna chování, komunikace, kopingové dovednosti/zvládnání zátěže, disciplína, převazy/péče o ránu, vhodné zdravotnické vybavení, prostředí, podávání stravy/krmení, interakce, laboratorní ukazatele, podávání léků, polohování, relaxace/dechová cvičení, screeningová vyšetření, stimulace/podpora, vybavení, podporná skupina, podpurný systém, ochrana před infekcí a koordinace medikace/předpisu.

U poruch příjmu potravy bylo dokumentováno 14 intervencí, přičemž se nejčastěji jednalo o intervenci podpůrný systém (n = 5; 35,7 %), podávání stravy/krmení (n = 2; 14,3 %). U těchto onemocnění byly zaznamenány i další intervence: anatomie/fyziologie (n = 1, 7,1 %), změna chování (n = 1, 7,1 %), vhodné zdravotnické vybavení (n = 1, 7,1 %), edukace (n = 1, 7,1 %), cvičení (n = 1, 7,1 %), podávání stravy/krmení (n = 1, 7,1 %), interakce (n = 1, 7,1 %), podpůrný systém (n = 1, 7,1 %) a management diety (n = 1, 7,1 %).



Obrázek 22 Rozdíly v intervencích vzhledem k typu onemocnění v kategorii Edukace, vedení a poradenství

V kategorii Edukace, vedení a poradenství existuje na základě výsledku použitého Fisher-Freeman-Haltonova testu ($p < 0,05$) statisticky významný rozdíl se střední velikostí účinku ($V = 0,466$) mezi typy gastroenterologických onemocnění v evidovaných intervencích (tab. 14).

Tabulka 14 Komparace typů gastroenterologických onemocnění vzhledem k intervencím v kategorii Edukace, vedení a poradenství

Fisher-Freeman-Haltonův test	statistická významnost	velikost účinku Cramerovo V
104,994	0,000	0,466

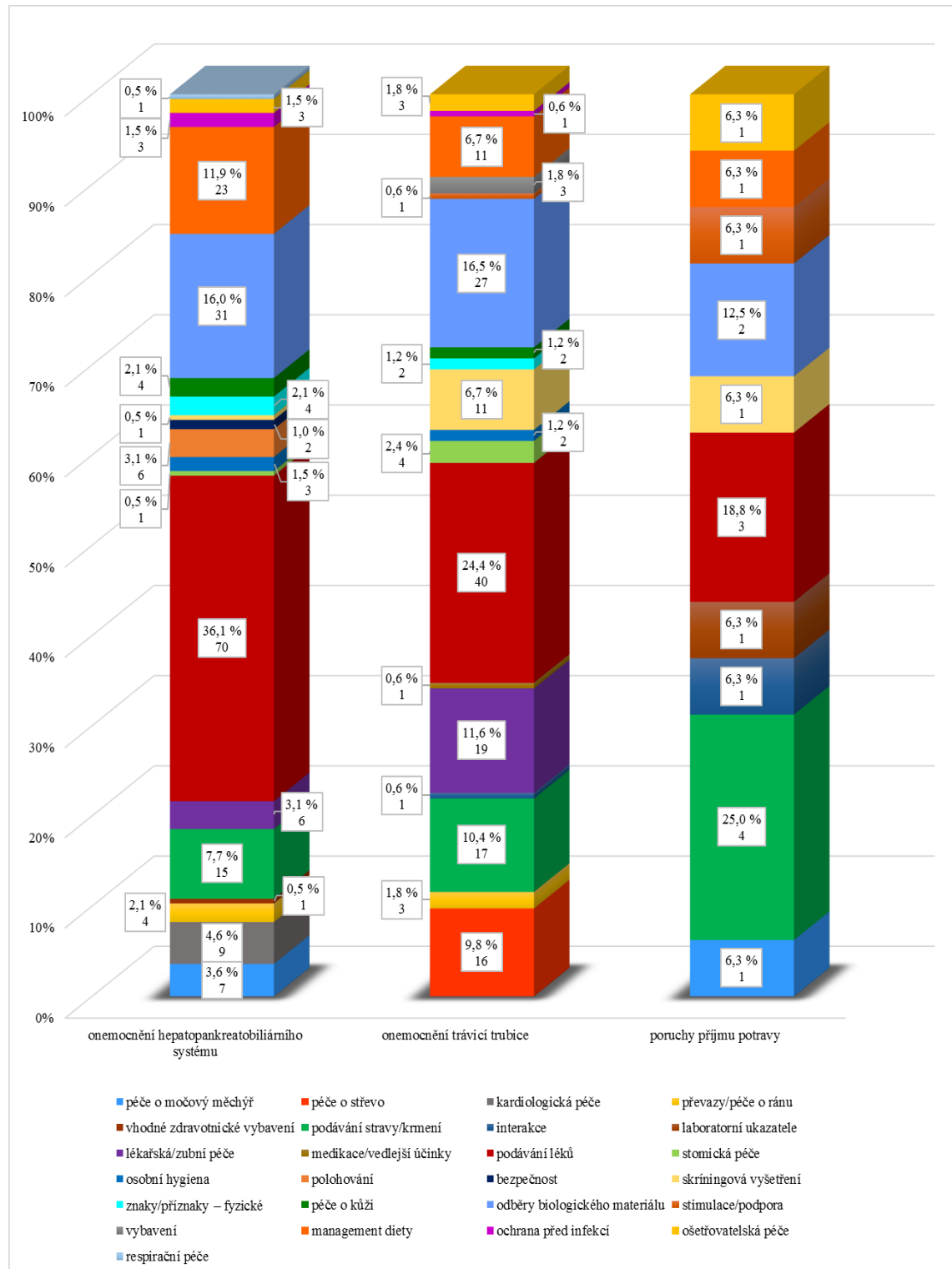
V kategorii Léčba a terapeutické postupy bylo souhrnně dokumentováno 374 intervencí (obr. 23).

U onemocnění hepatopankreatobiliárního systému bylo zaznamenáno 194 intervencí. Nejčastěji zastoupena byla intervence podávání léků ($n = 70$; 36,1 %), následně odběry biologického materiálu ($n = 31$; 16 %), management diety ($n = 23$; 11,9 %) a podávání stravy/krmení ($n = 15$; 7,7 %). Ostatní evidované intervence se vyskytovaly méně jak v 5 %: péče o močový měchýř, kardiologická péče, převazy/péče o ránu, vhodné zdravotnické vybavení, lékařská/zubní péče, stomická péče, osobní hygiena, polohování, bezpečnost, screeningová vyšetření, znaky/příznaky – fyzické, péče o kůži, ochrana před infekcí, ošetrovatelská péče a respirační péče.

U onemocnění trávicí trubice bylo zaznamenáno 164 intervencí. Nejčastěji se jednalo o intervenci podávání léků ($n = 40$; 24,4 %) a následně odběry biologického materiálu ($n = 27$; 16,5 %), lékařská/zubní péče ($n = 19$; 11,6 %), podávání stravy/krmení ($n = 17$; 10,4 %), péče o střevo ($n = 16$; 9,8 %), screeningová vyšetření ($n = 11$; 6,7 %) a management diety ($n = 11$; 6,7 %). Ostatní zaznamenané intervence byly dokumentovány méně jak v 5 %: převazy/péče o ránu, interakce, medikace/vedlejší účinky, stomická péče, osobní hygiena znaky/příznaky – fyzické, péče o kůži, stimulace/podpora, vybavení, ochrana před infekcí a ošetrovatelská péče.

U poruch příjmu potravy bylo dokumentováno 16 intervencí, přičemž nejčastějšími intervencemi byly podávání stravy/krmení ($n = 4$; 25 %), podávání léků ($n = 3$; 18,8 %), odběry biologického materiálu ($n = 2$; 12,5 %), péče o močový měchýř ($n = 1$; 6,3 %), interakce ($n = 1$; 6,3 %), laboratorní ukazatele ($n = 1$; 6,3 %), screeningová vyšetření

(n = 1; 6,3 %), stimulace/podpora (n = 1; 6,3 %), management diety (n = 1; 6,3 %) a ošetrovatelská péče (n = 1; 6,3 %).



Obrázek 23 Rozdíly v intervencích vzhledem k typu onemocnění v kategorii Léčba a terapeutické postupy

V kategorii Léčba a terapeutické postupy existuje na základě výsledku použitého Fisher-Freeman-Haltonova testu ($p < 0,05$) statisticky významný rozdíl se střední velikostí účinku ($V = 0,424$) mezi typy gastroenterologických onemocnění v evidovaných intervencích (tab. 15).

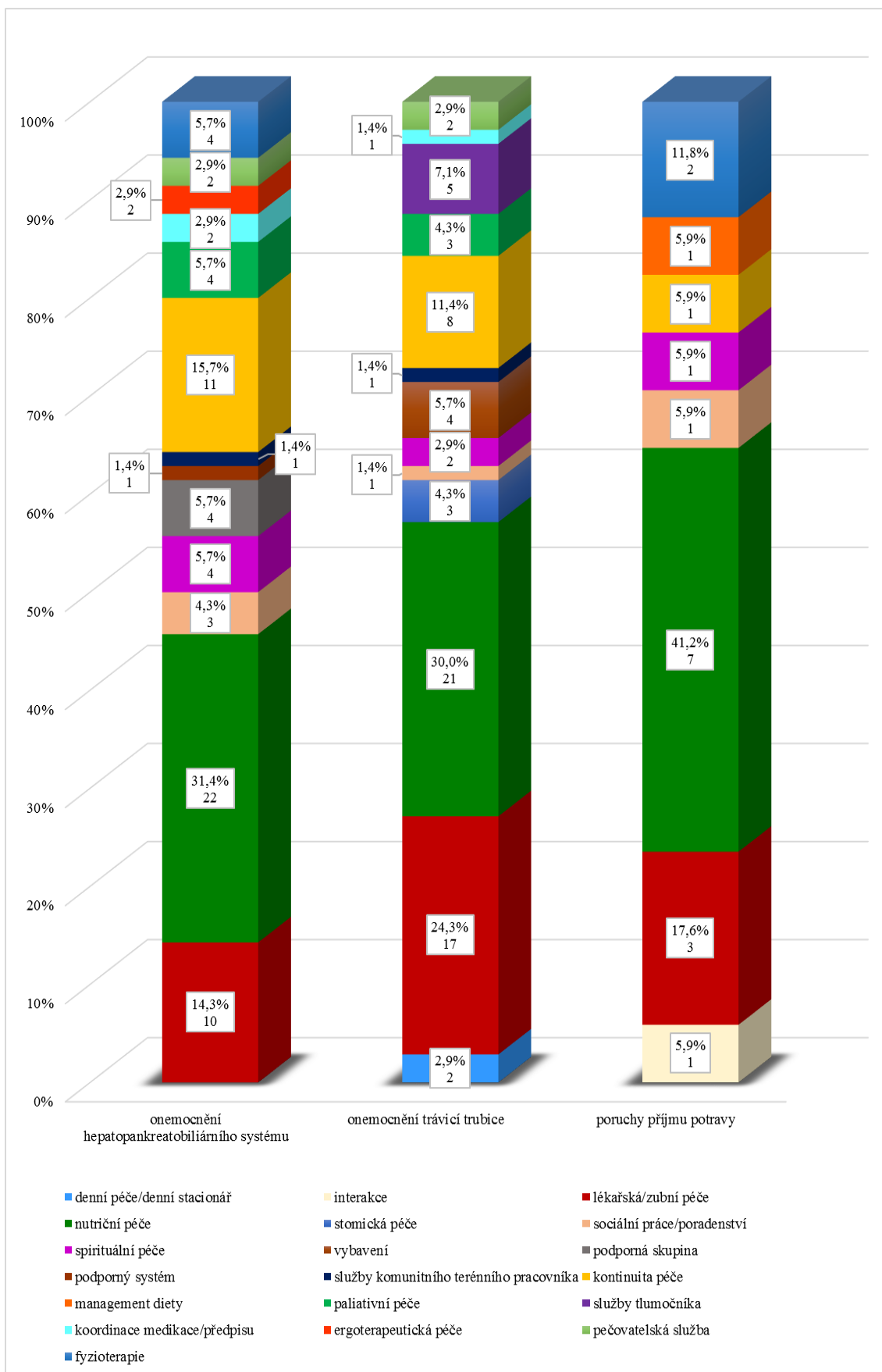
Tabulka 15 Komparace typů gastroenterologických onemocnění vzhledem k intervencím v kategorii Léčba a terapeutické postupy

Fisher-Freeman-Haltonův test	statistická významnost	velikost účinku Cramerovo V
115,777	0,000	0,424

V kategorii Case management bylo souhrnně dokumentováno 157 intervencí (obr. 24). U onemocnění hepatopankreatobiliárního systému bylo evidováno 70 intervencí. Nejčastější intervencí byla nutriční péče ($n = 22$; 31,4 %), poté kontinuita péče ($n = 11$; 15,7 %), lékařská/zubní péče ($n = 10$; 14,3 %), spirituální péče ($n = 4$; 5,7 %), podpůrná skupina ($n = 4$; 5,7 %), paliativní péče ($n = 4$; 5,7 %) a fyzioterapie ($n = 4$; 5,7 %). Méně jak 5 % bylo evidováno u intervencí: sociální práce/poradenství, podpůrný systém, služby komunitního terénního pracovníka, koordinace medikace/předpisu, ergoterapeutická péče a pečovatelská služba.

U onemocnění trávicí trubice sestry dokumentovaly spolu 70 intervencí a jako nejčastější uváděly intervence nutriční péče ($n = 21$; 30 %), dále lékařská/zubní péče ($n = 17$; 24,3 %), kontinuita péče ($n = 8$; 11,4 %), služby tlumočnicka ($n = 5$; 7,1 %) a vybavení ($n = 4$; 5,7 %). Méně jak 5 % bylo evidováno u intervencí: denní péče/denní stacionář, stomická péče, sociální práce/poradenství, interakce, spirituální péče, služby komunitního terénního pracovníka, paliativní péče, koordinace medikace/předpisu a pečovatelská služba.

U poruch příjmu potravy bylo dokumentováno 17 intervencí. Nejčastější intervencí byla nutriční péče ($n = 7$; 41,2 %) a poté lékařská/zubní péče ($n = 3$; 17,6 %), fyzioterapie ($n = 2$; 11,8 %), interakce ($n = 1$; 5,9 %), sociální práce/poradenství ($n = 1$; 5,9 %), spirituální péče ($n = 1$; 5,9 %), kontinuita péče ($n = 1$; 5,9 %) a management diety ($n = 1$; 5,9 %).



Obrázek 24 Rozdíly v intervencích vzhledem k typu onemocnění v kategorii Case management

V rámci kategorie Case management existuje na základě výsledku použitého Fisher-Freeman-Haltonova testu ($p < 0,05$) statisticky významný rozdíl se střední velikostí účinku ($V = 0,426$) mezi typy gastroenterologických onemocnění v evidovaných intervencích (tab. 16).

Tabulka 16 Komparace typů gastroenterologických onemocnění vzhledem k intervencím v kategorii Case management

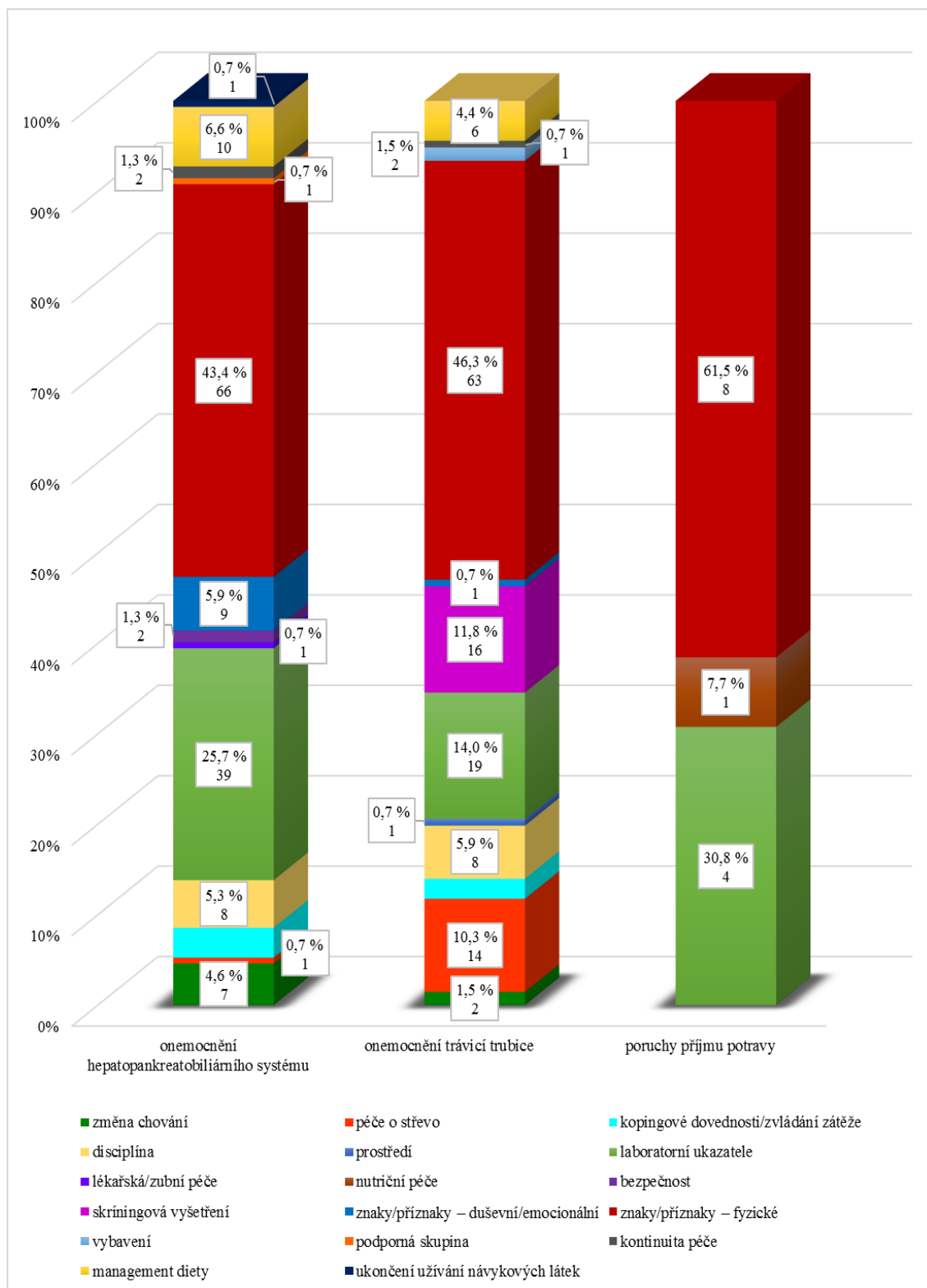
Fisher-Freeman-Haltonův test	statistická významnost	velikost účinku Cramerovo V
45,371	0,03	0,426

V kategorii Surveillance bylo souhrnně dokumentováno 301 intervencí (obr. 25).

U onemocnění hepatopankreatobiliárního systému bylo spolu evidovaných 152 intervencí. Nejčastěji zastoupená byla intervence znaky/příznaky – fyzické ($n = 66$; 43,4 %), následně laboratorní ukazatele ($n = 39$; 25,7 %), management diety ($n = 10$; 6,6 %), znaky/příznaky – duševní/emocionální ($n = 9$; 5,9 %) disciplína ($n = 8$; 5,3 %). Méně jak 5 % bylo zaznamenáno u intervencí: změna chování, péče o střevo, kopírování dovednosti/zvládání zátěže, lékařská/zubní péče, bezpečnost, podpurná skupina, kontinuita péče a ukončení užívání návykových látek.

U onemocnění trávicí trubice sestry dokumentovaly 136 intervencí a jako nejčastější intervenci uváděly znaky/příznaky – fyzické ($n = 63$; 46,3 %), poté laboratorní ukazatele ($n = 19$; 14 %), screeningová vyšetření ($n = 16$; 11,8 %), péče o střevo ($n = 14$; 10,3 %) a disciplína ($n = 8$; 5,9 %). Méně jak 5 % bylo zaznamenáno u intervencí: změna chování, kopírování dovednosti/zvládání zátěže, prostředí, znaky/příznaky – duševní/emocionální, vybavení, kontinuita péče a management diety.

U poruch příjmu potravy bylo evidováno 13 intervencí a nejčastější intervencí byla intervence znaky/příznaky – fyzické ($n = 8$; 61,5 %), poté laboratorní ukazatele ($n = 4$; 30,8 %) a nutriční péče ($n = 1$; 7,7 %).



Obrázek 25 Rozdíly v intervencích vzhledem k typu onemocnění v kategorii Surveillance

V rámci kategorie Surveillance existuje na základě výsledku použitého Fisher-Freeman-Haltonova testu ($p < 0,05$) statisticky významný rozdíl se střední velikostí účinku

($V = 0,371$) mezi typy gastroenterologických onemocnění v evidovaných intervencích (tab. 17).

Tabulka 17 Komparace typů gastroenterologických onemocnění vzhledem k intervencím v kategorii Surveillance

Fisher-Freeman-Haltonův test	statistická významnost	velikost účinku Cramerovo V
72,938	0,000	0,371

4.5.5 Komparace hodnot iniciačního a finálního posouzení problémů a pohlaví

Hypotéza 5: Existují rozdíly mezi hodnotami iniciačního a finálního hodnocení problémů jednotlivých domén podle pohlaví u klientů s gastroenterologickým onemocněním.

V uvedené hypotéze jsme se zaměřili na porovnání rozdílu mezi hodnotami iniciačního a finálního posouzení problémů jednotlivých domén vzhledem k pohlaví pacientů s gastroenterologickým onemocněním.

Problémy pacientů hodnotily sestry ve třech úrovních, a to ve vědomostech, chování a stavu. Vzhledem k tomu, že posouzení bylo iniciační i finální, je možné vyjádřit rozdíl v hodnocení (finální hodnocení – iniciační hodnocení) prostřednictvím posunu problému pacienta. Hodnocení bylo číselné (na škále), a tak lze mluvit o rozdílu v bodovém posunu. V případě hodnocení vědomostí (tab. 18) nebyl zaznamenán posun u 15 problémů (5,9 %), posun o jeden bod u hodnocení 135 problémů (53,4 %), posun o dva body u hodnocení 58 problémů (22,9 %) a posun o tři body u hodnocení 19 problémů (7,5 %). Vědomosti nebyly hodnoceny u 26 problémů (10,3 %).

Tabulka 18 Rozdíl mezi finálním a iniciálním hodnocením vědomostí

	f	%
bez posunu	15	5,9 %
posun o 1 bod	135	53,4 %
posun o 2 body	58	22,9 %
posun o 3 body	19	7,5 %
nehodnoceno	26	10,3 %
Spolu	253	100,0 %

Legenda: f – četnosti, % - relativní četnosti (procenta)

Při hodnocení chování (tab. 19) byl evidován posun o tři body u 11 problémů (4,3 %), posun o dva body u 31 problémů (12,3 %) a posun o jeden bod v 99 problémů (39,1 %). Bez posunu v hodnocení bylo 95 problémů (37,5 %) a v tomto případě sestry nehodnotily chování u 17 problémů (6,7 %).

Tabulka 19 Rozdíl mezi finálním a iniciálním hodnocením chování

	f	%
bez posunu	95	37,5 %
posun o 1 bod	99	39,1 %
posun o 2 body	31	12,3 %
posun o 3 body	11	4,3 %
nehodnoceno	17	6,7 %
Spolu	253	100,0 %

Legenda: f – četnosti, % - relativní četnosti (procenta)

Hodnocení stavu (tab. 20) bylo u dvou problémů (0,8 %) vyšší při iniciálním hodnocení (posun zpět o jeden bod). Bez posunu bylo hodnoceno 13 problémů (5,1 %), posun o jeden bod byl zaznamenán u 73 problémů (28,9 %), posun o dva body u 135 problémů (53,4 %) a posun o tři body u 24 problémů (9,5 %). Sestry nehodnotily chování u šesti problémů (2,4 %).

Tabulka 20 Rozdíl mezi finálním a iniciálním hodnocením stavu

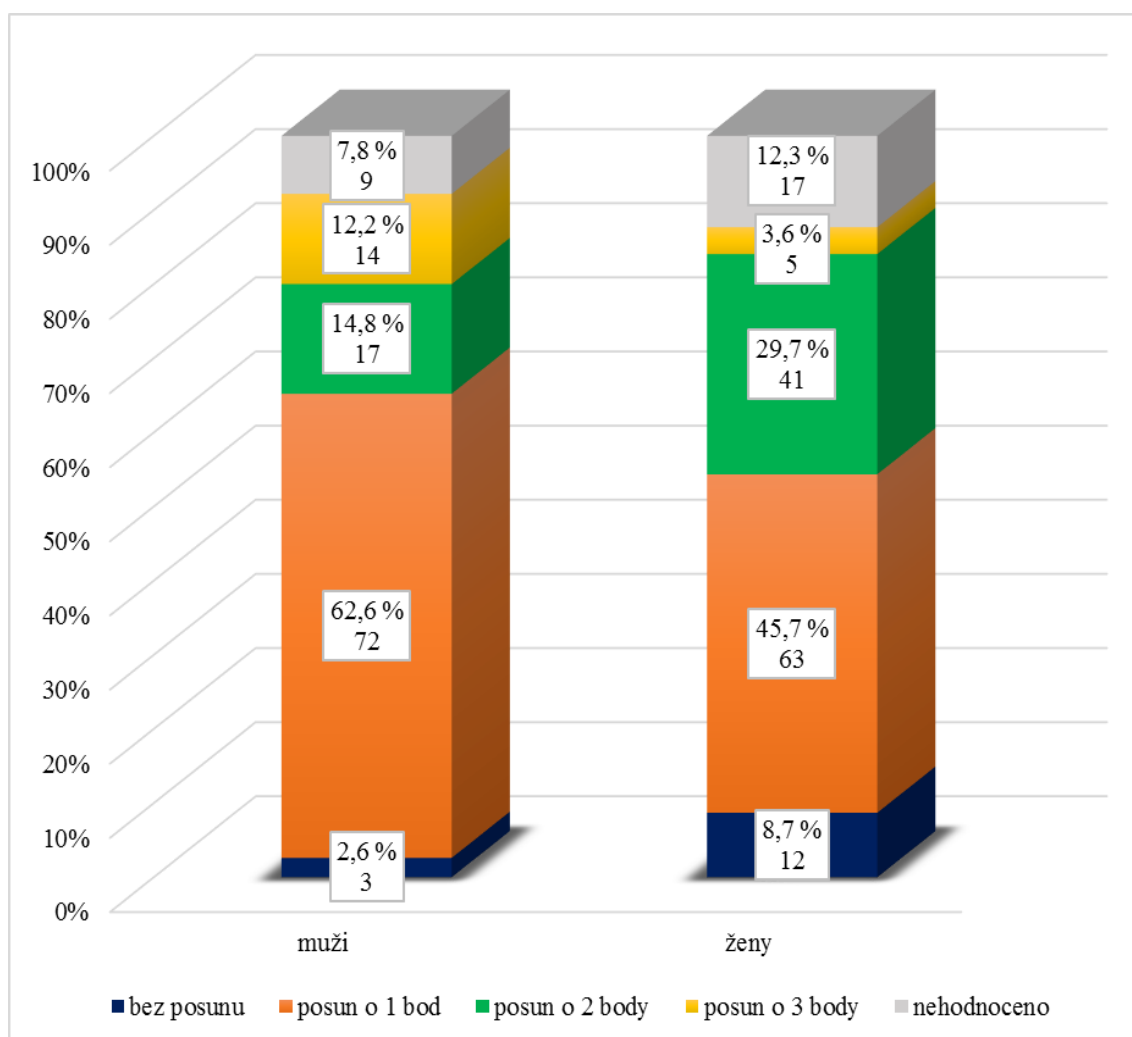
	F	%
posun zpět o 1 bod	2	0,8 %
bez posunu	13	5,1 %
posun o 1 bod	73	28,9 %
posun o 2 body	135	53,4 %
posun o 3 body	24	9,5 %
Nehodnoceno	6	2,4 %
Spolu	253	100,0 %

Legenda: f – četnosti, % - relativní četnosti (procenta)

Po zjištění celkového rozdílu jsme se zaměřili na porovnání mužů a žen mezi finálním a iniciálním hodnocením vědomostí (obr. 26).

Ve skupině mužů byl nulový rozdíl mezi finálním a iniciálním hodnocením vědomostí u tří problémů (2,6 %), rozdíl jednoho bodu u 72 problémů (62,6 %), rozdíl dvou bodů u 17 problémů (14,8 %) a rozdíl tří bodů u 14 problémů (12,2 %). U devíti problémů (7,8 %) nebyly vědomosti u mužů hodnoceny.

Ve skupině žen byl rozdíl mezi finálním a iniciálním hodnocením vědomostí nulový u 12 problémů (8,7 %), rozdíl jednoho bodu u 63 problémů (45,7 %), rozdíl dvou bodů u 41 problémů (19,7 %) a rozdíl tří bodů u pěti problémů (3,6 %). U 17 problémů (12,3 %) nebyly vědomosti u žen hodnoceny.



Obrázek 26 Rozdíl mezi finálním a iniciálním hodnocením vědomostí vzhledem k pohlaví

Rozdíly mezi muži a ženami byly komparovány pomocí Mann-Whitneyho U testu, na základě kterého lze konstatovat (tab. 21), že v hodnocení rozdílu finálního a iniciálního hodnocení vědomostí problémů pacientů neexistuje statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami s gastroenterologickým onemocněním ($U = 6393,5$; $p > 0,05$).

Tabulka 21 Komparace rozdílu finálního a iniciálního hodnocení vědomostí u mužů a žen

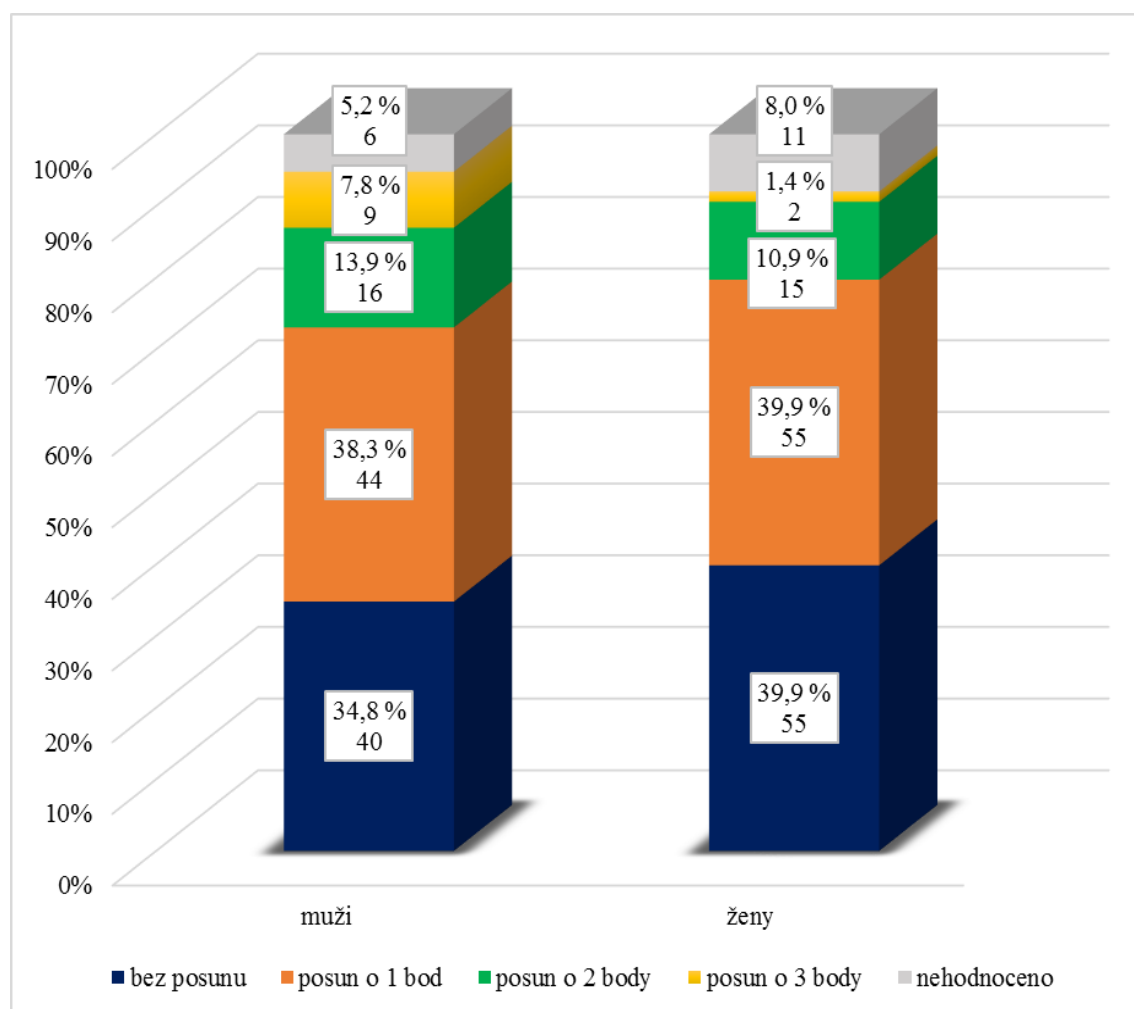
	n	průměrné pořadí	U	p
muži	106	114,18	6393,5	0,964
ženy	121	113,84		

Legenda: n – počet, U – hodnota Mann-Whitneyho U testu, p – statistická významnost

Zaměřili jsme se rovněž na rozdíly mezi finálním a iniciálním hodnocením chování vzhledem k pohlaví (obr. 27).

Ve skupině mužů byl nulový rozdíl mezi finálním a iniciálním hodnocením chování u hodnocení 40 problémů (34,8 %), rozdíl jednoho bodu u 44 problémů (38,3 %), rozdíl dvou bodů u 16 problémů (13,9 %) a rozdíl tří bodů u devíti problémů (7,8 %). U šesti problémů (5,2 %) nebylo chování u mužů hodnoceno.

Ve skupině žen byl rozdíl mezi finálním a iniciálním hodnocením chování nulový u 55 problémů (39,9 %), rozdíl jednoho bodu u 55 problémů (39,9 %), rozdíl dvou bodů u 15 problémů (10,9 %) a rozdíl tří bodů u dvou problémů (1,4 %). U 11 problémů (8 %) nebylo chování u žen hodnoceno.



Obrázek 27 Rozdíl mezi finálním a iniciálním hodnocením chování vzhledem k pohlaví

Pro komparaci mužů a žen byl použit Mann-Whitneyho U test, na základě kterého lze konstatovat (tab. 22), že v hodnocení rozdílu finálního a iniciálního hodnocení chování u problémů pacientů neexistuje statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami s gastroenterologickým onemocněním ($U = 6099,5$; $p > 0,05$).

Tabulka 22 Komparace rozdílu finálního a iniciálního hodnocení chování u mužů a žen

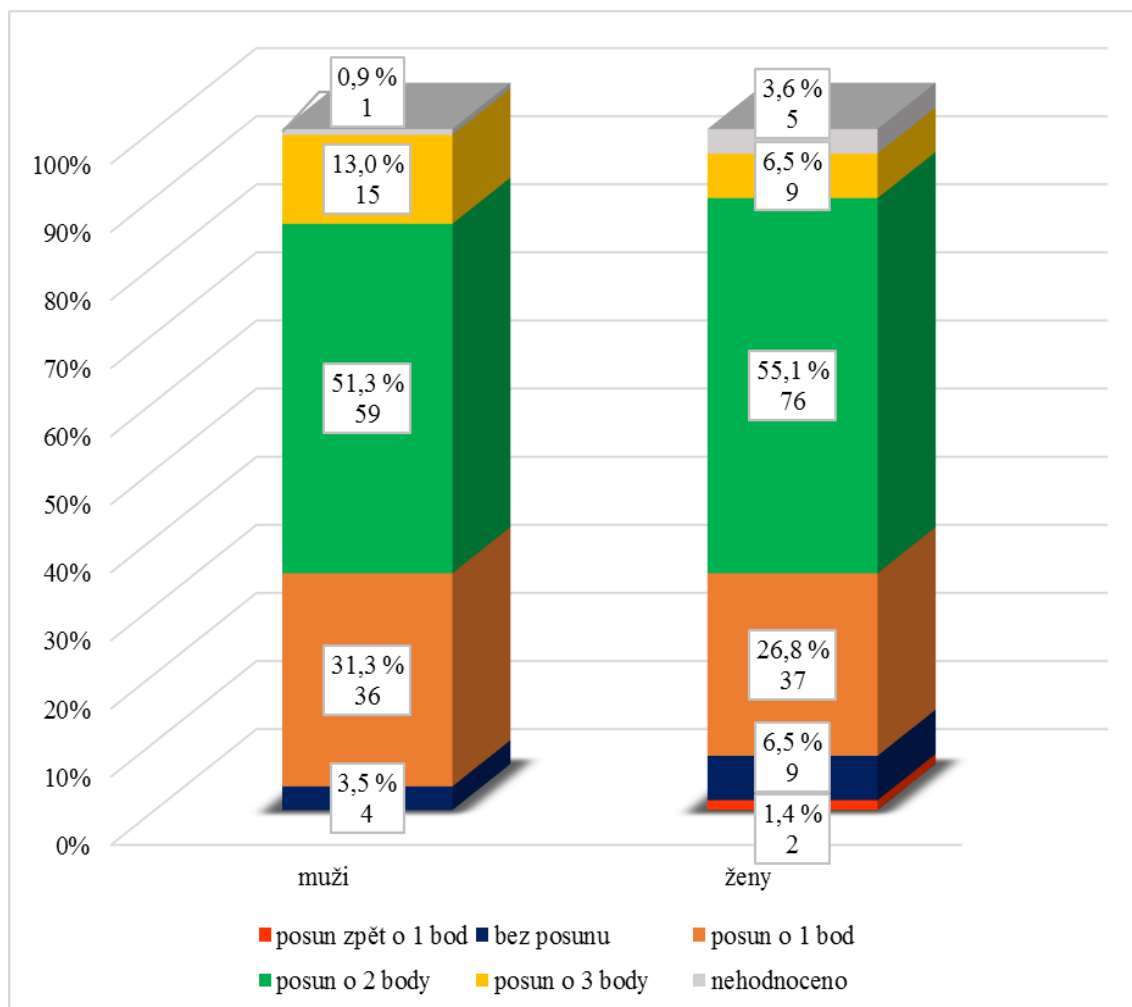
	n	průměrné pořadí	U	p
muži	109	126,05	6099	0,090
ženy	127	112,02		

Legenda: n – počet, U – hodnota Mann-Whitneyho U testu, p – statistická významnost

Stejným způsobem jsme řešili i rozdíly mezi finálním a iniciálním hodnocením stavu vzhledem k pohlaví (obr. 28).

Ve skupině mužů byl nulový rozdíl mezi finálním a iniciálním hodnocením stavu u čtyř problémů (3,5 %), rozdíl jednoho bodu u 36 problémů (31,3 %), rozdíl dvou bodů u 59 problémů (51,3 %) a rozdíl tří bodů u 15 problémů (13 %). U jednoho problému (0,9 %) nebyl stav ve skupině mužů hodnocen.

Ve skupině žen byl rozdíl mezi finálním a iniciálním hodnocením stavu nulový u devíti problémů (6,5 %), rozdíl jednoho bodu u 37 problémů (26,8 %), rozdíl dvou bodů u 76 problémů (55,1 %) a rozdíl tří bodů u devíti problémů (6,5 %). U pěti problémů (3,6 %) nebyl stav u žen hodnocen. Záporný rozdíl (posun zpět o jeden bod) mezi finálním a iniciálním hodnocením stavu jsme evidovali u dvou problémů (1,4 %).



Obrázek 28 Rozdíl mezi finálním a iniciálním hodnocením stavu vzhledem k pohlaví

Pro komparaci mužů a žen byl použit Mann-Whitneyho U test, na základě kterého lze konstatovat (tab. 23), že při hodnocení rozdílu finálního a iniciálního hodnocení stavu problémů pacientů neexistuje statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami s gastroenterologickým onemocněním ($U = 7072,5$; $p > 0,05$)

Tabulka 23 Komparace rozdílu finálního a iniciálního hodnocení stavu u mužů a žen

	n	průměrné pořadí	U	p
Muži	114	128,46	7072,5	0,313
Ženy	133	120,18		

Legenda: n – počet, U – hodnota Mann-Whitneyho U testu, p – statistická významnost

4.5.6 Komparace hodnot iniciačního a finálního posouzení problémů a věku

Hypotéza 6: Existují rozdíly mezi iniciačními a finálními hodnotami výsledků problémů a věkem klientů s gastroenterologickým onemocněním.

V uvedené hypotéze jsme komparovali věkové skupiny pacientů s gastroenterologickým onemocněním v rozdílu mezi iniciačními a finálními hodnotami výsledků problémů v hodnocení vědomostí, chování a stavu.

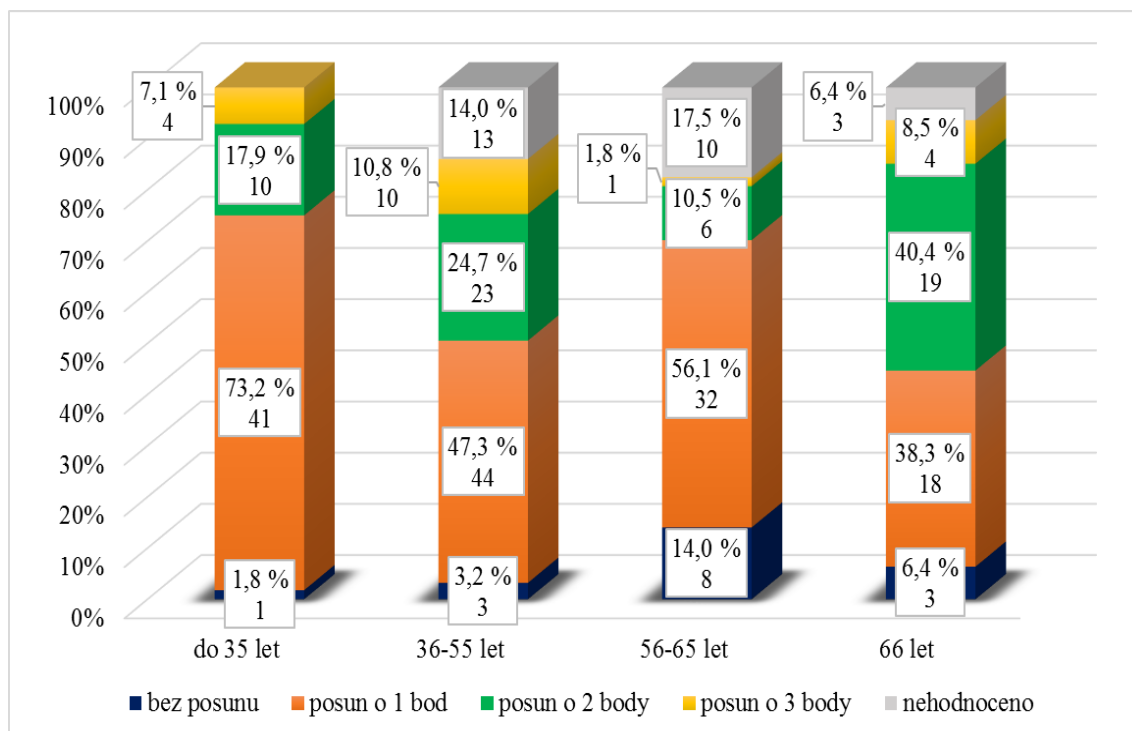
Nejdříve jsme se zaměřili na rozdíl v hodnocení vědomostí vzhledem k daným věkovým skupinám (obr. 29).

Ve skupině pacientů do 35 let byl nulový rozdíl mezi finálním a iniciačním hodnocením vědomostí u jednoho problému (1,8 %), rozdíl jednoho bodu u 41 problémů (73,2 %), rozdíl dvou bodů u 10 problémů (17,9 %) a rozdíl tří bodů u čtyř problémů (7,1 %).

Ve skupině pacientů od 36 let do 55 let byl rozdíl mezi finálním a iniciačním hodnocením vědomostí nulový u tří problémů (3,2 %), rozdíl jednoho bodu u 44 problémů (47,3 %), rozdíl dvou bodů u 23 problémů (24,7 %) a rozdíl tří bodů u 10 problémů (10,8 %). U 13 problémů (14 %) nebyly vědomosti u těchto pacientů hodnoceny.

Ve skupině pacientů od 56 let do 65 let byl rozdíl mezi finálním a iniciačním hodnocením vědomostí nulový u osmi problémů (14 %), rozdíl jednoho bodu u 32 problémů (56,1 %), rozdíl dvou bodů u šesti problémů (10,5 %) a rozdíl tří bodů u jednoho problému (1,8 %). U 10 problémů (17,5 %) nebyly vědomosti u těchto pacientů hodnoceny.

Ve skupině pacientů nad 66 let byl rozdíl mezi finálním a iniciačním hodnocením vědomostí nulový u tří problémů (6,4 %), rozdíl jednoho bodu u 18 problémů (38,3 %), rozdíl dvou bodů u 19 problémů (40,4 %) a rozdíl tří bodů u čtyř problémů (8,5 %). U třech problémů (6,4 %) nebyly vědomosti u těchto pacientů hodnoceny.



Obrázek 29 Rozdíl mezi finálním a iničiálním hodnocením vědomostí vzhledem k věku

Pro komparaci rozdílu vědomostí byl použit Kruskal Wallisov H test, na základě kterého lze konstatovat, že existuje statisticky významný rozdíl v rozdílu mezi iničiálním a finálním hodnocením vědomostí vzhledem k věku pacientů s gastroenterologickým onemocněním ($H(3) = 18,609$; $p < 0,05$). Na základě průměrného pořadí lze určit, že nejvyšší rozdíl mezi iničiálním a finálním hodnocením vědomostí měli pacienti ve věku nad 66 let, poté pacienti od 36 let do 55 let, pacienti do 35 let a nakonec pacienti od 56 let do 65 let (tab. 24).

Tabulka 24 Komparace rozdílu finálního a iničiálního hodnocení vědomostí vzhledem k věku pacientů s gastroenterologickým onemocněním

	n	průměrné pořadí	H	df	p
do 35 let	56	108,5	18,609	3	0,000
od 36 let do 55 let	79	123,57			
od 56 let do 65 let	47	85,41			
nad 66 let	44	131,78			

Legenda: n – počet, H – hodnota Kruskal Wallisovho H testu, df – stupně volnosti, p – statistická významnost

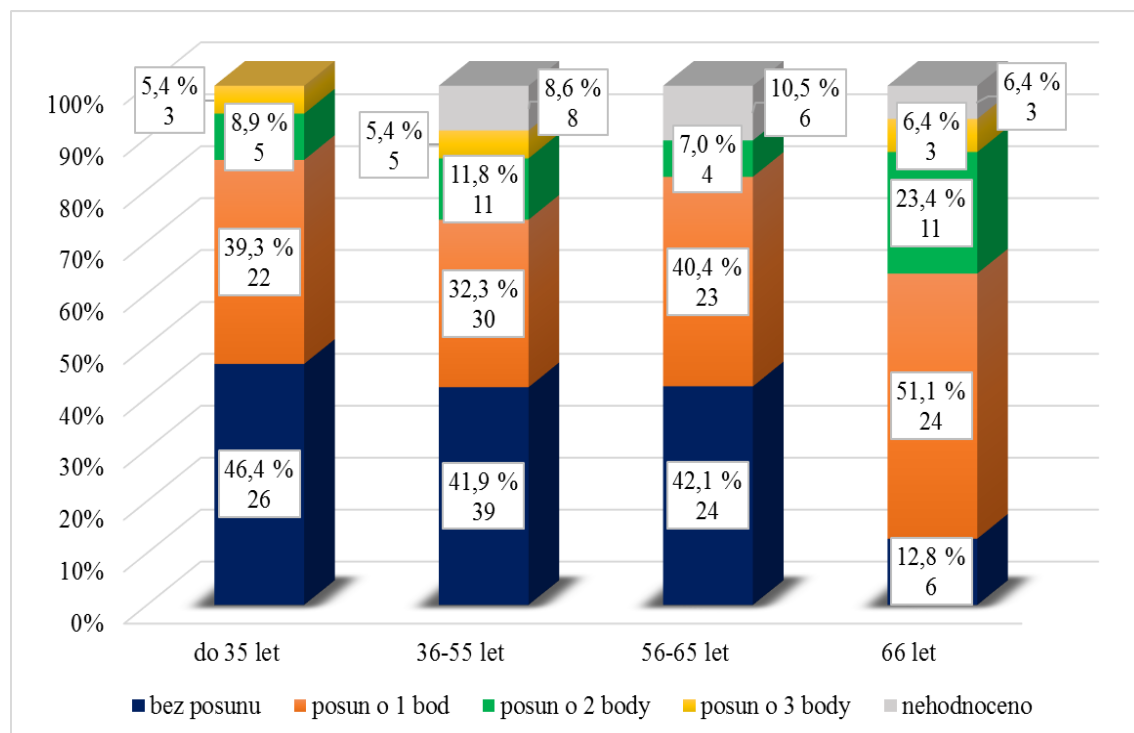
Následně jsme zjišťovali rozdíl v iniciálním a finálním hodnocení chování vzhledem k věku (obr. 30).

Ve skupině pacientů do 35 let byl nulový rozdíl mezi finálním a iniciálním hodnocením chování u 26 problémů (46,4 %), rozdíl jednoho bodu u 22 problémů (39,3 %), rozdíl dvou bodů u pěti problémů (8,9 %) a rozdíl tří bodů u třech problémů (5,4 %).

Ve skupině pacientů od 36 let do 55 let byl rozdíl mezi finálním a iniciálním hodnocením chování nulový u 39 problémů (41,9 %), rozdíl jednoho bodu u 30 problémů (32,3 %), rozdíl dvou bodů u 11 problémů (11,8 %) a rozdíl tří bodů u pěti problémů (5,4 %). U osmi problémů (8,6 %) nebylo chování u těchto pacientů hodnoceno.

Ve skupině pacientů od 56 let do 65 let byl rozdíl mezi finálním a iniciálním hodnocením chování nulový u 24 problémů (42,1 %), rozdíl jednoho bodu u 23 problémů (40,4 %) a rozdíl dvou bodů u čtyř problémů (7,0 %). U šesti problémů (10,5 %) nebylo chování u těchto pacientů hodnoceno.

Ve skupině pacientů nad 66 let byl rozdíl mezi finálním a iniciálním hodnocením chování nulový u šesti problémů (12,8 %), rozdíl jednoho bodu u 24 problémů (51,1 %), rozdíl dvou bodů u 11 problémů (23,4 %) a rozdíl tří bodů u tří problémů (6,4 %). U tří problémů (6,4 %) nebylo chování u těchto pacientů hodnoceno.



Obrázek 30 Rozdíl mezi finálním a iniciálním hodnocením chování vzhledem k věku

Pro komparaci rozdílů v iniciálním a finálním hodnocení chování byl použit Kruskal Wallisov H test. Na základě jeho výsledků lze konstatovat, že existuje statisticky významný rozdíl v rozdílu mezi iniciálním a finálním hodnocením chování vzhledem k věku pacientů s gastroenterologickým onemocněním ($H(3) = 18,105$; $p < 0,05$).

Podle hodnot průměrného pořadí lze určit, že nejvyšší rozdíl mezi iniciálním a finálním hodnocením chování měli klienti ve věku nad 66 let, poté pacienti od 36 let do 55 let, pacienti do 35 let a nakonec klienti od 56 let do 65 let (tab. 25).

Tabulka 25 Komparace rozdílů finálního a iniciálního hodnocení chování vzhledem k věku pacientů s gastroenterologickým onemocněním

	n	průměrné pořadí	H	df	p
do 35 let	56	110,35	18,105	3	0,000
od 36 let do 55 let	84	112,55			
od 56 let do 65 let	51	104,45			
nad 66 let	44	153,85			

Legenda: n – počet, H – hodnota Kruskal Wallisova H testu, df – stupně volnosti, p – statistická významnost

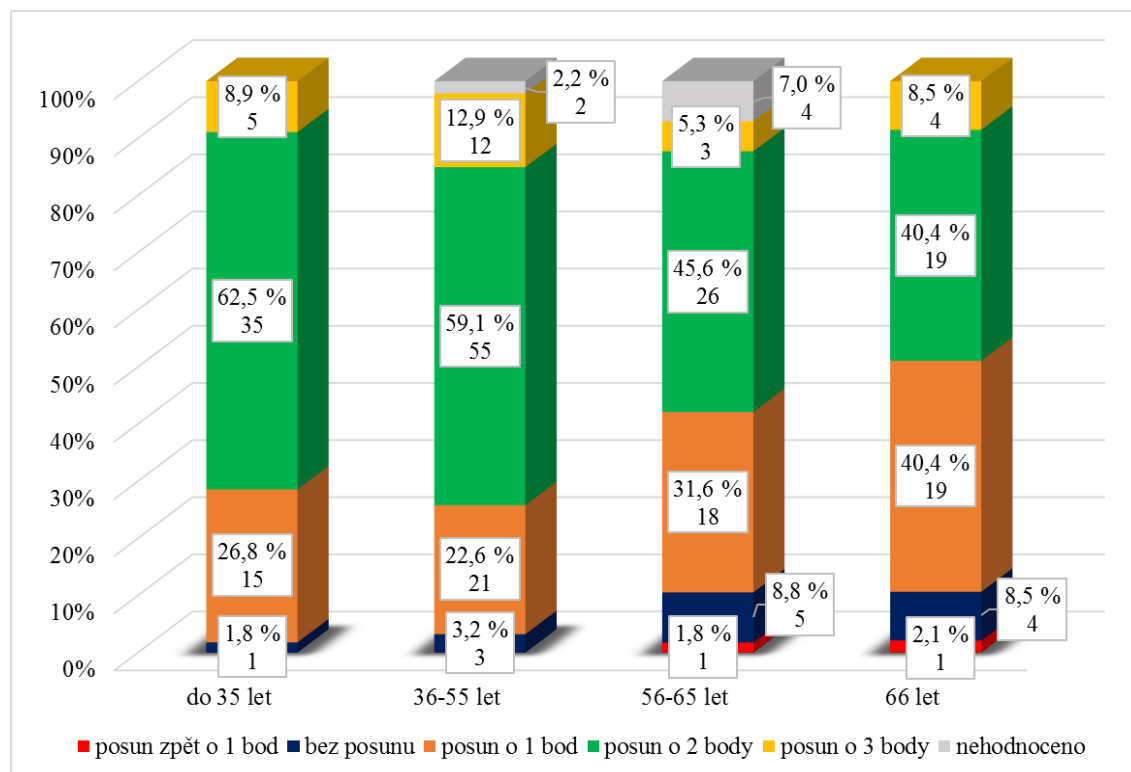
Rovněž jsme zjišťovali i rozdíl v iniciálním a finálním hodnocení stavu vzhledem k věku (obr. 31).

Ve skupině pacientů do 35 let byl nulový rozdíl mezi finálním a iniciálním hodnocením stavu u jednoho problému (1,8 %), rozdíl jednoho bodu u 15 problémů (26,8 %), rozdíl dvou bodů u 35 problémů (62,5 %) a rozdíl tří bodů u pěti problémů (8,9 %).

Ve skupině pacientů od 36 let do 55 let byl rozdíl mezi finálním a iniciálním hodnocením stavu nulový u tří problémů (3,2 %), rozdíl jednoho bodu u 21 problémů (22,6 %), rozdíl dvou bodů u 55 problémů (59,1 %) a rozdíl tří bodů u 12 problémů (12,9 %). U dvou problémů (2,2 %) nebyl stav u těchto pacientů hodnocen.

Ve skupině pacientů od 56 let do 65 let byl rozdíl mezi finálním a iniciálním hodnocením stavu zpět o jeden bod u jednoho problému (1,8 %), nulový rozdíl u pěti problémů (8,8 %), rozdíl jednoho bodu u 18 problémů (31,6 %), rozdíl dvou bodů u 26 problémů (45,6 %) a rozdíl tří bodů u tří problémů (5,3 %). U čtyř problémů (7 %) nebyl stav u těchto pacientů hodnocen.

Ve skupině pacientů nad 66 let byl rozdíl mezi finálním a iniciálním hodnocením stavu zpět o jeden bod u jednoho problému (12,1 %), nulový rozdíl u čtyř problémů (8,5 %), rozdíl jednoho bodu u 19 problémů (40,4 %), rozdíl dvou bodů u 19 problémů (40,4 %) a rozdíl tří bodů u čtyř problémů (8,5 %).



Obrázek 31 Rozdíl mezi finálním a iniciálním hodnocením stavu vzhledem k věku

Pro komparaci byl použit Kruskal Wallisův H test. Na základě výsledků testu lze konstatovat, že existuje statisticky významný rozdíl v diferenciaci mezi iniciálním a finálním hodnocením stavu vzhledem k věku pacientů s gastroenterologickým onemocněním ($H(3) = 11,0791$; $p > 0,05$).

Podle hodnot průměrného pořadí lze určit, že nejvyšší rozdíl mezi iniciálním a finálním hodnocením stavu měli pacienti ve věku od 36 let do 55 let, poté pacienti do 35 let, pacienti od 56 let do 65 let a nakonec pacienti nad 66 let (tab. 26).

Tabulka 26 Komparace rozdílu finálního a iniciálního hodnocení stavu vzhledem k věku pacientů s gastroenterologickým onemocněním

	n	průměrné pořadí	H	Df	p
do 35 let	56	132,57	11,791	3	0,008
od 36 let do 55 let	90	136,49			
od 56 let do 65 let	53	108,37			
nad 66 let	47	104,88			

Legenda: n – počet, H – hodnota Kruskal Wallisovho H testu, df – stupně volnosti, p – statistická významnost

V post hoc analýze jsme zjišťovali rozdíly vždy mezi dvěma věkovými skupinami, a to použitím Mann-Whitneyho U testu, jelikož testování Kruskal Wallisovým testem neobsahuje v sobě i post hoc analýzu. Při analýze jsme použili Bonferroniho korekci (dosažená statistická významnost byla porovnávána s hodnotou $\alpha = 0,05/\text{počet provedených testů}$ – v našem případě je to 6, čili $0,05/6 = 0,008$).

Při komparování rozdílů iniciálního a finálního hodnocení vědomostí jsme zjistili, že existuje statisticky významný rozdíl se střední velikostí účinku mezi pacienty s gastroenterologickým onemocněním ve věku od 36 let do 55 let a od 56 let do 65 let ($U = 1237,4$; $p < 0,008$; $r = 0,318$) ve prospěch pacientů od 36 let do 55 let a pacienty ve věku od 56 let do 65 let a nad 66 let ($U = 821$; $p < 0,008$; $r = 0,382$) ve prospěch pacientů nad 66 let (tab. 27).

Tabulka 27 Komparace rozdílu finálního a iniciálního hodnocení vědomostí vzhledem k věku pacientů s gastroenterologickým onemocněním – post hoc analýza

	n	průměrné pořadí	U	p	r
do 35 let vs. od 36 do 55 let	56 vs. 79	62,6 vs. 71,83	1909,5	0,115	-
do 35 let vs. od 56 let do 65 let	56 vs. 47	57,14 vs. 45,87	1028	0,017	-
do 35 let vs. nad 66 let	56 vs. 44	45,76 vs. 56,53	966,5	0,036	-
od 36 let do 55 let vs. od 56 let do 65 let	79 vs. 47	71,34 vs. 50,33	1237,5	0,000	0,318
od 36 let do 55 let vs. nad 66 let	79 vs. 44	60,41 vs. 64,86	1612	0,466	-
od 56 let do 65 let vs. nad 66 let	47 vs. 44	37,21 vs. 55,39	621	0,000	0,382

Legenda: n – počet, U – hodnota Mann-Whitneyho U testu, p – statistická významnost, r – velikost účinku

Při komparaci rozdílů mezi iniciálním a finálním hodnocením chování jsme zjistili, že existuje statisticky významný rozdíl se střední velikostí účinku mezi pacienty ve věku do 35 let vs. nad 66 let ($U = 779$; $p < 0,008$; $r = 0,338$) ve prospěch pacientů ve věku nad 66 let, mezi pacienty ve věku od 36 let do 55 let vs. nad 66 let ($U = 1217,5$; $p < 0,008$; $r = 0,299$) ve prospěch pacientů ve věku nad 66 let a mezi pacienty ve věku od 56 let do 65 let vs. nad 66 let ($U = 658$; $p < 0,008$; $r = 0,412$) ve prospěch pacientů ve věku nad 66 let (tab. 28).

Tabulka 28 Komparace rozdílů finálního a iniciálního hodnocení chování vzhledem k věku pacientů s gastroenterologickým onemocněním – post hoc analýza

	n	průměrné pořadí	U	p	r
do 35 let vs. od 36 do 55 let	56 vs. 84	69,81 vs. 70,96	2313,5	0,859	-
do 35 let vs. od 56 let do 65 let	56 vs. 51	55,13 vs. 52,76	1365	0,665	-
do 35 let vs. nad 66 let	56 vs. 44	42,41 vs. 60,8	779	0,001	0,338
od 36 let do 55 let vs. od 56 let do 65 let	84 vs. 51	69,6 vs. 65,37	2008	0,506	-
od 36 let do 55 let vs. nad 66 let	84 vs. 44	56,99 vs. 78,83	1217,5	0,001	0,299
od 56 let do 65 let vs. nad 66 let	51 vs. 44	38,31 vs. 59,23	658	0,000	0,412

Legenda: n – počet, U – hodnota Mann-Whitneyho U testu, p – statistická významnost, r – velikost účinku

Nakonec jsme komparovali rozdíly v iniciálním a finálním hodnocení stavu i mezi dvojicemi věkových skupin a zjistili jsme, že existuje statisticky významný rozdíl s nízkou velikostí účinku mezi pacienty ve věku od 36 let do 55 let vs. nad 66 let ($U = 1579$; $p < 0,008$; $r = 0,23$) ve prospěch pacientů ve věku od 36 let do 55 let (tab. 29).

Tabulka 29 Komparace rozdílu finálního a iniciálního hodnocení stavu vzhledem k věku pacientů s gastroenterologickým onemocněním – post hoc analýza

	n	průměrné pořadí	U	p	r
do 35 let vs. od 36 do 55 let	56 vs. 90	71,88 vs. 74,51	2429	0,672	-
do 35 let vs. od 56 let do 65 let	56 vs. 53	60,3 vs. 49,4	1181	0,044	-
do 35 let vs. nad 66 let	56 vs. 47	57,39 vs. 45,57	1014	0,027	-
od 36 let do 55 let vs. od 56 let do 65 let	90 vs. 53	78,02 vs. 61,77	1843	0,011	-
od 36 let do 55 let vs. nad 66 let	90 vs. 47	74,96 vs. 57,6	1579	0,007	0,23
od 56 let do 65 let vs. nad 66 let	53 vs. 47	51,2 vs. 49,71	1208,5	0,783	-

Legenda: n – počet, U – hodnota Mann-Whitneyho U testu, p – statistická významnost, r – velikost účinku

4.5.7 Komparace intervencí, iniciálních a finálních hodnot výsledků problémů

Hypotéza 7: Existují rozdíly mezi hodnotami iniciálního a finálního hodnocení výsledků problémů podle výběru intervencí z jednotlivých kategorií.

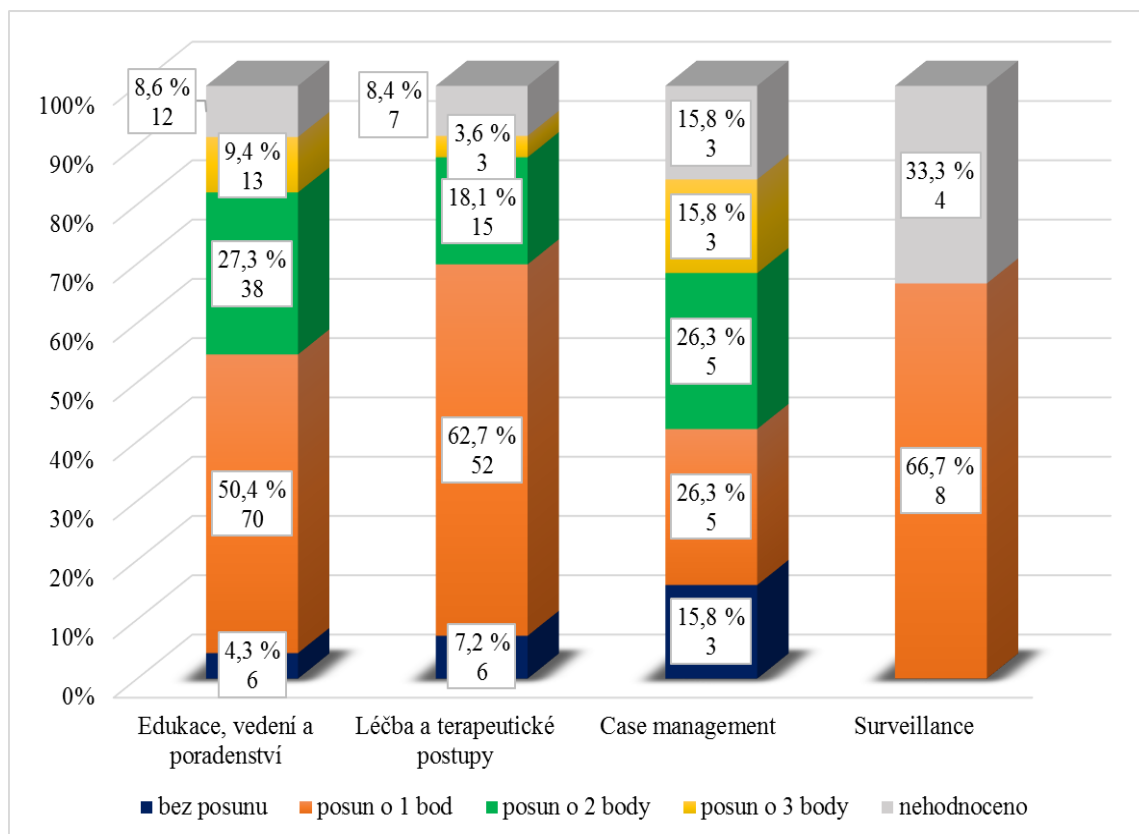
V uvedené hypotéze jsme se zaměřili na porovnání intervencí z jednotlivých kategorií v rozdílu mezi iniciálním a finálním hodnocením problémů pacientů s gastroenterologickým onemocněním, zvláště při hodnocení vědomostí, chování a hodnocení stavu pacienta.

Při hodnocení vědomostí (obr. 32) v kategorii Edukace, vedení a poradenství byl nulový rozdíl mezi finálním a iniciálním hodnocením u šesti problémů (4,3%), rozdíl jednoho bodu u 70 problémů (50,4%), rozdíl dvou bodů u 38 problémů (27,3%) a rozdíl tří bodů u 13 problémů (9,4%). U 12 problémů (8,6%) nebylo hodnocení vědomostí v této kategorii uvedeno.

V rámci kategorie Léčba a terapeutické postupy byl nulový rozdíl u šesti problémů (7,2%), rozdíl jednoho bodu u 52 problémů (62,7%). Rozdíl dvou bodů u 15 problémů (18,1%) a rozdíl tří bodů u třech problémů (3,6%). U sedmi problémů (8,4%) nebylo hodnocení vědomostí v této kategorii uvedeno.

V kategorii Case management byl nulový rozdíl v rámci hodnocení vědomostí u třech problémů (15,8%), rozdíl jednoho bodu u pěti problémů (26,3%), rozdíl dvou bodů u pěti problémů (26,3%) a rozdíl tří bodů u třech problémů (15,8%). U třech problémů (15,8%) nebylo hodnocení vědomostí v této kategorii uvedeno.

V kategorii Surveillance byl rozdíl při hodnocení vědomostí nulový u osmi problémů (66,7%) a rozdíl o jednoho bodu u čtyř problémů (33,3%).



Obrázek 32 Rozdíl mezi finálním a iniciálním hodnocením vědomostí vzhledem ke kategorii intervencí

Při komparaci intervencí z jednotlivých kategorií, v rámci posunu hodnocení vědomostí, byl použit Kruskal Wallisův H test, na základě kterého lze konstatovat ($H(3) = 8,954$; $p < 0,05$), že mezi jednotlivými kategoriemi intervencí existuje statisticky významný rozdíl v posunu hodnocení vědomostí, tj. v rozdílu mezi finálním a iniciálním hodnocením vědomostí (tab. 30). Nejvyšší posun jsme zaznamenali v kategorii intervencí Case management, poté v kategorii Edukace, vedení a poradenství, v kategorii Léčba a terapeutické postupy a nejnižší v kategorii Surveillance (na základě hodnot průměrného pořadí).

Tabulka 30 Komparace rozdílu finálního a iniciálního hodnocení vědomostí vzhledem ke kategorii intervencí

	n	průměrné pořadí	H	df	p
Edukace, vedení a poradenství	127	122,15	8,954	3	0,03
Léčba a terapeutické postupy	76	101,45			
Case management	16	124,41			
Surveillance	8	83,00			

Legenda: n – počet, H – hodnota Kruskal Wallisůvho H testu, df – stupně volnosti, p – statistická významnost

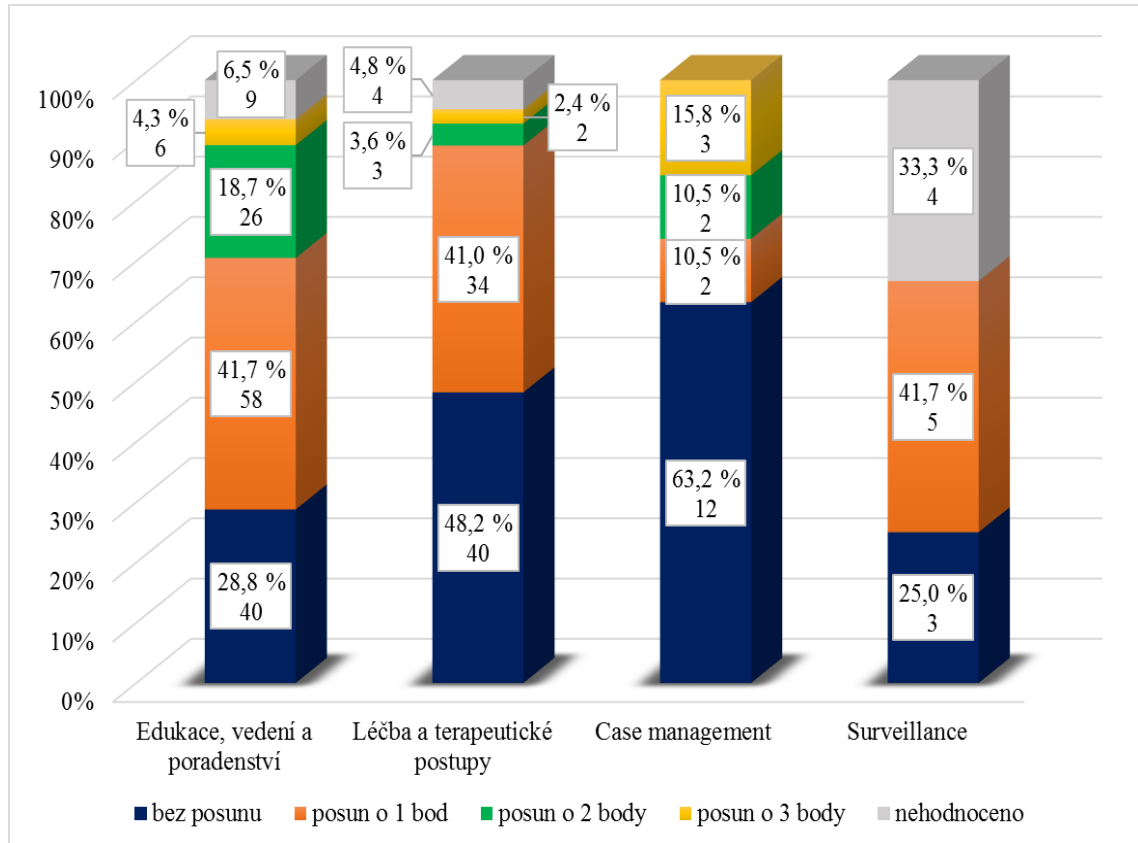
Následně jsme komparovali i hodnocení chování v jednotlivých kategoriích intervencí (obr. 33).

Při hodnocení chování v kategorii Edukace, vedení a poradenství byl zjištěn nulový rozdíl u 40 problémů (28,8%), rozdíl jednoho bodu u 58 problémů (41,7%), rozdíl dvou bodů u 26 problémů (18,7%) a rozdíl tří bodů u šesti problémů (4,3%). U devíti problémů (6,5%) nebylo hodnocení chování v této kategorii uvedeno.

V rámci kategorie Léčba a terapeutické postupy byl nulový rozdíl u 40 problémů (48,2%), rozdíl jednoho bodu u 34 problémů (41%), rozdíl dvou bodů u třech problémů (3,6%) a rozdíl tří bodů u dvou problémů (2,4%). U čtyř problémů (4,8%) nebylo hodnocení chování v této kategorii uvedeno.

Při hodnocení chování v kategorii Case management byl zjištěn nulový rozdíl u 12 problémů (63,2%), rozdíl jednoho bodu u dvou problémů (10,5%), rozdíl dvou bodů u dvou problémů (10,5%) a rozdíl tří bodů u tří problémů (15,8%).

V kategorii Surveillance byl zjištěn nulový rozdíl u tří problémů (25%) a rozdíl jednoho bodu u pěti problémů (41,7%). U čtyř problémů (33,3%) nebylo hodnocení chování v této kategorii uvedeno.



Obrázek 33 Rozdíl mezi finálním a iniciálním hodnocením chování vzhledem ke kategorii intervencí

Při komparaci intervencí z jednotlivých kategorií v rámci posunu hodnocení chování, byl použit Kruskal Wallisův H test, na základě kterého lze konstatovat ($H(3) = 13,574$; $p < 0,05$), že mezi jednotlivými kategoriemi intervencí existuje statisticky významný rozdíl v posunu hodnocení chování (tab. 31). Nejvyšší posun jsme zaznamenali v kategorii intervencí Edukace, vedení a poradenství, poté v kategorii Case management, v kategorii Surveillance a nejnižší v kategorii Léčba a terapeutické postupy (na základě hodnot průměrného pořadí).

Tabulka 31 Komparace rozdílu finálního a iniciálního hodnocení chování vzhledem ke kategorii intervencí

	n	průměrné pořadí	H	Df	p
Edukace, vedení a poradenství	130	132,12	13,574	3	0,004
Léčba a terapeutické postupy	79	100,53			
Case management	19	104,16			
Surveillance	8	108,63			

Legenda: n – počet, H – hodnota Kruskal Wallisova H testu, df – stupně volnosti, p – statistická významnost

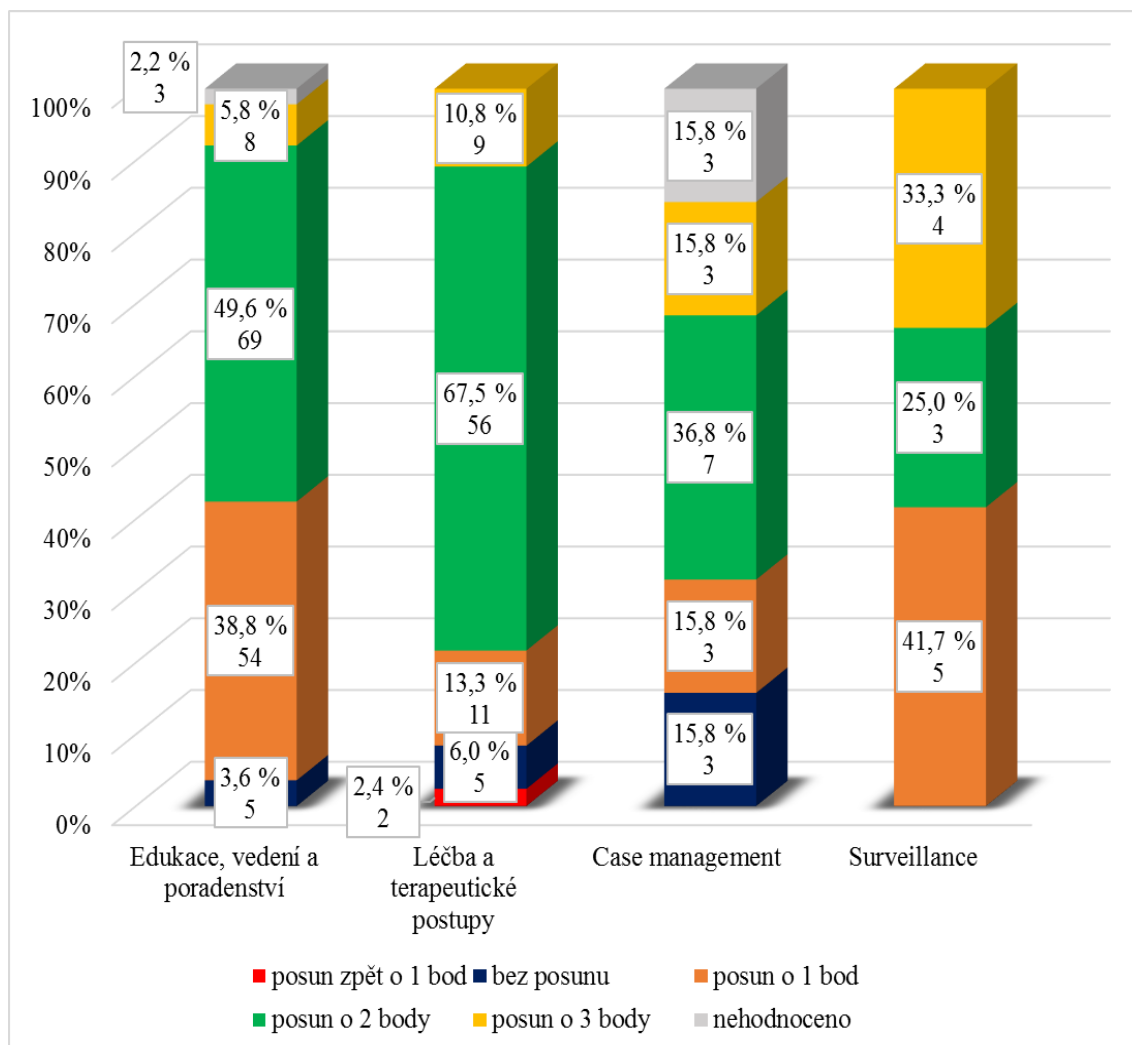
Komparovali jsme i hodnocení stavu vzhledem k jednotlivým kategoriím intervencí (obr. 34).

V kategorii Edukace, vedení a poradenství byl zjištěn nulový rozdíl u pěti problémů (3,6%), rozdíl jednoho bodu u 54 problémů (38,8%), rozdíl dvou bodů u 69 problémů (49,6%) a rozdíl tří bodů u osmi problémů (5,8%). U tří problémů (2,2%) nebylo hodnocení stavu v této kategorii uvedeno.

V rámci hodnocení stavu v kategorii Léčba a terapeutické postupy byl rozdíl o mínus jeden bod u dvou problémů (2,4%), nulový rozdíl u pěti problémů (6%), rozdíl jednoho bodu u 11 problémů (13,3%), rozdíl dvou bodů u 56 problémů (67,5%) a rozdíl tří bodů u devíti problémů (10,8%).

V kategorii Case management byl zjištěn nulový rozdíl u tří problémů (15,8%), rozdíl jednoho bodu u tří problémů (15,8%), rozdíl dvou bodů u sedmi problémů (36,8%) a rozdíl tří bodů u tří problémů (15,8%). U tří problémů (15,8%) nebylo hodnocení stavu v této kategorii uvedeno.

V kategorii Surveillance byl zjištěn rozdíl jednoho bodu u pěti problémů (41,7%), rozdíl dvou bodů u tří problémů (25%) a rozdíl tří bodů u čtyř problémů (33,3%).



Obrázek 34 Rozdíl mezi finálním a iničiálním hodnocením stavu vzhledem ke kategorii intervencí

Při komparaci intervencí z jednotlivých kategorií v rámci posunu hodnocení stavu byl použit Kruskal Wallisův H test, na základě kterého lze konstatovat ($H(3) = 8,054$; $p < 0,05$), že mezi jednotlivými kategoriemi intervencí existuje statisticky významný rozdíl v posunu hodnocení stavu (tab. 32). Nejvyšší posun jsme zaznamenali v kategorii intervencí Surveillance, poté v kategorii Léčba a terapeutické postupy, Case management a nejnižší v kategorii Edukace, vedení a poradenství (na základě hodnot průměrného pořadí).

Tabulka 32 Komparace rozdílu finálního a iniciálního hodnocení stavu vzhledem ke kategorii intervencí

	n	průměrné pořadí	H	df	p
Edukace, vedení a poradenství	136	113,98	8,054	3	0,045
Léčba a terapeutické postupy	83	138,26			
Case management	16	123,84			
Surveillance	12	139,17			

Legenda: n – počet, H – hodnota Kruskal Wallisova H testu, df – stupně volnosti, p – statistická významnost

Post hoc analýza prostřednictvím Mann-Whitneyho U testu sloužila k porovnávání dvojic kategorií intervencí v rozdílech mezi finálním a iniciálním hodnocením vědomostí, jako i chování i stavu. Při analýze jsme použili Bonferroniho korekci (dosažená statistická významnost byla porovnávána s hodnotou $\alpha = 0,05/\text{počet provedených testů}$ – v našem případě je to 6, čili $0,05/6 = 0,008$).

V tab. 33 jsou komparovány všechny možné dvojice vytvořené ze čtyř kategorií intervencí. Na základě výsledků konstatujeme, že mezi jednotlivými dvojicemi neexistuje statisticky významný rozdíl v diferenciaci finálního a iniciálního hodnocení vědomostí.

Tabulka 33 Komparace rozdílu finálního a iniciálního hodnocení vědomostí vzhledem ke kategorii intervencí – post hoc analýza

	n	průměrné pořadí	U	p	r
Edukace, vedení a poradenství vs. Léčba a terapeutické postupy	127 vs. 76	109 vs. 90,3	3936,5	0,012	-
Edukace, vedení a poradenství vs. Case management	127 vs. 16	71,73 vs. 74,16	981,5	0,808	-
Edukace, vedení a poradenství vs. Surveillance	127 vs. 8	69,42 vs. 45,5	328	0,058	-

Léčba a terapeutické postupy vs. Case management	76 vs. 16	45,03 vs. 53,5	496	0,183	-
Léčba a terapeutické postupy vs. Surveillance	76 vs. 8	43,13 vs. 36,5	256	0,357	-
Case management vs. Surveillance	16 vs. 8	13,75 vs. 10	44	0,179	-

Legenda: n – počet, U – hodnota Mann-Whitneyho U testu, p – statistická významnost, r – velikost účinku

Při komparování všech dvojic kategorií intervencí v rozdílu finálního a iniciálního hodnocení chování jsme zjistili, že statisticky významný rozdíl s nízkou velikostí účinku ($U = 3733$; $p < 0,008$; $r = 0,25$) existuje pouze v případě dvojice Edukace, vedení a poradenství a Léčba a terapeutické postupy a to ve prospěch kategorie Edukace, vedení a poradenství (tab. 34).

Tabulka 34 Komparace rozdílu finálního a iniciálního hodnocení chování vzhledem ke kategorii intervencí – post hoc analýza

	n	průměrné pořadí	U	p	r
Edukace, vedení a poradenství vs. Léčba a terapeutické postupy	130 vs. 79	115,78 vs. 87,25	3733	0,000	0,25
Edukace, vedení a poradenství vs. Case management	130 vs. 19	76,95 vs. 61,63	981	0,124	-
Edukace, vedení a poradenství vs. Surveillance	130 vs. 8	70,38 vs. 55,13	405	0,261	-
Léčba a terapeutické postupy vs. Case management	79 vs. 19	49,65 vs. 48,89	739	0,908	-
Léčba a terapeutické postupy vs. Surveillance	79 vs. 8	46,63 vs. 47,63	287	0,632	-
Case management vs. Surveillance	19 vs. 8	13,63 vs. 14,88	69	0,68	-

Legenda: n – počet, U – hodnota Mann-Whitneyho U testu, p – statistická významnost, r – velikost účinku

Při komparování dvojic kategorií v rozdíle finálního a iniciálního hodnocení stavu jsme zjistili, že statisticky významný rozdíl s nízkou velikostí účinku ($U = 4499,5$; $p < 0,008$; $r = 0,19$) existuje pouze v případě porovnání kategorie Edukace, vedení a poradenství a Léčba a terapeutické postupy ve prospěch kategorie Edukace, vedení a poradenství (tab. 35).

Tabulka 35 Komparace rozdílu finálního a iniciálního hodnocení stavu vzhledem ke kategorii intervencí – post hoc analýza

	n	průměrné pořadí	U	p	r
Edukace, vedení a poradenství vs. Léčba a terapeutické postupy	136 vs. 83	101,58 vs. 123,79	4499,5	0,005	0,19
Edukace, vedení a poradenství vs. Case management	136 vs. 16	76,01 vs. 80,63	4022	0,662	-
Edukace, vedení a poradenství vs. Surveillance	136 vs. 12	73,38 vs. 87,21	663,5	0,237	-
Léčba a terapeutické postupy vs. Case management	83 vs. 16	50,67 vs. 46,53	608,5	0,539	-
Léčba a terapeutické postupy vs. Surveillance	83 vs. 12	47,8 vs. 49,38	481,5	0,831	-
Case management vs. Surveillance	16 vs. 12	13,69 vs. 15,58	83	0,528	-

Legenda: n – počet, U – hodnota Mann-Whitneyho U testu, p – statistická významnost, r – velikost účinku

5 DISKUZE

Hlavním záměrem výzkumu bylo prozkoumat možnosti implementace klasifikačního systému Omaha v komunitní praxi a nalézt vztahy mezi problémy objektu výzkumu (vybrání gastroenterologičtí pacienti) a intervencemi, s následným zhodnocením výsledků ošetrovatelské péče dle Omaha systému v komunitní praxi. V souladu s předmětem výzkumu byla stanovena obecná hypotéza: „*Implementace Omaha systému do klinické praxe ošetrovatelství přináší nové možnosti pro sestry při poskytování komunitní praxe.*“ Výzkum byl realizován kvantitativní metodou, v období od června do prosince 2015. Byl rozdělen do tří etap. První etapa výzkumu byla zaměřena na ošetrovatelské posouzení potřeb pacienta s identifikací problémů podle schématu klasifikace problémů a iniciální hodnocení výsledků problémů s použitím škály pro hodnocení výsledků problémů Omaha systému. Druhá etapa výzkumu byla zacílena na plánování a realizaci intervencí ze schématu intervencí pro identifikované problémy. Finální hodnocení výsledků problémů bylo náplní třetí fáze výzkumného šetření.

5.1 *Implementace Omaha systému do ošetrovatelské dokumentace*

Standardizovaná terminologie, klasifikační systémy a jejich implementace do praxe, je podle Vörösové et al. (2007, 2015a) znakem ošetrovatelské profese v současnosti. Význam používání odborné terminologie lze odvodit i z charakteristických rysů ošetrovatelství uvedených v koncepci ošetrovatelství (Věstník MZ ČR, 2004), podle níž je ošetrovatelství poskytováno metodou ošetrovatelského procesu a na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem. V souladu s předmětem výzkumného šetření bylo prvním cílem práce *implementovat systém Omaha do ošetrovatelské dokumentace k ověřování ošetrovatelské péče v komunitní praxi*. Výběr této terminologie pro výzkumné šetření ovlivnila řada subjektivních a objektivních faktorů. I když se nejedná o nejčastěji implementovanou klasifikaci v našem sociokulturním kontextu, k objektivním faktorům výběru lze řadit strukturu a komplexnost taxonomie, srozumitelnost, použitelnost v klinickém i komunitním prostředí, dostupnost odborné literatury a publikovaných výzkumů, potenciální příležitost pro vedení elektronických zdravotních záznamů (Tastan et al., 2014). Rovněž se ztotožňujeme s charakteristikou systému Omaha v matici klasifikačních kritérií a jejich vyhodnocení podle NANDA International (2013), uvedené v kapitole 1.7.2. (s. 39).

K subjektivním faktorům, které ovlivnily výběr, řadíme souhlas autorky Karen S. Martin s použitím Omaha systému pro výzkumné účely a její osobní nadšení pro první empirické výsledky v ČR, možnost online konzultace s autorkou. Při tvorbě dokumentace s implementovaným systémem Omaha jsme vycházeli z faktu, že dokumentovaná podoba ošetrovatelských dat je významným nástrojem regulace ošetrovatelské praxe, poskytuje kvantifikované a statisticky zpracovatelné záznamy posouzení a diagnostiky, plánování a realizace a hodnocení efektu ošetrovatelské péče (Martin, 2005; Vörösová et al., 2007, 2015a). Domníváme se, že Omaha systém představuje optimální prostředek na přípravu ošetrovatelské dokumentace, zahrnující assessment jednotlivce, skupiny a komunity, identifikaci problémů a rizik, realizaci a hodnocení ošetrovatelského procesu v komunitní praxi (Martin, 2005; Topaz et al., 2014). Toto zjištění potvrzuje i řada studií (Monsen et al., 2012a; Erdogan et al., 2013; Monsen et al., 2014a; Monsen et al., 2014b; Monsen et al., 2015; Gapp et al., 2015; Lee et al., 2015; Monsen 2016; Holland et al., 2016). Při koncipování ošetrovatelské dokumentace s implementovaným Omaha systémem jsme se primárně inspirovali dokumentací z University of Colorado Denver (Omaha System..., 2006). Uvedená dokumentace však byla vytvořená pro vzdělávací účely. Pro výzkumné šetření disertační práce byl použitý modifikovaný formulář studie „*Patient Problems and Nurse Interventions during Acute Care and Discharge Planning*“ (2000) se souhlasem autorky Bowles (Příloha 3). Dokumentace k ověřování ošetrovatelské péče v komunitní praxi byla koncipována pro sběr údajů v souvislosti s poskytovanou péčí a obsahovala schéma klasifikace problémů, schéma intervencí a škálu pro hodnocení výsledků problémů. Na základě zkušeností při její implementaci souhlasíme se závěrem autorek Beňová et al. (2014a), že obsahová koncepce připravené dokumentace přináší jasnou představu o problémech, poskytované péči a výsledcích, napomáhá sestřám ve všech fázích ošetrovatelského procesu a prezentuje jejich práci. Zároveň byla identifikována její rozsáhlá grafická kompozice a vysoká časová náročnost při vyplňování písemné formy dokumentace, při současné absenci elektronického zpracování dokumentace, které by zefektivnilo např. kvalitu dokumentování, analýzu dat, archivaci dat apod. Připravená dokumentace pro komunitní praxi zahrnuje prvotní zkušenosti s implementací Omaha systému a poukazuje na její přínos pro sestry komunitní praxe, v jejichž kompetenci je i komplexně analyzovat zdravotní a sociální situaci, realizovat poradenství (vyhláška č.55/2011 Sb.), a tím do jisté míry ovlivňovat výsledky v oblasti zdraví. Pro další zkvalitnění procesu dokumentování by bylo vhodné ověření na větším počtu respondentů, v prostředí vybrané specifické komunity.

Nezbytností je vytvoření elektronické dokumentace pro potřeby klinické praxe (Westra et al., 2010; Lai et al., 2014; Beňová et al., 2014b). Jedním z důležitých faktorů při implementaci tohoto systému v praxi je i příprava české verze překladu.

5.2 Schéma klasifikace problémů pacientů s gastroenterologickým onemocněním

Objektem výzkumného šetření byli pacienti Ústeckého regionu léčení pro výskyt gastroenterologického onemocnění (akutní/chronické formy), kteří byli hospitalizováni/rehospitalizováni/dispensarizováni na gastroenterologii, ve věkovém rozmezí 18–90 let.

Výzkumný soubor tvořilo 103 pacientů a byl rovnoměrně rozložen na ženy (48,5 %) a muže (51,5 %). Z hlediska věkového zastoupení byly dvě třetiny pacientů v období časně a střední dospělosti, třetina pacientů byla v období pozdní dospělosti a stáří. Na základě exportu dat ÚZIS ČR (Ústavu zdravotnických informací a statistiky) lze konstatovat, že výskyt gastroenterologických onemocnění v Ústeckém regionu s věkem stoupá. Z národního registru hospitalizovaných pro výskyt gastroenterologického onemocnění v nemocnicích Ústeckého kraje za rok 2015 bylo zjištěno, že 61 % pacientů bylo právě v období pozdní dospělosti a stáří a 39 % v období časně a střední dospělosti (ÚZIS ČR, 2015). Podle těchto údajů byl nejvyšší počet případů hospitalizace v roce 2015 v měsících duben a říjen (ÚZIS ČR, 2015), to může poukazovat i na sezónní výskyt problémů. Ve výzkumném souboru převažovali respondenti se středoškolským vzděláním a učňovským vzděláním nad respondenty s vysokoškolským vzděláním (obr. 3). Pacienti byli v nejvyšší míře zaměstnaní nebo důchodci, nezaměstnaní a invalidní důchodci tvořili přibližně třetinu respondentů (obr. 4).

U více jak poloviny pacientů bylo diagnostikováno onemocnění trávicí trubice, přičemž nejčastější diagnózou byla Crohnova nemoc. Autoři Burisch et al. (2015) prezentují nárůst tohoto onemocnění v Evropě s incidencí 6,3/100 000 pacientů ročně. V nemocnicích Ústeckého kraje bylo v roce 2015 evidováno 181 případů hospitalizace na toto onemocnění (ÚZIS ČR, 2015). Více jako 40 % pacientů výzkumného souboru se léčilo s onemocněním hepatopankreatobiliárního systému, s převahou výskytu alkoholické cirhózy jater. Podle Evropské asociace pro studium jater *EASL* (*The European Association for the Study of the Liver*) zemře každoročně v Evropě 170 000 lidí na toto onemocnění (Blachier et al., 2013). Podle údajů ÚZIS ČR (2015) byl

v roce 2015 v této kategorii onemocnění nejvyšší počet případů hospitalizace s diagnózami v následovném pořadí: cholelithiasis, pancreatitis acuta, alkoholické onemocnění jater. Poruchy příjmu potravy byly u respondentů výzkumného šetření diagnostikovány méně jak v 5 % (tab. 1).

Choroby gastrointestinálního systému, jater, pankreatu, žlučníku a žlučových cest patří k poměrně častým chorobám populace. V etiopatogenezi těchto onemocnění se uplatňuje zejména nesprávný životní styl a abúzus alkoholu, imunitní faktory a genetická predispozice. Akutní formy onemocnění těchto orgánů jsou prezentovány závažnými příznaky a chronické formy řadou komplikací. V posledních letech došlo k prudkému rozvoji moderních diagnostických i nefarmakologických metod jako i ošetrovatelských postupů (Lata et al., 2010; Žák et al., 2012; Klener et al., 2012; Holubová, 2013). *Charakterizovat problémy pacientů s gastroenterologickým onemocněním podle schématu klasifikace problémů Omaha systému*, bylo náplní druhého cíle. Jak vyplývá z výsledků výzkumu, pacienti s onemocněním trávicího systému disponují širokým spektrem problémů odpovídajícím povaze onemocnění. Podobná zjištění reflektuje několik studií, např. výskyt problému cirkulace u kardiologických pacientů (Bowles, 2000), problém s dodržováním léčebného režimu a problém mentálního zdraví u pacientů s duševním onemocněním (Connolly, 2006; Gapp et al., 2015), problémy kůže a nervo-svalově-pohybové funkce u klientů domácí péče (Erdogan, 2013).

V našem výzkumu identifikovaly sestry ošetrovatelským posouzením a diagnostikou nejvíce problémů (obr. 6, tab. 2) ve fyziologické doméně (např. trávení-hydratace, bolest, činnost tlustého střeva) a v doméně chování ve vztahu ke zdraví (např. výživa, užívání látek, dodržování léčebného režimu). Výskyt bolesti byl ve spojitosti s akutním průběhem onemocnění, výskytem tumoru či s provedením invazivních zákroků (např. biopsie jater, endoskopické vyšetření, drenáže cyst pankreatu nebo chirurgická intervence). Nejčastějšími příznaky byly: vyjadřování diskomfortu/bolesti, změna polohy, bledost/pocení. Problém trávení-hydratace úzce souvisí s problémem výživy. Při dokumentování těchto problémů byl zjištěn vztah s podáváním enterální a parenterální výživy (nejčastěji při relapsu Crohnovy nemoci, u akutní pankreatitidy nebo u poruch příjmu potravy). Problém činnosti tlustého střeva dokumentoval mj. i příznak „ostatní“, kde byl uveden např. nedostatek vědomostí o přípravě na kolonoskopické vyšetření nebo nedostatek zručností při aplikaci terapeutického klyzmatu.

Problém užívání látek v doméně chování ve vztahu ke zdraví, se týkal konzumace alkoholu.

Podle Laty et al. (2010) se jedná o nejčastější etiologický činitel onemocnění jater a pankreatu. Nižší výskyt problémů byl zaznamenán v psychosociální doméně (např. smutek, mentální zdraví, sociální kontakt, změněná role) a v environmentální doméně (např. plat/výdělek). V rámci posouzení a analýzy problémů v našem výzkumu absentoval při dokumentování problém „*plánování propuštění*“ („*Discharge planning*“). Tento problém doporučuje zařadit při posuzování i autorka Bowles (2000) v akutní péči při revizi Omaha systému v budoucnosti. Zastoupení problémů v jednotlivých doménách odpovídá charakteristice onemocnění, průběhu a příznakům, mimo jiné i somatopsychické a psychosomatické složce, podobně jako ve studii u pacientů s hepatopankreatobiliárním onemocněním (Beňová et al., 2014; Beňová et al., 2016a). V průměru sestry dokumentovaly tři problémy u jednoho pacienta. Naše výsledky lze komparovat se studií Bowles (2000), zaměřené na pacienty s kardiologickým onemocněním, po intervenčním kardiologickém zákroku či kardiochirurgické operaci, kdy sestry dokumentovaly u 30 pacientů v průměru 8,6 problémů u jednoho pacienta. Podle Beňové et al. (2016a) lze odůvodnit nižší frekvenci dokumentovaných problémů tím, že sestry ve vybraném zdravotnickém zařízení dosud nepracovaly se standardizovanou terminologií systému Omaha. Studie autorek Macková et al. (2012), zaměřená na faktory ovlivňující používání ošetrovatelských diagnóz v klinické praxi, uvádí i jiné např. počet pacientů na jednu sestru, administrativní zátěž, syndrom vyhoření, nedostatek času, rozdíly v teorii a praxi a nedostatek personálu. Kvantitativní výskyt problémů jednotlivých domén v našem výzkumu byl identický se studií Bowles (2000). Z tohoto lze vyvodit lepší schopnost sester posoudit a identifikovat problémy fyziologické než problémy psychosociální či environmentální.

V rámci výzkumného šetření jsme se dále zaměřili na komparaci výskytu problémů jednotlivých domén a věku. Domnívali jsme se, že souvislost problémů pacientů s gastroenterologickým onemocněním s věkem, může do jisté míry ovlivnit predikci komunitní sestry při identifikaci problémů. Analýzou problémů specifické komunity zjistili autoři Reilly et al. (1992), že u starších klientů měly problémy spíše chronický charakter, kdežto u klientů pod 50 let se vyskytovaly převážně problémy akutní povahy.

Při analýze výskytu uvedených problémů v psychosociální doméně (obr. 15), se u pacientů do 35 let nejvíce vyskytoval problém sociálního kontaktu s dokumentovaným příznakem „omezený sociální kontakt“ v důsledku hospitalizace, izolace, léčebného režimu, návštěvních hodin, omezené možnosti telefonování či internetového připojení jako i nedostatečné interakce zdravotník-pacient.

U pacientů ve věku od 36–55 let dominoval problém změněné role v souvislosti se ztrátou předchozí role a přijímáním nové role – role chronicky nemocného. Na základě našich zkušeností z praxe se mnohdy jedná o vážný psychosociální problém, právě v období plné výkonnosti a relativní stability, jak toto období charakterizuje Langmeier et al., 2006. Ve stáří byl v psychosociální doméně nejčastěji evidovaný problém smutek. Z informací specifických pro klienta vycházel tento problém zejména ze somatopsychické složky gastroenterologického onemocnění. Souhrnně lze uvést, že dokumentované problémy psychosociální domény se vyskytovaly (prolínaly) ve všech věkových skupinách pacientů, bez typického výskytu problémů v konkrétním věkovém období.

Problémy fyziologické domény souvisejí s patofyziologií a symptomatologií gastroenterologických onemocnění. Domnívali jsme se, že tento fakt bude zřetelný i při výskytu typických onemocnění (a jejich příznaků) v určitém věkovém období (např. výskyt Crohnovy nemoci v období časně dospělosti). Dokumentování problémů fyziologické domény (obr. 16) tento fakt nepotvrdilo. Problém činnosti tlustého střeva sice dominoval ve věku do 35 let, výrazně se vyskytoval i u pacientů ve věku od 36–55 let. Rovněž problém bolesti je příznakem řady gastroenterologických onemocnění, při jehož výskytu věk nehraje roli. V nejstarší věkové skupině pacientů nad 65 let převažoval svým výskytem problém trávení-hydratace, který byl čteně zastoupen u všech věkových kategoriích. Výskyt problémů fyziologické domény by bylo vhodnější zkoumat spíše u konkrétních onemocnění trávicího systému, než z hlediska věkového zastoupení, podobně jako ve studii Monsen et al. (2014b) zaměřené na možnosti využití systému Omaha při selfmonitoringu příznaků dospělými s diabetes mellitus.

Doména chování ve vztahu ke zdraví obsahuje aktivity na podporu a udržení zdraví a prevenci vzniku onemocnění (Martin, 2005). V této doméně byl nejčastěji uváděný problém výživy v každé věkové kategorii (obr. 17). Podle Beňové et al. (2016b) problém výživy (např. v podobě malnutrice nebo nutričních deficitů) přímo souvisí s výskytem gastroenterologických onemocnění, ovlivňuje jejich projevy, průběh a často i kvalitu života (např. při Crohnově nemoci). Z výše uvedených výsledků lze učinit závěr, že **hypotéza 1 nebyla potvrzena**, protože nebyly zjištěny *rozdíly ve výskytu problémů v jednotlivých doménách u pacientů s gastroenterologickým onemocněním dle věku*. Problémy podle schématu klasifikace problémů systému Omaha byly ve vztahu k věku zkoumány převážně u větších cílových skupin – dětí (Monsen et al., 2012b; Kvarme et al., 2013; Monsen et al., 2013), dospělých (např. Chow et al., 2014; Monsen et al., 2014a)

a seniorů (Monsen et al., 2011). Diferenciace dospělého věku a stáří ve vztahu k problémům jednotlivých domén nebyla statisticky potvrzena (tabulky 7, 8, 9).

Druhá hypotéza byla zaměřena na jednotlivé typy gastroenterologických onemocnění, u nichž jsme zjišťovali rozdíly v dokumentování problémů. Podle výsledků analýzy byla gastroenterologická onemocnění rozdělena do tří kategorií – onemocnění trávicí trubice, onemocnění hepatopankreatobiliárního systému a poruchy příjmu potravy (obr. 5, tab. 1). Výskyt problémů pacientů vychází z konkrétního onemocnění a nás zajímaly rozdíly v jejich dokumentování vzhledem k pohlaví. Vycházeli jsme z předpokladu zvýšené incidence určitých onemocnění trávicího systému u žen a u mužů. Novotný (2010) uvádí u žen například zvýšený výskyt cholelithiázy a u mužů např. nádorové onemocnění tlustého střeva – kolorektální karcinom. Zjistili jsme, že u pacientů s hepatopankreatobiliárním onemocněním bylo dokumentováno více problémů (celkově 133), než u onemocnění trávicí trubice (celkově 126). U mužů s hepatopankreatobiliárním onemocněním se jednalo o problémy v následovném pořadí: trávení-hydratace, bolest, výživa. U žen sestry nejčastěji diagnostikovaly problémy v pořadí: bolest, výživa a trávení-hydratace (obr. 18). Ve fyziologické doméně byly vzhledem k pohlaví prokázány spíše (více) kvantitativní rozdíly nad kvalitativními rozdíly při dokumentování jednotlivých problémů. Podobné zjištění se týkalo i problémů psychosociální domény. Zajímavé bylo zjištění, že v doméně chování ve vztahu ke zdraví byl problém s užíváním látek více zastoupen u žen než u mužů. Tento problém souvisel s konzumací alkoholu, nejčastějšího onemocnění jater a pankreatu (Lata et al., 2010). Identický výskyt problémů prezentuje i studie zaměřená na výskyt problémů pacientů s hepatopankreatobiliárním onemocněním, bez diferenciace pohlaví (Beňová et al., 2016a). U onemocnění trávicí trubice (obr. 19) typicky dominoval problém fyziologické domény – činnost tlustého střeva u obou pohlaví a souvisel s výskytem nejčastějšího onemocnění. Problém trávení-hydratace převažoval u mužů, kdežto u žen problém výživy. Studie autorek Beňová et al. (2016b) zaměřená na výživu u pacientů s Crohnovou nemocí, popisuje převahu tohoto problému právě u pacientů mužského pohlaví ve věku od 36–55 let. Ostatní problémy byly zřetelně nižšího zastoupení, při nichž neexistoval významný rozdíl v dokumentování problémů pacientů/pacientek s onemocněním trávicí trubice. Poslední kategorie pacientů s poruchami příjmu potravy obsahovala velmi nízký počet respondentů, čemu zodpovídal i nízký počet dokumentovaných problémů přibližně rovnoměrného rozložení (obr. 20).

Z uvedených výsledků výzkumu lze učinit závěr, že **hypotéza 2 nebyla potvrzena**, protože nebyly prokázány *rozdíly v dokumentování problémů u jednotlivých typů gastroenterologických onemocnění podle pohlaví*.

5.3 Schéma intervencí u pacientů s gastroenterologickým onemocněním

Při poskytování komunitní péče metodou ošetrovatelského procesu je plánování a realizace intervencí sestry komunitní péče následujícím krokem vycházejícím z diagnostického procesu. Proto byl výzkum zaměřen na *mapování propojení problémů a intervencí u pacientů s gastroenterologickým onemocněním podle schématu intervencí systému Omaha*.

Z výsledků analýzy vyplynulo, že sestry dokumentovaly celkově 1 118 intervencí pro 275 problémů, průměrně čtyři intervence pro každý problém a průměrně 11 intervencí u jednoho pacienta. Z nabízených 75 cílů schématu intervencí Omaha systému bylo vybranych 50 cílů pro podmínky komunitní praxe. Nejčastěji byly intervence určovány z kategorie Léčba a terapeutické postupy, Surveillance, Edukace, vedení a poradenství a nejméně z kategorie Case management (obr. 7). Podobné zjištění při výběru intervencí ze čtyř kategorií Omaha systému nabízí i studie autorek Beňová et al. (2016a). Zároveň uvádí i faktory, které mohou výběr intervencí ovlivnit, např. typ zdravotnického zařízení, forma péče, metody poskytování ošetrovatelské péče, druh a forma onemocnění, compliance klienta, přístup sester k péči apod. (Beňová et al., 2016a). Odlišnou preferenci kategorií intervencí u kardiologických pacientů, v rámci plánování propuštění z akutní péče do domácího prostředí, uvádí autorka Bowles (2000): Case management, Léčba a terapeutické postupy, Edukace, vedení a poradenství, Surveillance. Ve studii Erdogan et al. (2013) u klientů domácí péče bylo pořadí následující: Edukace, vedení a poradenství, Léčba a terapeutické postupy, Surveillance, Case management.

Zajímavé výsledky výzkumného šetření předkládá komparace problémů v jednotlivých kategoriích intervencí (obr. 21). Podle výsledků analýzy schématu klasifikace problémů, lze označit za nejčastější čtyři problémy, a to problém trávení-hydratace, bolesti, činnosti tlustého střeva a problém výživy (tab. 2). Kvantitativní analýzou intervencí u problému trávení-hydratace byly nejčastěji uváděnými intervencemi management diety, znaky/příznaky – fyzické a laboratorní ukazatele (obr. 8). U problému bolesti šlo o podávání léků a znaky/příznaky – fyzické (obr. 9).

Problém činnosti tlustého střeva zahrnoval péči o střevo, znaky/příznaky – fyzické, lékařskou/zubní péči, management diety a screeningová vyšetření (obr. 10). U problému výživy byla nejčastější intervencí nutriční péče (obr. 11).

Intervence řazené v kategorii Edukace, vedení a poradenství byly nejčastěji plánované u problémů činnosti tlustého střeva, trávení-hydratace, výživy, bolesti, dodržování léčebného režimu a přenosných onemocnění (obr. 21) a prezentovaly významnou edukační roli komunitní sestry ve specifické komunitě pacientů, podobně jako ve studii Jurkovich et al. (2014). Analýzou informací specifických pro klienta jsme zjistili, že se jednalo převážně o edukaci o přípravě na vyšetření (např. u problému činnosti tlustého střeva – příprava před kolonoskopickým vyšetřením), o specifikách podávání léků v různých formách a různými způsoby (např. u problému bolesti – podávání opiátových analgetik způsobem TTS – transdermálním terapeutickým systémem v domácím prostředí, epidurální analgezie při akutní pankreatitidě), o selfmonitoringu (např. u problému výživy – sledování hmotnosti a stravovacích zvyklostí, u problému trávení-hydratace – sledování bilance tekutin), o specifikách diety u problému výživy, o specifikách léčebného režimu u vybraných onemocnění (např. akutní/chronická pankreatitida apod.). Edukace u problému přenosných onemocnění se týkala zejména režimových opatření např. při infekci MRSA (Methicillin-resistant Staphylococcus aureus). Intervence v kategorii Léčba a terapeutické postupy, tvořící nejpočetnější zastoupení, byly dokumentovány kromě zmíněných nejčastějších problémů, i u problémů s cirkulací, dýcháním, kůží, mentálním zdravím, kognicí nebo u problému funkce močového měchýře (obr. 21). Intervence byly zde zaměřené na praktické ošetrovatelské postupy, při nichž byly dokumentovány cíle jako péče o tlusté střevo, kardiologická péče, respirační péče, podávání stravy/krmení, ochrana před infekcí, lékařská/zubní péče, podávání léků, ošetrovatelská péče, péče o kůži, odběry biologického materiálu, vybavení apod. Domníváme se, že při poskytování zjištěného širokého spektra ošetrovatelských postupů je důležité, aby sestry komunitní péče disponovaly nejnovějšími kvalitními poznatky aplikovatelnými v této specifické oblasti – klinickými doporučenými postupy, které v současné komunitní praxi absentují. Jejich význam v rozhodování o optimální péči ve specifických klinických situacích prezentuje Jarošová et al. (2015). Při analýze výsledků intervencí z kategorie Case management bylo zjištěno, že tyto intervence plánovaly sestry převážně u problémů vyžadujících si multidisciplinární spolupráci (obr. 21).

K nejčastěji dokumentovaným intervencím patřila nutriční péče jako i koordinace medikace/předpisu nebo vhodné zdravotnické vybavení u problému výživy, lékařská/zubní péče a stomická péče u problému činnosti tlustého střeva, screeningová vyšetření u problému trávení-hydratace, sociální práce/poradenství u problému změněné role. K dalším intervencím, které byly u problémů evidovány v této kategorii, patřily: služby komunitního terénního pracovníka, paliativní péče, stomická péče, další komunitní zdroje, pečovatelská služba, spirituální péče. Vybrané intervence byly adekvátní a dokládaly multidisciplinární charakter komunitní péče. Intervence z kategorie Surveillance se u výše uvedených problémů týkaly nejčastěji monitoringu znaků/příznaků – fyzických, laboratorních ukazatelů, medikace/vedlejších účinků, screeningových vyšetření, ukončení užívání návykových látek, monitoringu funkce podpůrného systému apod. Autorky Beňová et al. (2016a) uvádějí i další cíle, např. znaky/příznaky – emocionální, změnu chování, disciplínu, kopingové dovednosti/zvládání zátěže, které výrazně přispěly k redukci vybraných problémů pacientů s onemocněním jater. Intervence této kategorie byly nejčastěji spojovány i s problémy pacientů s kardiologickým onemocněním (Bowles, 2000). Statistickým testováním lze **potvrdit hypotézu 3**, že *existují rozdíly v dokumentování intervencí v jednotlivých kategoriích u problémů pacientů s gastroenterologickým onemocněním.*

V této souvislosti jsme se dále zaměřili ve výzkumu na komparaci typů gastroenterologických onemocnění a dokumentovaných intervencí, zvláště v jednotlivých kategoriích (obrázky 22, 23, 24, 25). Vycházeli jsme z předpokladu, že konkrétní gastroenterologické onemocnění ovlivňuje výběr intervencí, které následně ovlivňují výsledky pacienta v oblasti zdraví. Analýza výsledků odhalila, že sestry realizovaly u všech tří kategorií gastroenterologických onemocnění 33,5 % intervencí kategorie Léčba a terapeutické postupy, 26,9 % intervencí kategorie Surveillance, 25,6 % z kategorie Edukace, vedení a poradenství a 14 % intervencí z kategorie Case management (tab. 3). Studie Beňové et al. (2016b) zaměřená na intervence v oblasti výživy u pacientů s Morbus Crohn, uvádí stejné preferenční pořadí kategorií intervencí.

V kategorii Edukace, vedení a poradenství (obr. 22) u chorob hepatopankreatobiliárního systému jsme se domnívali, že budou sestry primárně určovat cíle týkající se změn životního stylu. Ten má výrazný vliv v etiopatogenezi těchto onemocnění. Předpokládali jsme vyšší frekvenci dokumentování intervencí typu disciplína, změna chování, kopingové dovednosti/zvládání zátěže nebo ukončení užívání návykových látek, což nebylo potvrzeno.

Toto zjištění lze vysvětlit převahou výskytu problémů z fyziologické domény, u kterých byly dokumentovány spíše léčebné a terapeutické procedury. Působení na afektivní složku postoje osobnosti a změnu chování je tudíž dlouhodobý proces, vyžadující si spolupráci i jiných členů (např. podpůrného systému) a podle Beňové et al. (2016b) takový komplexní přístup v komunitní péči není zcela běžný. U onemocnění trávicí trubice byly v této kategorii dominantní cíle management diety a péče o střevo, vzhledem k převaze výskytu Crohnovy nemoci, podobně jako ve studii Beňové et al. (2016b). Podle této studie je nutné při edukaci zdůraznit, že složení vhodné diety pro tyto pacienty je individuální, v závislosti na průběhu onemocnění, výskytu komplikací a farmakoterapii (Owczarek et al., 2016). Studie Hou, Lee, Lewis (2014) zaměřená na review dietních doporučení samotných pacientů tudíž poukazuje na nedostatečné zdroje relevantních informací pacientů ve vztahu k výživě a potřebu vytvoření tzv. *evidence-based dietary guidelines* pro pacienty s IBD (Inflammatory Bowel Disease) nespecifickým střevním zánětem. Intervence např. screeningová vyšetření nebo koordinace medikace/předpisu, byly dokumentovány s nižším výskytem. Tento fakt lze vysvětlit např. nižší potřebou reedukace u vybraných pacientů s chronickým onemocněním v dlouhodobé dispenzární péči. Zvláštností u poruch příjmu potravy byla převaha intervence „podpůrný systém“, při edukaci rodinných příslušníků např. ve vztahu ke strategiím zvládnutí maligního zvracení při nádorovém onemocnění.

V kategorii Léčba a terapeutické postupy (obr. 23) bylo dokumentováno nejvíce intervencí. Toto zjištění může souviset s převažujícím výskytem problémů ve fyziologické doméně, uplatňováním biomedicínského modelu péče apod. U všech kategorií gastroenterologických onemocnění se intervence týkaly podávání léků, odběrů biologického materiálu, managementu diety, podávání stravy/krmení nebo lékařské/zubní péče. V nižším zastoupení se vyskytovaly i další intervence „fyzické péče“ např. kardiologická péče, péče o močový měchýř, převazy/péče o ránu, ošetrovatelská péče, respirační péče, stomická péče, péče o kůži, ochrana před infekcí, znaky/příznaky – fyzické, polohování, osobní hygiena apod.

Podle Martinové (2005) je kategorie Case management zaměřena na koordinaci péče, která má v komunitní praxi multidisciplinární charakter. Zjistili jsme, že v této kategorii plánovaly sestry intervence nutriční péče, kontinuity péče, paliativní péče a fyzioterapie u hepatopankreatobiliárních onemocnění. Analýzou informací specifických pro klienta jsme zjistili, že cíl „kontinuita péče“ byl určován v případě potřeby služeb agentury domácí péče, denního stacionáře, specializované ambulance apod.

Intervence fyzioterapeuta byly dokumentovány u pacientů s omezenými pohybovými nebo respiračními funkcemi. Pro choroby trávicí trubice byla dokumentována lékařská/zubní péče, vybavení nebo např. služby tlumočnicka (obr. 24).

Kategorie Surveillance (obr. 25), druhá nejpočetnější kategorie intervencí, zahrnuje činnosti jako detekce, měření, kritickou analýzu, monitoring stavu jednotlivce, rodiny, komunity ve vztahu k daným podmínkám (Martin, 2005). Bowles (2000) charakterizuje klíčovou roli intervencí této kategorie u šesti problémů ze sedmi u kardiologických pacientů. Typické cíle jako znaky/příznaky – fyzické, znaky/příznaky – emocionální, laboratorní ukazatele, disciplína, dominovaly u onemocnění hepatopankreatobiliárního systému. Významné z hlediska vlivu na progresi těchto onemocnění mají i intervence s nižším výskytem – změna chování nebo ukončení užívání návykových látek. Screeningová vyšetření, péče o střevo a laboratorní ukazatele měly výrazné zastoupení u chorob trávicí trubice, podobně jako ve studii Beňové et al. (2016b), která v této souvislosti popisuje významnou roli každého člena multidisciplinárního týmu při poskytování komunitní péče. Intervence jako vybavení, kontinuita péče a management diety mají výrazný vliv na stav a vývoj onemocnění, resp. mohou ovlivnit kvalitu života pacienta. U poruch příjmu potravy kladly sestry důraz na sledování znaků/příznaků – fyzických, laboratorních ukazatelů a nutriční péče. Statistickým testováním výše uvedených výsledků byla **hypotéza 4 potvrzena**, protože *existují rozdíly ve výběru intervencí v jednotlivých kategoriích vzhledem na typ gastroenterologického onemocnění*.

5.4 Výsledky hodnocení problémů u pacientů s gastroenterologickým onemocněním

Hodnocení v komunitě představuje podle Jarošové (2007) posouzení účinnosti a adekvátnosti intervencí zaměřených na komunitní zdraví, a to srovnáním informací o komunitě před začátkem intervencí a po jejich realizaci. Podle Tomagové (2011) se hodnotí dosažení změny ve stavu klienta, přehledně se sumarizuje poskytovaná ošetrovatelská péče, v případě potřeby se uvádí doporučení pro další ošetrovatelskou péči či edukaci. Hlavním cílem této části výzkumu bylo *zhodnotit výsledky problémů u pacientů s gastroenterologickým onemocněním ve třech dimenzích, v dimenzi vědomostí, chování a stavu, použitím škály pro hodnocení výsledků problémů systému Omaha*.

V této souvislosti jsme při analýze komparovali výsledky iniciálního a finálního hodnocení problémů. Iniciální hodnocení výsledků problémů tzv. *Admission Ratings* bylo provedeno ve fázi posouzení a identifikace problémů. Finální hodnocení tzv. *Discharge Ratings* je provedeno v čase, kdy je problém vyřešen, změněn na nižší prioritu, nebo když je klient propuštěn (Martin, 2005).

Při srovnání vědomostí jsme zjistili, že jejich finální hodnocení bylo pozitivnější u 212 problémů (obr. 12, tab. 4). Toto zjištění lze odůvodnit realizací intervencí z kategorie Edukace, vedení a poradenství. Hodnocení vědomostí absentovalo u 26 problémů, protože u některých problémů nebylo možné vědomosti hodnotit. Na základě zkušeností z praxe se domníváme, že daný fakt mohly ovlivnit i jiné faktory (např. nedostatečná zručnost sester při hodnocení vědomostí, nedostatek času apod.). Zajímavé zjištění nabízí např. studie O'Brien-Pallas et al. (2002) o vztahu výsledků klienta v závislosti od vzdělání sestry poskytující péči u klienta. Klienti v péči sestry s bakalářským stupněm vzdělání dosáhli signifikantního zlepšení ve vědomostech a chování jako klienti v péči sester s nižším stupněm vzdělání. Ve výzkumu v budoucnosti by bylo vhodné konkretizovat a kvantifikovat, u kterých problémů (domén) a jak se pohybovaly vědomosti na pětibodové Likertově škále.

Pozitivní finální výsledky byly zjištěny i v dimenzi chování u 141 problémů (obr. 13, tab. 5). Kvantitativní metoda hodnocení chování, použitím škály pro hodnocení výsledků problémů, je podle Martinové (2005) zaměřena na objektivizaci reakcí, činností nebo aktivit (popř. dovedností) klienta. Vzhledem k lepším schopnostem sester při hodnocení nejčastěji praktických dovedností pacientů (např. dovednosti při obsluze enterální pumpy v domácím prostředí, dovednosti při aplikaci enterální výživy cestou perkutánní endoskopická gastrostomie – PEG), byla dimenze chování hodnocena u více jak 90 % problémů. Z praktického hlediska je potřebné více edukovat sestry v komunitní praxi o metodách (způsobech) objektivizace (hodnocení) vědomostí a chování pro zajištění komplexního hodnocení dimenzí problémů. Poslední dimenzi, kterou sestry posuzovaly, byl stav pacienta ve vztahu k objektivním a subjektivním znakům/příznakům. Z praktického hlediska se jednalo o „nejjednodušší“ způsob posouzení vzhledem ke stanoveným znakům/příznakům pro jednotlivé problémy ze schématu klasifikace problémů, při současném použití škály pro hodnocení výsledků problémů. Finální hodnocení bylo lepší až u 231 problémů (obr. 14, tab. 6) z celkového počtu 253 hodnocených problémů (91 % zlepšení).

Toto pozitivní zjištění reflektuje, že zhruba u poloviny problémů byly při finálním posouzení stavu hodnoceny „*minimální znaky/příznaky*“ a téměř u čtvrtiny problémů byly „*znaky/příznaky nepřítomny*.“ Tento fakt dokládá významnou převahu žádoucích změn u pacientů. Na základě tohoto zjištění lze konstatovat, že realizací vybraných intervencí ze schématu intervencí systému Omaha, byla dosažena u tří čtvrtin problémů jejich redukce až eliminace. Výskyt minimálních znaků/příznaků může být i ve spojitosti s chronickým onemocněním, které si vyžaduje dlouhodobé dodržování léčebného režimu. Výrazné zlepšení vědomostí a stavu u jednotlivých problémů při porovnání iniciálních hodnot výsledků problémů (*Admission Ratings*) s finálními hodnotami (*Discharge Ratings*) popisují u pacientů s hepatopankreatobiliárním onemocněním autorky Beňová et al. (2016a). Rozdíly s vysokou věcnou významností mezi posouzením vědomostí, chování a stavu v úvodě a ve finálním hodnocení předkládá i studie zaměřená na výživu pacientů s Crohnovou nemocí (Beňová et al., 2016b). Hodnocení výsledků problémů se signifikantním zlepšením (97,5 %) prezentuje i studie Erdogan et al. (2013) u klientů domácí péče. Vzhledem k tomuto zjištění můžeme konstatovat, že primární výsledky s ověřováním systému Omaha v komunitní praxi, přinesly pozitivní výsledky. Domníváme se, že systém Omaha je vhodný pro podmínky komunitní péče v našem sociokulturním kontextu.

V rámci výzkumného šetření při hodnocení výsledků problémů jsme dále zkoumali: „*Jaké rozdíly dosahují hodnoty iniciálního a finálního hodnocení výsledků problémů jednotlivých domén podle pohlaví u pacientů s gastroenterologickým onemocněním?*“ Domnívali jsme se na základě našich zkušeností z praxe, že výsledky problému (např. dodržování léčebného režimu) v jeho určitých dimenzích (např. chování) může ovlivnit pohlaví (např. pozitivnější hodnocení u žen).

Analýza rozdílů mezi hodnocením vědomostí u problémů v Úvodu a v Závěru u obou pohlaví prokázala pozitivní zjištění, že u více jak poloviny problémů pacientů se vědomosti zlepšily o jeden bod (např. ze základních na adekvátní) a u téměř čtvrtiny problémů se jednalo o rozdíl dvou bodů (např. ze základních na výborné). Komparací iniciálních a finálních hodnot problémů v dimenzi vědomostí u jednotlivých pohlaví, byly na základě průměrného pořadí zjištěny větší rozdíly právě u mužů (obr. 26, tab. 21). V závěrečné fázi hodnocení vědomostí dosahovali muži např. rozdílu jednoho bodu u více jak poloviny problémů, rozdíl tří bodů u více jak 10 % problémů. Toto zjištění mohlo ovlivnit odlišné spektrum problémů v jednotlivých doménách u mužů.

Podle výše uvedeného zjištění (kapitola 5.2, hypotéza 2, s. 142), při dokumentování problémů v jednotlivých doménách vzhledem k pohlaví, nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly, tudíž se může jednat o náhodné zjištění. Domníváme se, že zlepšení vědomostí ve vztahu k problémům pacientů s gastroenterologickým onemocněním, může následně ovlivnit chování ve vztahu ke zdraví/chorobě. Podle Juřeníkové (2010) pomáhají adekvátní vědomosti pacientovi orientovat se ve specifických zdravotních problémech, řešit je optimálním způsobem v péči o sebe samu. Oblast vědomostí ovlivňuje komunitní sestra intervencemi z kategorie Edukace, vedení a poradenství, stanovením specifických kognitivních cílů.

Analýzou rozdílu mezi hodnocením chování u problémů v Úvodu a v Závěru bylo zjištěno, že u necelých 40 % problémů pacientů se chování zlepšilo o jeden bod (např. z nesoustavně/ne vždy vhodné na převážně vhodné) a u 12 % problémů se jednalo o posun o dva body (např. z nesoustavně/ne vždy vhodné na vždy vhodné). Komparací iniciálních a finálních hodnot problémů v dimenzi chování u jednotlivých pohlaví, byly na základě průměrného pořadí zjištěny větší rozdíly opět u mužů (obr. 27, tab. 22). V závěrečné fázi hodnocení chování dosahovali muži např. rozdílu tří bodů až u devíti problémů (ženy pouze u dvou problémů). Vhodné chování je významným faktorem při udržování zdraví, v rekonvalescenci, v prevenci relapsu onemocnění nebo udržení remise. Vhodné chování může komunitní sestra sledovat/objektivizovat u pacienta v oblasti péče o sebe samu, dodržování léčebného režimu, selfmonitoringu, schopností řešit změny v souvislosti se zdravím/chorobou. V této souvislosti se v komunitní praxi uplatňují intervence kategorie Edukace, vedení a poradenství. Podle Juřeníkové (2010) stanovením specifických psychomotorických a afektivních cílů.

Analýzou rozdílu mezi hodnocením stavu u problémů v Úvodu a v Závěru byl identifikován rozdíl dvou bodů u více jak 50 % problémů (např. z vážné znaky/příznaky na minimální znaky/příznaky), což lze pokládat za pozitivní výsledek ošetřovatelského procesu v komunitní péči. Komparací iniciálních a finálních hodnot problémů v dimenzi stavu u jednotlivých pohlaví, byly na základě průměrného pořadí zjištěny větší rozdíly opět u mužů (obr. 28, tab. 23). Odlišné výsledky předkládá výzkum problému výživy u pacientů s Crohnovou nemocí (Beňová et al., 2016b), u kterých bylo zjištěno, že ženy dosahovaly větší posun v úvodním i finálním hodnocení stavu než muži. Objektivizace stavu prostřednictvím škály pro hodnocení výsledků problémů dokládá efektivitu jejího hodnocení, jako i hodnocení vědomostí a chování. V současnosti stále převládá hodnocení efektivity ve vztahu k výsledkům stavu pacienta.

V komunitní praxi je však takový pohled na hodnocení insuficientní. Vzhledem k tomu, že problémy zahrnují v sobě kognitivní i behaviorální složku, je nutné pro poskytování komunitní péče holistické vnímání osobnosti jako i komplexní hodnocení (pokud je to možné) ve všech třech dimenzích. Na základě statistického testování lze konstatovat, že **hypotéza 5 nebyla potvrzena**, protože nebyly prokázány *rozdíly mezi hodnotami iniciálního a finálního hodnocení problémů jednotlivých domén podle pohlaví u pacientů s gastroenterologickým onemocněním*.

V další části výzkumu jsme rozdíl mezi iniciálním a finálním posouzením problémů komparovali s věkem. I když rozdíl ve výskytu problémů pacientů vzhledem k věku nebyly statisticky potvrzeny (kapitola 5.2, hypotéza 1, s. 142), domnívali jsme se, že toto zjištění nemusí mít vliv na rozdíl v hodnocení problémů pacientů vzhledem k věku. Podle Langmeiera (2006) je věk jedním z faktorů ovlivňujícím biologickou, kognitivní a behaviorální složku osobnosti. Na základě této skutečnosti usuzujeme, že věk může mít vliv na výsledky problémů v jeho třech dimenzích. Předpokládáme tedy, že biologická složka ovlivňuje nejvíce stav pacienta a kognitivně-behaviorální složka osobnosti ovlivňuje převážně vědomosti a chování. Všechny tři složky jsou ve vzájemném vztahu a ovlivňují se. Monsen et al. (2014) dokládá, že věk je významným faktorem ve vztahu k vědomostem při hodnocení zdravotní gramotnosti.

Rozdíly při hodnocení vědomostí jako i chování u problémů při úvodním a finálním posouzení (obr. 29, obr. 30) byly na základě průměrného pořadí nejvyšší u pacientů ve věku nad 66 let (tab. 24, 25). Vyšší posun v dimenzi vědomostí právě u pacientů v období stáří může souviset i s faktem, že pozvolný pokles nemusí být stejný u všech psychických funkcí. Z naší klinické praxe vyplývá, že pacienti v tomto věku se léčí s gastroenterologickým onemocněním chronického typu řadu let, proto disponují poznatky ve vztahu k problémům onemocnění, navštěvují častěji poradnu gastroenterologa, častěji pobírají komunitní služby (zdravotní i sociální). Významnou roli má podle Jarošové (2007) i současné kvalitnější propojení rodinné a profesionální péče v komunitní péči. Vyšší posun v dimenzi chování u těchto pacientů je pozitivním zjištěním zejména ve vztahu k podpoře zdraví, prevenci onemocnění a posilování soběstačnosti při zajištění základních životních potřeb.

Odlíšného pořadí dosahovaly rozdíl mezi iniciálním a finálním posouzením při hodnocení stavu u jednotlivých problémů (obr. 31). Nejvyšší rozdíl byl u pacientů časné a střední dospělosti (tab. 26). Na základě zjištění vyššího posunu finálních hodnot problémů v dimenzi stavu lze označit věk za významný faktor vlivu na zdraví/chorobu.

Z našich výsledků vyplynulo, že pacienti časně a střední dospělosti disponují lepší fyzickou kondicí a odpovědí na léčbu, která může následně ovlivnit průběh a vývoj nemoci, rekonvalescenci, a tím i výsledky problémů pacientů. Věkové srovnání ve vztahu k posunu vědomostí, chování a stavu mezi úvodním a finálním hodnocením bez statisticky významného rozdílu prezentuje i studie problému výživy u pacientů s Crohnovou nemocí (Beňová et al., 2016b). Z výše uvedených výsledků lze učinit závěr, že **hypotéza 6 byla potvrzena**, protože *existují rozdíly mezi iniciálními a finálními hodnotami výsledků problémů a věkem pacientů s gastroenterologickým onemocněním*.

Výsledky finálního hodnocení problémů v komunitě jsou odrazem účinnosti a adekvátnosti výběru intervencí sestry komunitní péče z jednotlivých kategorií schématu intervencí systému Omaha. Efektivitu komunitní péče lze tedy zkoumat i srovnáním informací o komunitě před začátkem intervencí a po jejich realizaci (Jarošová, 2007). V této souvislosti jsme se zaměřili ve výzkumném šetření na rozdíly výsledků problémů (v dimenzi vědomostí, chování, stavu) při úvodním posouzení a závěrečném posouzení podle výběru intervencí z jednotlivých kategorií.

Analýzou výsledků bylo zjištěno, že na finální hodnoty problémů v dimenzi vědomostí měly vliv zejména intervence z kategorie Case management (obr. 32, tab. 30). Domníváme se, že tyto intervence by byly efektivní v komunitní praxi i při řešení problémů pacientů s vybraným gastroenterologickým onemocněním (např. Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida a alkoholická cirhóza jater a akutní/chronická pankreatitida) vzhledem k chronicitě, závažnosti a nákladům při poskytování zdravotní/komunitní péče. Podle systému DRGs (*Diagnosis Related Groups*) mají tato onemocnění podobnost ve smyslu léčebných postupů, prognózy onemocnění, průměrné délky hospitalizace a průměrných nákladů na léčbu. Autoři Joo a Huber (2014) popisují význam intervencí založených na důkazech v praxi case manažera v komunitní praxi.

Finální hodnoty problémů v dimenzi chování zaznamenaly nejvyšší posun ve vztahu k intervencím z kategorie Edukace, vedení a poradenství (obr. 33, tab. 31). Edukační role sestry představuje podle Dušové (2006, s. 7) „*mnohostranné zaměření na utváření a formování uvědomělého a zodpovědného chování a konání jedince i skupiny v zájmu podpory zachování a obnovení zdraví*“. V této souvislosti poskytuje komunitní sestra při edukaci/redukaci v rámci sekundární prevence (dispenzarizace) informace, poučení, zkušenosti, naučné materiály, získání zručností, rady a návyky.

Význam těchto intervencí komunitní sestry u pacientů s chronickým onemocněním po propuštění do domácí péče ve vztahu k subjektivnímu vnímání zdraví a rehospitalizaci, prezentuje i studie autorů Chow et al. (2008).

Intervence z kategorie Surveillance měly nejvyšší vliv na finální hodnoty problémů v dimenzi stavu. Schoneman (2002) popisuje význam intervence Surveillance v komunitní praxi u klientů ve vztahu k věku, problému výživy a cirkulace, při diagnózách na podporu zdraví nebo identifikaci vývojových rizikových faktorů. Autoři Henneman et al. (2012) uvádějí význam monitoringu jako klíčové aktivity v procesu Surveillance při prevenci a identifikaci chyb a nežádoucích událostí. Domníváme se, že intervence Surveillance jako monitoring, kritická analýza nebo detekce jsou ty, které sestry komunitní péče plánují a realizují právě u chronických onemocnění u dispenzarizovaných pacientů s gastroenterologickým onemocněním ve vztahu k věku, specifickým problémům a rizikovým faktorům. Z uvedených výsledků lze učinit závěr, že **hypotéza 7 byla potvrzena**, protože *existují rozdíly mezi hodnotami iniciálního a finálního hodnocení výsledků problémů podle výběru intervencí z jednotlivých kategorií.*

Primární zkušenosti s implementací systému Omaha v podmínkách komunitní praxe přinesly pozitivní a rozsáhlé empirické výsledky v oblasti aplikace všech složek standardizované terminologie v našem sociokulturním kontextu.

Na základě výsledků výzkumného šetření uvádíme doporučení pro praxi:

- implementovat výuku standardizované terminologie Omaha systému v rámci pregraduálního a postgraduálního vzdělávání sester,
- vytvořit a ověřit elektronickou dokumentaci s implementovanou českou verzí překladu systému Omaha,
- analyzovat používanou ošetrovatelskou dokumentaci ve vybraném zdravotnickém zařízení u pacientů s gastroenterologickým onemocněním s následným kódováním textu podle Omaha systému,
- zaměřit posouzení v ošetrovatelském procesu i na potenciální problémy a problémy s přívlastkem „Health Promotion“,
- určit problémy pacientů a intervence pro specifické výkony (např. aplikace enterální výživy nazojejunální sondou, příprava pacienta na ERCP vyšetření a péče po něm),

- identifikovat problémy a intervence, které sestřám při poskytování komunitní péče v systému Omaha absentují,
- identifikovat faktory ovlivňující výsledky problémů u dispenzarizovaných pacientů s gastroenterologickým onemocněním,
- zjistit vliv intervencí komunitní sestry při plánování propuštění ve vztahu k rehospitalizaci,
- vytvořit standardy ošetrovatelské péče s implementovaným systémem Omaha a následně je ověřit v praxi,
- vytvořit standardy ošetrovatelských postupů s implementovaným systémem Omaha a následně je ověřit v praxi,
- ověřit využití systému Omaha členy multidisciplinárního týmu v komunitní praxi (např. fyzioterapeut, nutriční terapeut, sociální pracovník, psycholog apod.),
- edukovat sestry o způsobech hodnocení vědomostí, chování a stavu,
- posoudit vybrané dimenze při hodnocení výsledků vybraných problémů,
- identifikovat objektivní a subjektivní hodnocení dimenzí problémů na škále pro hodnocení výsledků problémů.

6 ZÁVĚR

Disertační práce je zaměřena na prozkoumání možností implementace klasifikačního systému Omaha v komunitní praxi.

Pro účely disertační práce byly stanoveny čtyři cíle, k jejichž naplnění byl využit kvantitativní výzkum.

Prvním cílem, jímž bylo implementovat systém Omaha do ošetřovatelské dokumentace k ověřování ošetřovatelské péče v komunitní praxi, upozornil na skutečnost, že dokumentovaná podoba ošetřovatelských dat s implementovaným klasifikačním systémem poskytuje kvantifikované a statisticky zpracovatelné záznamy v souvislosti s poskytovanou komunitní péčí. Vezme-li se v úvahu, že připravená pilotní dokumentace obsahovala všechny tři složky systému Omaha, lze poukázat na její přínos ve všech fázích ošetřovatelského procesu v komunitě. Zároveň přináší sestřím nové možnosti při poskytování komunitní praxe, v jejichž kompetenci je i komplexně analyzovat zdravotní a sociální situaci, realizovat poradenství, a tím do jisté míry ovlivňovat výsledky v oblasti zdraví. Pro její případné zavedení do komunitní praxe je nezbytná česká verze překladu systému Omaha s následnou implementací dokumentace do elektronické formy.

Druhým cílem bylo charakterizovat problémy pacientů s gastroenterologickým onemocněním podle schématu klasifikace problémů Omaha systému. Podle výsledků výzkumu disponují pacienti s onemocněním trávicího systému širokým spektrem problémů odpovídajícím povaze onemocnění. Ošetřovatelským posouzením a diagnostikou identifikovaly sestry nejvíce problémů ve fyziologické doméně a v doméně chování ve vztahu ke zdraví. Zastoupení problémů v jednotlivých doménách odpovídá charakteristice onemocnění, průběhu a příznakům, diagnosticko-terapeutickým a ošetřovatelským postupům, jako i somatopsychické a psychosomatické složce onemocnění. Výskyt problémů s nejvyšší frekvencí byl ve spojitosti s akutním průběhem onemocnění, výskytem tumoru či s provedením invazivních zákroků, s podáváním enterální a parenterální výživy event. souvisel s nedostatkem vědomostí/zručností pacienta. Vzhledem k tomu, že sestry ve vybraném zdravotnickém zařízení dosud nepracovaly se standardizovanou terminologií systému Omaha, lze pozitivně hodnotit jejich schopnost posoudit a identifikovat problémy podle určených znaků/příznaků ze schématu klasifikace problémů. Rozdíly ve výskytu problémů u pacientů v jednotlivých doménách ve vztahu k věku nebyly potvrzeny.

Rovněž nebyly potvrzeny rozdíly v dokumentování problémů u jednotlivých typů gastroenterologických onemocnění podle pohlaví.

Třetím cílem, jímž bylo zmapovat propojení problémů a intervencí u pacientů s gastroenterologickým onemocněním podle schématu intervencí Omaha systému, poukazují na fakt, že pro dokumentované problémy specifické komunity pacientů bylo určených tři čtvrtiny cílů intervencí pro podmínky komunitní praxe. Nejčastěji byly intervence určovány z kategorie Léčba a terapeutické postupy, Surveillance, Edukace, vedení a poradenství a nejméně z kategorie Case management. Kvantitativní analýzou cílů intervencí se jednalo převážně o tyto intervence: management diety, znaky/příznaky – fyzické, laboratorní ukazatele, podávání léků, péče o střevo, lékařská/zubní péče, screeningová vyšetření, nutriční péče. Z výsledků vyplynulo, že intervence lze efektivně propojit s dokumentovanými problémy. Jejich výběr může ovlivnit řada faktorů. Statistická analýza dat potvrdila hypotézy výzkumu:

3. Existují rozdíly v dokumentování intervencí v jednotlivých kategoriích u problémů pacientů s gastroenterologickým onemocněním.
4. Existují rozdíly ve výběru intervencí v jednotlivých kategoriích vzhledem na typ gastroenterologického onemocnění.

Zhodnocení výsledků problémů pacientů s gastroenterologickým onemocněním použitím škály pro hodnocení výsledků problémů systému Omaha, přineslo naplnění čtvrtého cíle. Zde výsledky výzkumu prokázaly výrazné zlepšení vědomostí, chování a stavu u jednotlivých problémů při porovnání iniciálních hodnot výsledků problémů (*Admission Ratings*) s finálními hodnotami (*Discharge Ratings*). Z praktického hlediska je však potřebné více edukovat sestry v komunitní praxi o metodách (způsobech) objektivizace (hodnocení) vědomostí a chování pro zajištění komplexního hodnocení dimenzí problémů. Při posouzení stavu, vzhledem ke stanoveným znakům/příznakům pro jednotlivé problémy ze schématu klasifikace problémů, bylo finální hodnocení lepší u více jako 90 % problémů. Toto pozitivní zjištění reflektuje významnou převahu žádoucích změn u pacientů. Na základě tohoto zjištění lze konstatovat, že realizací vybraných intervencí ze schématu intervencí systému Omaha, byla dosažena u tři čtvrtin problémů jejich redukce až eliminace. Rozdíly mezi hodnotami iniciálního a finálního hodnocení problémů jednotlivých domén podle pohlaví u pacientů s gastroenterologickým onemocněním nebyly potvrzeny. Statistická analýza dat potvrdila následovné hypotézy:

6. Existují rozdíly mezi iniciálními a finálními hodnotami výsledků problémů a věkem pacientů s gastroenterologickým onemocněním.

7. Existují rozdíly mezi hodnotami iniciálního a finálního hodnocení výsledků problémů podle výběru intervencí z jednotlivých kategorií.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z., 2003. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus. 99 s. ISBN 80-86225-33-X.
2. BARTON, A.J. et al., 2003. A guide to assist nurse practitioners with standardized nursing language. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. 21(3), 128-133.
3. BASAVANTHAPPA, B.T., 2008. Community Health Nursing Process. In: *Community Health Nursing*. [online]. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2008. [cit. 2014-11-03].
Dostupné na: http://books.google.cz/books?id=J3ggdC_e8TcC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
4. BEŇOVÁ, E., 2014. Aplikace systému OMAHA u klienta s vybraným gastroenterologickým onemocněním. *Logos Polytechnikos*. 5(1), 83-99. ISSN 1804-3682.
5. BEŇOVÁ, E., BOLEDOVIČOVÁ, M., TEPLÁ, K., 2015. Crohn's disease and dietary recommendations. *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation*. 6 (3-4) s. 95-105. ISSN: 1804-7181
6. BEŇOVÁ, E., BOLEDOVIČOVÁ, M., 2016a. Problémy, intervence a výsledky Omaha systému v klinické praxi ošetrovatelství. *Kontakt*. 18(3), 180-186. ISSN 1212-4117.
7. BEŇOVÁ, E., BOLEDOVIČOVÁ, M., KRIŠTOFOVÁ, E., PAVELOVÁ, Ľ., 2016b. Nutrition Interventions in Patients with Crohn's Disease. *Potravinárstvo*. 10(1), p. 481-488. doi: 10.5219/650

8. BERMAN, A., SNIDER, S. et al., 2008. *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. 8th ed. New Jersey: Pearson International Edition. 1631 p. ISBN 0-13-171468-6.
9. BLACHIER, M., LELEU, H., et al., 2013. The burden of liver disease in Europe: a review of available epidemiological data. *J Hepatol*. 58(3), 593-608. doi: 10.1016/j.jhep.2012.12.005.
10. BOLEDOVIČOVÁ, M., KRIŠTOFOVÁ, E., TULINSKÁ, E., 2006. Klasifikačný systém OMAHA v komunitnom ošetrovatelstve. In: *Ošetrovatelství v pohybu*. Příbram: VZŠ, s. 11-16. ISBN 80-239-6690-1.
11. BOLEDOVIČOVÁ, M., VÖRÖSOVÁ, G., 2009a. NANDA Taxonómia. In: ŽIAKOVÁ, K. et al. *Ošetrovatel'ský slovník*. Martin: Osveta, s. 77-78. ISBN 978-80-8063-315-8.
12. BOLEDOVIČOVÁ, M., ZRUBCOVÁ, D. et al., 2009. *Sestra a pôrodná asistentka v komunitnej starostlivosti*. Nitra: UKF, FSVaZ. 400 s. ISBN 978-80-8094-576-3.
13. BOWLES, K.H., 2000. Patient Problems and Nurse Interventions during Acute Care and Discharge Planning. *J Cardiovasc Nurs*. 14(3), 29-41.
14. BRABCOVÁ, I., 2013. *Vybrané sociální determinanty zdraví imigrantů ve zvolených lokalitách České republiky*. Disertační práce. České Budějovice: ZSF JU.
15. BULECHEK, G.M. et al., 2013. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 6th ed. St. Louis: Mosby Elsevier. 938 p. ISBN 978-0-323-10011-3.
16. BULLOUGH, B., 1990. *Nursing in the Community*. St. Louis: Mosby. 736 p. ISBN 978-080-166065-8.

17. BUREŠ, J., 2007. Vybrané akutní stavy v gastroenterologii. In: ZADÁK, Z. et al. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada Publishing, s. 176-185. ISBN 978-80-247-2099-9.
18. BURISCH, J., MUNKHOLM, P., 2015. The epidemiology of Inflammatory Bowel Disease. *Scand J Gastroenterol.* 50(8), 942-51. doi: 10.3109/00365521.2015.1014407.
19. BUŽGOVÁ, R., 2007. ACE hvězdicový model transformace poznatků v EBP a jeho využití v ošetrovatelství. In: BUŽGOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D. (eds.) *Ošetrovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech. Nursing diagnostics and evidence based nursing*. Ostrava: Ostravská univerzita, s. 19-23. ISBN 978-80-7368-230-9.
20. CARPENITO, L.J., 1991. The NANDA Definition of Nursing Diagnosis. In: *Classification of Nursing Diagnosis: Proceedings of the Ninth Conference North American Nursing Diagnosis Association*. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins. p. 65-71. ISBN 0-397-54812-5.
21. CONNOLLY, P.M., MAO, CH.L., et al., 2006. Evaluation of the Omaha System in an Academic Nurse Managed Centre. [online]. *Online Journal of Nursing Informatics.* 10(3). [cit. 2013-10-15]. Dostupné z: http://ojni.org/10_3/connolly.htm
22. COOKFAIR, J. M., 1991. *Nursing Process and Practice in the Community*. St. Louis: Mosby. 635 p. ISBN 0-8016-2581-5.
23. DÍTĚ, P. et al., 2005. *Akutní stavy v gastroenterologii*. Praha: Galén. 314 s. ISBN 80-7262-305-2.
24. DÍTĚ, P. et al., 2007. *Vnitřní lékařství*. 2. vyd. Praha: Galén. 586 s. ISBN 80-7262-496-6.

25. DÍTĚ, P., 2008. Gastroenterologie. In: NAVRÁTIL, L. et al. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, s. 253-291. ISBN 978-80-247-2319-8.
26. DÍTĚ, P., TRNA, J., 2010. Nemoci slinivky břišní. In: LATA, J., BUREŠ, J., VANÁSEK, T. et al. *Gastroenterologie*. Praha: Galén, s. 117-132. ISBN 978-80-7262-692-2.
27. DOUDA, L., 2013. Příznaky onemocnění trávicího traktu. In: HOLUBOVÁ, A. et al. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta, s. 54-63. ISBN 978-80-204-2806-6.
28. DUŠOVÁ, B. 2006. *Edukace v ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita. 64 s.
29. DVOŘÁK, M., 2005. Nemoci tenkého střeva. In LUKÁŠ, K. et al. *Gastroenterologie a hepatologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing, s. 81-91. ISBN 80-247-1283-0.
30. ERDOGAN, S., SECGINLI, S., et al., 2013. Using the Omaha System to describe health problems, interventions and outcomes in home care in Istanbul, Turkey: a student informatic research experience. *Comput Inform Nurs.* 31(6), 290-8. doi: 10.1097/NXN.0b013e318282eala.
31. FARKAŠOVÁ, D. et al., 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
32. FUNNELL, R. et al., 2009. *Tabbner's Nursing Care. Theory and Practice*. 5th ed. St Louis: Elsevier. 974 p. ISBN 9-780-7295-3857-2.

33. GAPP, N.E., WEBER, J.M., et al., 2015. Feasibility of Using the Omaha System for Assessment to determine Optimal Living Situation for Persons with Severe and Persistent Mental Illness. *Ann Psychiatry Ment Health*. 3(2), 1026.
34. HABERMANN, M., UYS, L.R., et al., 2006. *The Nursing Process*. London: Elsevier Health Sciences. 172 p. ISBN 0-443-10191-4.
35. HANZLÍKOVÁ, A. et al., 2007. *Komunitní ošetřovatelství*. Martin: Osveta. 271 s. ISBN 80-8063-257-1.
36. HENNEMAN, E.A., GAWLINSKI, A., GIULIANO, K.K., 2012. Surveillance: A strategy for improving patient safety in acute and critical care units. *Crit Care Nurs*. 32(2), 9-18. doi: 10.4037/ccn2012166.
37. HOLLAND, D.E., VANDERBOOM, C.E., et al., 2016. Describing pediatric hospital discharge planning care processes using the Omaha System. *Applied Nursing Research*. 30, 24-28. doi: 10.1016/j.apnr.2015.08.009
38. HOLMANOVÁ, E. et al., 2007. Reflexia aplikácie ošetrovateľských diagnóz vo výskume. In: BUŽGOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D. *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch*. Ostrava: ZSF Ostravská univerzita, s. 51-57. ISBN 978-80-7368-230-9.
39. HOLUBOVÁ, A. et al., 2013. *Ošetrovateľská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta. 267 s. ISBN 978-80-204-2806-6.
40. HOLUBOVÁ, A., NOVOTNÁ, H., 2013. Léky užívané v gastroenterologii a hepatologii. In: HOLUBOVÁ, A. et al. *Ošetrovateľská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta, s. 251-261. ISBN 978-80-204-2806-6.

40. HOU, J.K., LEE, D., LEWIS, J., 2014. Diet and inflammatory bowel disease: review of patient – targeted recommendations. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 12(10), 1592-600. doi: 10.1016/j.cgh.2013.09.063
41. HUGO, J., VOKURKA, M. et al., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.
42. CHOW, S.K., WONG, F.K., 2008. Community nursing services for postdischarge chronically ill patients. *J Clin Nurs.* 17(7B), 260-71. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02231.x.
43. CHOW, S.K., WONG, F.K., 2014. A randomized controlled trial of a nurse-led case management programme for hospital-discharged older adults with co-morbidities. *J Adv Nurs.* 70(10), 2257-71. doi: 10.1111/jan.12375.
44. JAROŠOVÁ, D. et al., 2005. Několik poznámek k vývoji a zaměření geriatrického (gerontologického) ošetrovatelství. *Kontakt.* 7 (3-4), s. 229-231. ISSN 1212-4117.
45. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
46. JAROŠOVÁ, D. et al., 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-247-5426-0.
47. JOHNSON, DE., 1974. Development of Theory: A Requisite for Nursing as a Primary Health Profession. *Nursing Research.* No. 23, p. 372-377.
48. JOHNSON, M. et al., 2006. *NANDA, NOC and NIC Linkages: Nursing Diagnosis, Outcomes and Interventions*. 2nd ed. St. Louis: Mosby. 698 p. ISBN 13 978-0323-03194-3.

49. JOO, J.Y., HUBER, D.L., 2014. Evidence-based nurse case management practice in community health. *Prof Case Manag.* 19(6), 265-73. doi: 10.1097/NCM.0000000000000058.
50. JURKOWICH, M.V., OPHAUG, M., et al., 2014. Investigation of the Omaha System for dentistry. *Appl Clin Inform.* 5(2), 491-502. doi: 10.4338/ACI-2014-01-RA-0001.
51. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 77 s. ISBN 80-247-2171-2.
52. KLENER, P. et al., 2012. *Vnitřní lékařství*. 4. vyd. Praha: Galén. 1 1174 s. ISBN 978-80-7262-857-5.
53. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R., 1995. *Ošetrovatel'stvo I*. Martin: Osveta. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
54. KVARME, L.E., MONSEN, K.A., EBOH, W.O., 2013. Evidence-based solution-focused care for school-age children experiencing cyberbullying: using the Omaha System to guide and document psychiatric nursing interventions. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 52(3), 34-41. doi: 10.3928/02793695-20131029-02.
55. LAI, X., WONG, F.K., et al., 2014. The computerized the Omaha System in microsoft office excel. *Stud Health Technol Inform.* 201, 310-4.
56. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0.
57. LATA, J., BUREŠ, J., VAŇÁSEK, T. et al., 2010. *Gastroenterologie*. Praha: Galén. 247 s. ISBN 978-80-7262-692-2.

58. LATA, J. VAŇÁSEK, T., 2010. Nemoci jater. In: LATA, J., BUREŠ, J., VAŇÁSEK, T. et al. *Gastroenterologie*. Praha: Galén, s. 135-175. ISBN 978-80-7262-692-2.
59. LEE, S., KIM, E., MONSEN, K.A., 2015. Public health nurse perceptions of Omaha System data visualization. *International Journal of Medical Informatics*. 84(10), 826-834. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2015.06.010
60. LEMON 1997. *Učebný materiál pre ošetrovatel'stvo*. Bratislava: Slovenská komora SZP. 160 s. ISBN 80-967818-0-4.
61. LUKÁŠ, K. et al., 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
62. LUKÁŠ, K., 2011. Onemocnění trávicího ústrojí. In: ŽÁK, A., PETRÁŠEK, J. et al. *Základy vnitřního lékařství*. Praha: Galén, s. 239-240. ISBN 978-80-7262-697-7.
63. MACKOVÁ, H., ZELENÍKOVÁ, R., 2012. Faktory ovlivňující používání ošetrovatelských diagnóz v praxi. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 3(2), 390-397. ISSN 1804-2740.
64. MAREČKOVÁ, J., 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
65. MARTIN, K.S., 2005. *The OMAHA SYSTEM. A Key to Practice, Documentation, and Information Management*. 2nd ed. Omaha, NE: Health Connections Press. 484 p. ISBN 978-0-9825727-1-9.

66. MAREČKOVÁ, J., JAROŠOVÁ, D., 2005. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. Ostrava: ZSF Ostravská univerzita. 86 s. ISBN 80-7368-058-0.
67. MAREČKOVÁ, J., HOLUBOVÁ, A., 2013. Ošetrovatelský proces – popis metody. In: HOLUBOVÁ, A. et al. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta, s. 15-53. ISBN 978-80-204-2806-6.
68. McCLOSKEY DOCHTERMAN, J., JONES, D.A., 2003. *Unifying Nursing Language: The Harmonization of NANDA, NIC and NOC*. Washington: American Nursing Association. 132 p. ISBN 1-55810-208-6.
69. MESÁROŠOVÁ, J. et al., 2009. Ošetrovatelský proces v komunitě. In: BOLEDOVIČOVÁ, M., ZRUBCOVÁ, D. et al. *Sestra a pôrodná asistentka v komunitnej starostlivosti*. Nitra: UKF FSVaZ, s. 107-128. ISBN 978-80-8094-576-3.
70. MESÁROŠOVÁ, J. et al., 2010. Ošetrovatelský proces v komunitnom ošetrovatelstve. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry. Učební text pro sestry v komunitní péči*. Brno: NCO NZO, s. 20-22. ISBN 978-80-7013-499-3.
71. MONSEN, K.A., WESTRA, B.L., et al., 2011. Linking Home Care Interventions and Hospitalization Outcomes for Frail and Non-frail Elderly Patients. *Res Nurs Health*. 34(2), 160-168. doi: 10.1002/nur.20426
72. MONSEN, K.A., et al., 2012a. Development of a Diabetes Interview Tool in Spanish and English Using a Standardized Nursing Terminology. [online]. [cit. 2013-01-02]. Dostupné z: http://omahasystemmn.org/documents/Posters/2012/NI2012/NI2012_Diabetes_Interview_Tool_in_Spanish_and_English.pdf

73. MONSEN, K.A., RADOSEVICH, D.M., et al., 2012b. Benchmark attainment by maternal and child health clients across public health nursing agencies. *Public Health Nurs.* 29(1), 11-8. doi: 10.1111/j.1525-1446.2011.00967.x.
74. MONSEN, K.A., ELSBERND, S.A., et al., 2013. A state-wide children with special health care needs program evaluation using a standardized terminology. [online]. [cit. 2014-09-09]. ISRN Nursing. doi: 10.1155/2013/793936.
75. MONSEN, K.A., HOLLAND, D.E., et al., 2014a. Seeing the whole person: feasibility of using the Omaha System to describe strengths of older adults with chronic illness. *Res Theory Nurse Pract.* 28(4), 299-315.
76. MONSEN, K.A., HANDLER, H.E., et al., 2014b. Feasibility of using the Omaha System for self-report of symptoms by adults with diabetes. *Online Journal of Nursing Informatics.* 18(3), 1-10. Dostupné z: <http://www.himss.org/ResourceLibrary/GenResourceDetail.aspx?ItemNumber=33518>.
77. MONSEN, K.A., SCHENK, E. et al., 2015. Applicability of the Omaha System in acute care nursing for information interoperability in the era of accountable care. *The American Journal of Managed Care.* 3(3), 53-61.
78. MONSEN, K.A., MARTINSON, B., et al., 2016. Toward population health literacy, wellbeing, consumer engagement, and information exchange: Developing Omaha System icons for digital platforms. *International Journal of Healthcare.* 2(1), 71-81. doi: 10.5430/ijh.v2n1p71
79. MOORHEAD, S., JOHNSON, M., MAAS, M.L., 2008. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 4th ed. Missouri: Mosby Elsevier. 850 p. ISBN 978-0-323-05408-9.

80. NANDA International. 2010. *Ošetrovateľské diagnózy. Definície a klasifikácie 2009 – 2011*. Praha: Grada Publishing. 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1.
81. NANDA International. 2013. *Ošetrovateľské diagnózy. Definície a klasifikácie 2012 – 2014*. Praha: Grada Publishing. 584 s. ISBN 978-80-247-4328-8.
82. NANDA International. 2015. *Ošetrovateľské diagnózy. Definície a klasifikácie 2015 – 2017*. Praha: Grada Publishing. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
83. NAVRÁTIL, L. et al., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
84. NÁDASKÁ, I., PEŤKOVÁ, J., 2009. Komunitné ošetrovateľstvo. In: BOLEDOVIČOVÁ, M., ZRUBCOVÁ, D. et al. *Sestra a pôrodná asistentka v komunitnej starostlivosti*. Nitra: FSVaZ, s. 37-55. ISBN 978-80-8094-576-3.
85. NIES, M., McEWEN, M., 2011. *Community/Public Health Nursing: Promoting the Health of Populations*. 5th ed. Philadelphia: Saunders Company. 720 p. ISBN 978-1-4377-0860-8.
86. NOVOTNÁ, H., 2013. Dietní postupy u onemocnění zažívacieho traktu. In: HOLUBOVÁ, A. et al. *Ošetrovateľská péče v gastroenterológii a hepatológii*. Praha: Mladá fronta. s. 210-223. ISBN 978-80-204-2806-6.
87. NOVOTNÝ, I., 2010. Nemoci žlučníku a žlučových cest. In: LATA, J., BUREŠ, J., VAŇÁSEK, T. et al. *Gastroenterologie*. Praha: Galén, s. 177-193. ISBN 978-80-7262-692-2.
88. O'BRIEN-PALLAS, L.L., IRVINE, D.D., et al., 2002. Evaluation of a client care delivery model, Part 2: Variability in client outcomes in community home nursing. *Nurs Econ*. 20(1), 13-21, 36.

89. OMAHA SYSTEM Problems and Strength Statement Documentation Form. 2006. Public Health Nursing. [online]. [cit. 2015-01-02]. Dostupné z: http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/nursing/Documents/PDF/SIM_OMAHA_System_Form.pdf
90. OWCZAREK, D., RODACKI, T., et al., 2016. Diet and nutritional factors in inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol.* 22(3), 895-905. ISSN: 1007-9327.
91. PALENČÁR, M., 2007. Miesto ošetrovateľských konceptuálnych modelov v štruktúre ošetrovateľstva. In: ŽIAKOVÁ, K. et al. *Ošetrovateľské konceptuálne modely*. Martin: Osveta, s. 11-29. ISBN 978-80-8063-247-2.
92. PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovateľství v kostce*. Praha: Grada Publishing. 150 s. ISBN 978-80-247-1211-3.
93. PEŤKOVÁ, J., 2007. Klasifikačný systém OMAHA. In: VÖRÖSOVÁ, G. et al. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, s. 67-72. ISBN 978-80-8063-242-7.
94. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovateľství I*. Praha: Grada Publishing. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
95. POLEDNÍKOVÁ, E., 2005. Ošetrovateľský proces pri vredovej chorobe gastroduodéna. In: VÖRÖSOVÁ, G. et al. *Interné ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, s. 77-79. ISBN 80-8063-192-1.
96. REILLY, F.E., GRIER, M.R. et al., 1992. Living arrangements, visit patterns, and health problems in a nurse-managed clinic for the homeless. *Journal of Community Health Nursing.* 9(2), 111-121.

97. RYBÁROVÁ, E., 2005. *Uplatnenie metódy ošetrovateľského procesu v komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti*. In: *MOLISA 2, Medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša 2*, s. 85-89. ISBN 80-8068-396-7.
98. SCHONEMAN, D., 2002. Surveillance as a nursing intervention: use in community nursing centers. *J Community Health Nurs.* 19(1), 33-47.
99. SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada Publishing. 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.
100. STANHOPE, M., LANCASTER, J., 2004. *Community and public health nursing*. St. Louis: Mosby. 1129 p. ISBN 0-323-02240-5.
101. STAŇKOVÁ, M., 1999a. *České ošetrovatelství 3. Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Brno: IDVPZ. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
102. STAŇKOVÁ, M., 1999b. *České ošetrovatelství 4. Jak provádět ošetrovatelský proces*. Brno: IDVPZ. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
103. *Súbor dokumentov Svetovej zdravotníckej organizácie pre sestry a pôrodné asistentky (1)*. 2003. 1. vyd. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentek. 202 s. ISBN 80-967818-5-5.
104. ŠTRINCL, L., 2013. Lékařské vyšetření v gastroenterologii. In: HOLUBOVÁ, A. et al. *Ošetrovateľská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta, s. 65-75. ISBN 978-80-204-2806-6.
105. TASTAN, S., LINCH, G.C.F., et al., 2014. Evidence for the Existing American Nurses Association-Recognized Standardized Nursing Terminologies: A Systematic review. *Int J Nurs Stud.* 51(8), 1160-1170. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.12.004

106. TIMBY, B. K. et al., 2009. Nursing Process. In *Fundamentals nursing skills and Concepts*. [online]. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. p. 16-33. [cit. 2013-20-11]. ISBN 0-7817-7909-X. Dostupné z: http://books.google.cz/books?id=M4HwH5IxfToC&printsec=frontcover&dq=Timby+Fundamentals+nursing+skills+and+Concepts&hl=en&sa=X&ei=CnMpU6ffMsO_ygO1p4DIBg&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q=Timby%20Fundamentals%20nursing%20skills%20and%20Concepts&f=false
107. *The Omaha System*. 2016. [online]. Solving the Clinical Data – Information Puzzle. [cit. 22. 7. 2016]. Dostupné z: <http://www.omahasystem.org/overview.html>
108. *The Omaha System. Problem and Strength Statement Documentation Form*. [online]. [cit. 2013-01-02]. Dostupné z: http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/nursing/Documents/PDF/SIM_OMAHA_System_Form.pdf
109. TOMAGOVÁ, M., 2011. Ošetrovatelský proces. In: PLEVOVÁ, I. et al. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, s. 105-129. ISBN 978-80-247-3557-3.
110. TOPAZ, M., GOLFENSHEIN, N., BOWLES, K.H., 2014. The Omaha System: a systematic review of the recent literature. *J Am Med Inform Assoc.* 21(1), 163-170. doi: 10.1136/amiajnl-2012-001491
111. TÓTHOVÁ, V. et al., 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
112. TÓTHOVÁ, V. Katedra ošetrovatelství a porodní asistence ZSF JCU v Českých Budějovicích. *Teoretické a filozofické perspektivy v ošetrovatelství*. 15. ledna 2013. Osobní komunikace.

113. ÚZIS ČR Národní registr hospitalizovaných. Vývoj počtu případů hospitalizace pro výskyt gastroenterologického onemocnění a průměrné ošetrovací doby v roce 2015 v Ústeckém kraji. 10. ledna 2017. E-mailová komunikace (jiri.trava@uzis.cz).
114. VAŇÁSEK, T, HŮLEK, P., 2007. Krvácení při portální hypertenzi. In: ZADÁK, Z. et al. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada Publishing, s. 203. ISBN 978-80-247-2099-9.
115. Von KROGH, G. et al., 2005. Framework for Integrating NANDA, NIC, and NOC Terminology in Electronic Patient Records. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 37(3), 275-281. ISSN 1548-923X.
116. Von KROGH, G., 2011. Taxonomy III Proposal. In: NANDA International. 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015 – 2017*. Praha: Grada Publishing, s. 51-64. ISBN 978-80-247-5412-3.
117. VÖRÖSOVÁ, G. et al., 2005. *Interné ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. 162 s. ISBN 80-8063-192-1.
118. VÖRÖSOVÁ, G. et al., 2007. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminologie v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. 112 s. ISBN 978-80-8063-242-7.
119. VÖRÖSOVÁ, G., SEMANIŠINOVÁ, M., 2009. Modely a klasifikačné systémy v komunitnom ošetrovatel'stve. In: BOLEDOVIČOVÁ, M., ZRUBCOVÁ, D. et al. *Sestra a pôrodná asistentka v komunitnej starostlivosti*. Nitra: FSVaZ, s. 82-106. ISBN 978-80-8094-576-3.
120. VÖRÖSOVÁ, G., SEMANIŠINOVÁ, M., 2010. Modely a klasifikačné systémy v komunitnom ošetrovatel'stve. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry. Učební text pro sestry v komunitní péči*. Brno: NCO NZO, s. 17-19. ISBN 978-80-7013-499-3.

121. VÖRÖSOVÁ, G., SOLGAJOVÁ, A., ARCHALOUSOVÁ, A., 2015a. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-5538-0.
122. VÖRÖSOVÁ, G., SOLGAJOVÁ, A., ARCHALOUSOVÁ, A., 2015b. *Standardizovaná terminologie pro ošetrovatelskou diagnózu*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-247-5304-1.
123. WESTRA, B.L., OANCEA, C., SAVIK, K., MAREK, K.D., 2010. The Feasibility of Integrating the Omaha System Data Across Home Care Agencies and Vendors. *CIN: Comput Inform Nurs.* 28(3), 162–171. doi: 10.1097/NCN.0b013e3181d7812c
124. VOSTŘÁKOVÁ, J., 2000. Péče o seniory a zdravotně postižené. In: *IV. Gerontologické dny Ostravy: Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí*. s. 114-124.
125. ZADÁK, Z. et al., 2007. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada Publishing, 336 s. ISBN 978-80-247-2099-9.
126. ZADÁK, Z., HAVEL, E., 2007. Akutní pankreatitida. In: ZADÁK, Z. et al. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada Publishing, s. 208-219. ISBN 978-80-247-2099-9.
127. ZAMBORIOVÁ, M., 2009a. Omaha systém. In: ŽIAKOVÁ, K. et al. *Ošetrovatel'ský slovník*. 1. vyd. Martin: Osveta, s. 95. ISBN 978-80-8063-315-8.
128. ZAVORAL, M., VENEROVÁ, J. et al., 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Triton, 212 s. ISBN 978-80-7254-902-3.

129. ZBOŘIL, V., PROKOPOVÁ, L., 2010. Nemoci tlustého střeva. In: LATA, J., BUREŠ, J, VAŇÁSEK, T. et al. *Gastroenterologie*. Praha: Galén, s. 91-114. ISBN 978-80-7262-692-2.
130. ZELENÍKOVÁ, R., 2011. Klasifikační systémy v ošetrovatelství. In: PLEVOVÁ, I. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, s. 187-213. ISBN 978-80-247-3557-3.
131. ŽÁK, A., PETRÁŠEK, J. et al. 2011. *Základy vnitřního lékařství*. Praha: Galén. 523 s. ISBN 978-80-7262-697-7.
132. ŽIAKOVÁ, K. et al., 2007. *Ošetrovatel'ské konceptuálne modely*. Martin: Osveta. 189 s. ISBN 978-80-8063-247-2.
133. ŽIAKOVÁ, K. et al., 2009a. *Ošetrovatel'ský slovník*. Martin: Osveta. 219 s. ISBN 978-80-8063-315-8.
134. ŽIAKOVÁ, K. et al., 2009b. *OŠETROVATELSTVO teória a vedecký výskum*. 2. vyd. Martin: Osveta. 322 s. ISBN 978-80-8063-304-2.
135. Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2017 [cit. 2017-01-02]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2010-31>
136. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR. Částka 9. Metodická opatření – Koncepce ošetrovatelství. [online]. Praha: MZ ČR, 2004, 8 s. [cit. 2015-04-03]. http://www.mzcr.cz/obsah/koncepce-oseetrovatelstvi_3196_3.html
137. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2017 [cit. 2015-01-02]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

138. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2017 [cit. 2016-01-02]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

8 Seznam příloh

Příloha 1 Dokumentace s implementovaným systémem Omaha

Příloha 2 Souhlas Krajské zdravotní, a.s., Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem,
o.z., s výzkumným šetřením

Příloha 3 Souhlas Kathryn H. Bowles s použitím modifikované dokumentace systému
Omaha

Příloha 4 Souhlas Karen S. Martin s použitím systému Omaha

Příloha 1 Dokumentace s implementovaným systémem Omaha

Omaha Systém (formulář pro dokumentaci pacienta)

Věk: do 35 let základní **Lékařská diagnóza:**
 36 – 55 let učňovské
 56 – 65 let středoškolské **Dispensarizace od roku:**
 > 66 let vysokoškolské

Pohlaví: žena **Zaměstnaní:** zaměstnan **Léčba:**
 muž nezaměstnan důchodce

Admission **Follow-up** **Discharge**

Hospitalizace (počet):

Škála pro hodnocení výsledků problémů

	1	2	3	4	5
Vědomosti: Schopnost klienta zapamatovat si a interpretovat informace	Žádné	Mimální	Základní	Adekvátní	Výborné
Chování: Pozorovatelne odpovědi, činosti nebo aktivity klienta se zaměřením na cíl	Nevhodné	Zřídka vhodné	Nesoustavně/ne vždy vhodné	Převážně vhodné	Vždy vhodné
Stav: Stav klienta ve vztahu k objektivním a subjektivním charakteristikám	Extremní znaky/příznaky	Vážné znaky/příznaky	Mírné znaky/příznaky	Mimální znaky/příznaky	Neprítomny znaky/příznaky

Právlastky problémů: I Jednotlivec; F Rodina; C Komunita; HP Podpora zdraví; P Potenciální; A Aktuální; Vysoká priorita; Nizká priorita
Schéma intervencí - kódy: EYP= Edukace, vedení, poradenství; LP= Léčba a procedury; CM=Case Management; S=Surveillance (dohled)

Cíle

Anatomie/fyziologie	Management diety	Růst/péče o vývoj	Ošetrovatelská péče	Spánek/odpočinek	Ukončení užívání
Management liněvu	Disciplina	Domov	Nutriční péče	Bezpečnost	návykových látek
Změna chování	Převazy/péče o ránu	Udržování domácnosti	Ergoterapeutická péče	Skříněgová vyšetření	Vybavení
Péče o močový měchýř	Vhodné zdravotnické vybav.	Ochrana před infekcí	Stomická péče	Péče o zraněného	Podporní skupina
Bonding/Attachment	Edukace	Interakce	Další komunitní zdroje	Znaky/příznaky: mentální/em	Podporní systém
Péče o střevo	Zaměstnost	Služby flumodnika	Pedovatelická služba	ocionální	Cestování
Kardiologická péče	Paliativní péče	Laboratorní ukazatele	Osobní hygiena	Znaky/příznaky: fyzické	Wellness
Pedovatelství/rodčovství	Prostředí	Právní systém	Fyzioterapie	Péče o kůži	Další
Péče o sádrový obvaz	Cvičení	Lékařská/stomatolog. péče	Polohování	Sociální práce/poradenství	
Komunikace	Plánování rodiny	Medikace/vedlejší účinky	Léčebná péče o rekreaci	Odběry biolog. materiálu	
Služby komunit, pracovníka	Podávání stravy/krmení	Podávání léků	poranění/úrazy	Logopedická péče	
Komunita péče	Finance	Koordinace medicíne	Relaxace/dechová cvič.	Spirituální péče	
Zvládnutí záležce	Nácvik chůze	Předpis léků	Respirační péče	Stimulace/podpora	
Dení peče/dení stacionář	Genetika	Mobilita/přesun	Respirační léčebná péče	Management stresu	

Problém	Subj./obj. údaje	Kategorie	Cíle	Informace specifická pro klienta
Problém <i>Environmentální doména</i> Problém 01. Příjem I F C HP P A Vysoká Nizká	Subj./obj. údaje Vědomosti _____ Chování _____ Stav _____	Kategorie	Cíle	Informace specifická pro klienta
01. nízký/žádný příjem				
02. chybějící zdravotní pojištění				
03. nevhodný management peněz				
04. schopnost koupit pouze nezbytné				
05. problematické kupování nezbytného				
06. další				
Problém 02. Čistota I F C HP P A Vysoká Nizká	Subj./obj. údaje Vědomosti _____ Chování _____ Stav: _____	Kategorie	Cíle	Informace specifická pro klienta
01. znečištěné bydlení				
02. nevhodné jídlo/skladování/likvidace				
03. hmyz/hlodavce				
04. zápach				
05. znečištěná voda				
06. nevhodná likvidace odpadních vod				
07. nevhodná prádelna				
08. alergie				
09. infekční/kontaminované prostředky				
10. plísně				
11. nadměrná domácí zvířata				
12. další				
Problém 03. Bydlení I F C HP P A Vysoká Nizká	Subj./obj. údaje Vědomosti _____ Chování _____ Stav _____	Kategorie	Cíle	Informace specifická pro klienta
01. zdravotně závadné				
02. nedostatečné topení/chlazení				
03. srmě/nebezpečně schodiště				
04. nevhodný vstup/výstup				
05. zaplněný prostor				
06. nebezpečné skladování nebezpečných předmětů/látek				
07. nebezpečná podlaha/koberce				
08. nevhodné zabezpečovací zařízení				

Problém	Subj./obj. údaje	Kategorie	Cíle	Informace specifická pro klienta
09. přítomnost olovinatých barev				
10. nebezpečné spotřebiče/vybavení				
11. neadekvátní/zaplněný životní prostor				
12. nezabezpečená elektrifika				
13. bariéry				
14. bezdomovectví				
15. další				
Problém 04. Sousedství/pracovní bezpečnost I F C HP P A Vysoká Nizká <div style="float: right;"> Vědomosti _____ Chování _____ Stav _____ </div>				
01. zvýšená kriminalita				
02. zvýšené znečištění				
03. volně žijící/nebezpečná/infekční zvířata				
04. fyzikální nebezpečnost				
05. nebezpečné místo na hraní/cvičení				
06. nedostatečný prostor a zdroje k podpoře zdraví				
07. vyhrožování/zprávy o násilí				
08. dopravní nebezpečí				
09. chemické nebezpečí				
10. radioaktivní nebezpečí				
11. další				
Psychosociální doména Problém 06. Komunikace s komunitními zdroji I F C HP P A Vysoká Nizká <div style="float: right;"> Vědomosti _____ Chování _____ Stav _____ </div>				
01. neseznámen s možnostmi/postupy pro získání služby				
02. potíže s pochopením role/předpisů poskytovatelů služeb				
03. neschopen vyjádřit obavy poskytovateli				
04. nespokojenost se službami				
05. jazyková bariéra				
06. nedostatečné/nedostupné prostředky				
07. kulturní bariéra				
08. vzdělávací bariéra				
09. bariéry v přemístování				
10. omezený přístup ke zdravotní péči/službami zboží				

Problém	Subj./obj. údaje	Kategorie	Cíle	Informace specifická pro klienta
11. neschopnost použít/nedostatečné komunikační zařízení/vybavení 12. další				
Problém 07. Sociální kontakt	Vědomosti Chování Stav			
I.F.C. HP P.A. Vysoká Nizká				
01. omezený sociální kontakt				
02. využívá poskytovatele péče pro sociální kontakt				
03. minimální vnější stimulace/volnočasové aktivity				
04. další				
Problém 08. Změněná role	Vědomosti Chování Stav			
I.F.C. HP P.A. Vysoká Nizká				
01. nedobrovolné obrácení rolí				
02. nová role				
03. ztráta předchozí role				
04. další				
Problém 09. Mezilidské vztahy	Vědomosti Chování Stav			
I.F.C. HP P.A. Vysoká Nizká				
01. potíže při navazování/udržení vztahů				
02. minimální společné aktivity				
03. nesouhlasné hodnoty/cíle/očekávání				
04. nevhodné komunikační zručnosti				
05. prodloužené nepolevující napětí				
06. nevhodné podezření/manipulace/kontrola				
07. fyzická/emocionální závislost na partnerovi				
08. potíže při řešení problémů bez konfliktu				
09. další				
Problém 10. Spiritualita	Vědomosti Chování Stav			
I.F.C. HP P.A. Vysoká Nizká				
01. vyjadřuje duchovní obavy				
02. narušené duchovní rituály				
03. narušená duchovní důvěra				
04. konflikt mezi duchovním přesvědčením a zdravotní péčí				
05. další				

Problém	Subj./obj. údaje	Kategorie	Cíle	Informace specifická pro klienta
Problém 11. Smutek	Vědomosti _____ Chování _____ I F C HP P A Vysoká Nizká Stav _____			
01. nedokáže rozpoznat fáze smutku/proces překlenují				
02. potíže se zvládním smutku				
03. potíže při vyjádření smutku				
04. konflikt ve fázi smutku mezi jednotlivci/Rodinami				
05. další				
Problém 12. Mentální zdraví	Vědomosti _____ Chování _____ Stav _____ I F C HP P A Vysoká Nizká Stav _____	Skóre deprese _____		
01. smutek/beznaděj/nedostatek energie				
02. předtucha/nedefinovaný strach				
03. snížený zájem/účast na aktivitách/péči o sebe samu				
04. snížená pozornost				
05. afektivně/emocně ploché				
06. podrážděnost/agitovanost/agresivita				
07. bezúčelná/kompulzivní aktivity				
08. potíže při zvládní stresu				
09. potíže při zvládní hněvu				
10. somatické potíže/únava				
11. bludy				
12. halucinace/fluze				
13. vyjadřuje suicidální myšlenky/zabíjí				
14. pokus o sebevraždu/zabíjí				
15. sebepoškození				
16. náladovost				
17. flash-backy				
18. další				
Problém 13. Sexualita	Vědomosti _____ Chování _____ Stav _____ I F C HP P A Vysoká Nizká Stav _____			
01. potíže při rozpoznání důsledků sexuálního Chování				
02. potíže při vyjádření intimitý				
03. zmatek v sexuální identitě				

Problém	Subj./obj. údaje	Kategorie	Cíle	Informace specifická pro klienta
04. zmatek v sexuálních hodnotách				
05. nespokojenost se sexuálními vztahy				
06. nebezpečné sexuální praktiky				
07. sexuálně provokativní chování/obtěžování				
08. sexuální napadení				
09. další				
Problém 14. Pečovatelství/rodičovství Vědomosti _____ Chování _____ Stav _____				
I F C HP P A Vysoká Nizká				
01. potíže při poskytování fyzické péče				
02. potíže při poskytování emocionální podpory				
03. potíže při poskytování kognitivních zkušeností a aktivit				
04. problémy s poskytováním preventivní a léčebné péče				
05. nereálná očekávání vzhledem k věku				
06. nespokojenost/potíže se zodpovědností				
07. potíže při interpretaci nebo odpovědi při verbální/neverbální komunikaci				
08. nedbalost				
09. zneužití				
10. další				
Problém 15. Týrání/zneužívání/zanedbávání Vědomosti _____ Chování _____ Stav _____				
I F C HP P A Vysoká Nizká				
01. nedostatek fyzické péče				
02. nedostatek emocionální podpory				
03. nedostatek vhodné stimulace/kognitivních zkušeností				
04. osamocení				
05. nedostatek potřebného dohledu				
06. neadekvátní/špatná zdravotní péče				
07. další				

Problém	Subj./obj. údaje	Kategorie	Cíle	Informace specifická pro klienta
Problém 16. Závislost	Vědomosti Chování Stav			
I F C HP P A Vysoká Nizká				
01. nepřiměřené chování				
02. podlitiny/modřiny/popáleniny/jiné rány				
03. diskuzabilní vysvětlení poranění				
04. verbální napadení				
05. hrozné/hypervigilní chování				
06. násilné prostředí				
07. konzistentní negativní zprávy				
08. sexuální napadení				
09. další				
Fyziologická doména				
Problém 19. Sluch	Vědomosti Chování Stav			
I F C HP P A Vysoká Nizká				
01. potíže s poslechem normálních tónů				
02. potíže se sluchem ve velkých skupinách				
03. potíže s poslechem zvuků vysoké frekv.				
04. nepřítomnost/abnormální odpověď na zvuk				
05. abnormální výsledky sluchových testů				
06. další				
Problém 20. Zrak	Vědomosti Chování Stav			
I F C HP P A Vysoká Nizká				
01. potíže s viděním malých písmen				
02. potíže s viděním vzdálených objektů				
03. potíže s viděním blízkých objektů				
04. nepřítomnost/abnormální odpověď na vizuální stimuly				
05. abnormální výsledky screenu zraků				
06. hmouření/mrkání/slzení/rozmazané vidění				
07. plovoucí bulbus/záblesky				
08. problémy při rozlišování barev				
09. další				

Problém	Subj./obj. údaje	Kategorie	Cíle	Informace specifická pro klienta
Problém 21. Řeč a jazyk	Vědomosti Chování Stav			
I F C HP P A Vysoká Nizká				
01. chybění/abnormální schopnost mluvit/ Vokalizovat				
02. chybění/abnormální schopnost rozumět				
03. chybění zrůdnosti alternativního způsobu Komunikace				
04. nevhodný slovosled				
05. limitovaná výslovnost/artikulace				
06. nesprávné používání slov				
07. další				
Problém 45. Orální zdraví	Vědomosti Chování Stav			
I F C HP P A Vysoká Nizká				
01. chybění/poškození/malformovaný chrup				
02. kazy				
03. zubní kámen				
04. bolesti/otok/krvácení z dásní				
05. vadný skus				
06. špatné/chybějící zubní protězy				
07. citlivost na teplo a chlad				
08. další				
Problém 23. Kognice	Vědomosti Chování Stav			
I F C HP P A Vysoká Nizká				
01. zhoršené rozhodování				
02. dezorientován v místě/čase/osobou				
03. snížená schopnost zapamatovat si nedávné události				
04. snížená schopnost zapamatovat si události z minulosti				
05. zhoršená kalkulace/zrůdnosti v řízení				
06. zhoršená koncentrace				
07. zhoršené rozhodování/schopnost abstraktního myšlení				
08. impulzivita				
09. stereotypie				
10. blouznění				
11. další				

Problém	Subj./obj. údaje	Kategorie	Cíle	Informace specifická pro klienta
Problém 24. Bolest	Vědomosti Chování Stav			
I F C HP P A Vysoká Nizká				
01. vyjadřuje diskomfort/bolest				
02. zvýšený pulz/dech/krevní tlak				
03. změna polohy				
04. neklid				
05. grimasování				
06. bledost/pocení				
07. další				
Intenzita (VAS) 1-10: _____	Lokalizace: _____		Medikace: _____	
Vyvolávající faktory: _____				
Problém 25. Vědomí	Vědomosti Chování Stav			
I F C HP P A Vysoká Nizká				
01. apatický				
02. stuporózní				
03. bez odpovědi/necitlivý/pasivní				
04. komatózní				
05. další				
			GCS: _____	
Problém 26. Kůže	Vědomosti Chování Stav			
I F C HP P A Vysoká Nizká				
01. léze/tlakový vřed				
02. vyrážka				
03. nadměrná suchost				
04. nadměrný maz				
05. zánět				
06. svědění				
07. drenáž				
08. modřina				
09. hypertrofie nehtů				
10. zhoršené hojení jizev				
11. další				

Problém	Subj./obj. údaje	Kategorie	Cíle	Informace specifická pro klienta
Problém 27. Nervo-svalové-pohybové funkce	Vědomosti Chování Stav			
I F C HP P A Vysoká Nizká				
01. omezený rozsah pohybů				
02. snížená svalová síla				
03. snížená koordinace				
04. snížený svalový tonus				
05. zvýšený svalový tonus				
06. snížená citlivost				
07. zvýšená citlivost				
08. snížená rovnováha				
09. porucha rovnováhy chůze				
10. potíže s přemísťováním				
11. zlomeniny				
12. třes/záchvaty				
13. potíže s termoregulací				
14. další				
Problém 28. Dýchání	Vědomosti Chování Stav	Frekvence: Vedlejší dechové fenomény:	Kvalita: Kvalita:	Pravidelnost:
I F C HP P A Vysoká Nizká				
01. abnormální dýchání				
02. neschopnost dýchat samostatně				
03. kašel				
04. neschopnost odkašlat/vykašlávat				
05. cyanóza				
06. abnormální sputum				
07. hlasné dýchání				
08. výtok z nosu/překrvení nosní sliznice				
09. abnormální dechové zvuky				
10. abnormální výsledky dechových testů				
11. další				
Problém 29. Krevní oběh	Vědomosti Chování Stav			
I F C HP P A Vysoká Nizká				
01. edémy				
02. křeče/bolesti končetin				
03. snížený puls				
04. změna barvy kůže/cyanóza				
05. změna teploty v postižené oblasti				
06. varixy				

Problém	Subj./obj. údaje	Kategorie	Cíle	Informace specifická pro klienta
07. synkopa/závrať				
08. abnormální krevní tlak				
09. plicový deficit				
10. nepravdivý puls				
11. nadměrně snížený puls				
12. nadměrně zvýšený puls				
13. bolesti na hrudi				
14. srdečné šelesty				
15. abnormální krevní srážlivost				
16. abnormální výsledky laboratorních testů				
17. další				
Problém 30. Trávení - hydratace	Vědomosti Chování Stav			
I F C HP P A Vysoká Nizká				
01. nauzea/zvracení		Příjem + výdej tekutin/24 hod.		Kožní turgor:
02. potíže se žvýkáním/polykáním/trávením				
03. zažívací potíže				
04. reflux				
05. anorexie				
06. anemie				
07. ascites				
08. žloutenka/zvětšení jater				
09. snížený kožní turgor				
10. popraskané rty/suchost úst				
11. elektrolytová nerovnováha				
12. další				
Problém 31. Činnost tlustého střeva	Vědomosti Chování Stav			
I F C HP P A Vysoká Nizká				
01. abnormální frekvence/konzistence stolice		Peristaltika:		
02. bolestivá defekace				
03. snížená peristaltika				
04. krev ve stolici				
05. abnormální barva stolice				
06. křeče/bříšní diskomfort				
07. inkontinence stolice				
08. další				

Problém	Subj./obj. údaje	Kategorie	Cíle	Informace specifická pro klienta
Problém 46. Funkce močového měchýře	Vědomosti Chování Stav			
I F C HP P A Vysoká Nizká				
01. pálení/bolest při močení				
02. inkontinence moči				
03. urgence/náhlý pocit na močení				
04. potíže v počáteční fázi močení				
05. potíže s vyprazdňováním měchýře				
06. abnormální množství moči				
07. hematurie/abnormální barva moči				
08. nykturie				
09. abnormální výsledky laboratorních testů				
10. další				
Problém 50. Přenosná onemocnění	Vědomosti Chování Stav			
I F C HP P A Vysoká Nizká				
01. infekce				
02. napadení				
03. horečka				
04. biologické nebezpečí				
05. pozitivní screening/kultivace/laboratorní výsledky				
06. neadekvátní pomůcky/zařízení/opatření pro prevenci přenosu nákazy				
07. nedodržování infekčního režimu (izolace)				
08. neadekvátní imunita				
09. další				
Doména chování ve vztahu k zdraví				
Problém 35. Výživa	Vědomosti Chování Stav Hmotnost: Dieta:			
I F C HP P A Vysoká Nizká	Výška: Způsob stravování:		BMI: Zhodnocení BMI:	
01. nadváha: BMI nad 25 a více				
02. podváha: BMI pod 18,5 a méně				
03. nedostatečný denní příjem kalorií a tekutin				
04. zvýšený denní příjem kalorií a tekutin				
05. nevyvážená dieta				
06. nevhodné stravovací návyky vzhl. k věku				

Problém	Subj./obj. údaje	Kategorie	Cíle	Informace specifická pro klienta
07. nedodržování doporučené diety				
08. nevyvážený/progresivní váhový úbytek				
09. neschopnost zajistit/připravit si jídlo				
10. hypoglykémie				
11. hyperglykémie				
12. další				
Problém 36. Spánek a odpočinek	Vědomosti Chování Stav			
I F C HP P A Vysoká Nizká				
01. spánek/odpočinek narušuje rodinu				
02. časté noční buzení				
03. náněšičnost				
04. nespavost				
05. noční můry				
06. nedostatek spánku/odpočinku vzhledem k věku/fyzické kondici				
07. spánkové apnoe				
08. chrápání				
09. další				
Problém 37. Fyzická aktivita	Vědomosti Chování Stav			
I F C HP P A Vysoká Nizká				
01. sedavý způsob života				
02. nevhodné cvičení				
03. nevhodný typ cvičení vzhledem k věku/fyzické kondici				
04. další				
Problém 38. Osobní péče	Vědomosti Chování Stav			
I F C HP P A Vysoká Nizká				
01. potíže s praním oblečení				
02. potíže se sprechováním/koupelí				
03. potíže s vyprazdňováním				
04. potíže při oblékání dolní části těla				
05. potíže s oblékáním horní části těla				
06. tělesný zápach				
07. potíže s mytím vlasů				
08. potíže s čištěním zubů a péčí o dutinu ústní				
09. neochota/neschopnost/zapominání na činnosti osobní péče				

Problém	Subj./obj. údaje	Kategorie	Cíle	Informace specifická pro klienta
10. další				
Problém 39. Užívání látek	Vědomosti Chování Stav			
I F C HP P A Vysoká Nizká				
01. zneužívání léků na předpis				
02. užívá rekreační drogy				
03. kouření/používání tabákových výrobků				
04. potíže s normálním denním režimem				
05. reflexní poruchy				
06. změny chování				
07. pasivní kouření				
08. kupování/prodej ilegálních látek				
09. alkoholismus				
10. další				
Problém 41. Dohled nad zdravotní péčí	Vědomosti Chování Stav			
I F C HP P A Vysoká Nizká				
01. nenavštěvuje preventivní prohlídky				
02. nevyhledá péči u příznaků vyžadujících diagnostiku a léčbu				
03. nedostaví se k další kontrole doporučené poskytnuté zdravotní péče				
04. neschopnost koordinovat více léčebných plánů				
05. neucelený zdroj zdravotní péče				
06. nevhodný zdroj zdravotní péče				
07. nevhodný léčebný plán				
08. další				
Problém 42. Dodržování léčebného režimu	Vědomosti Chování Stav			
I F C HP P A Vysoká Nizká				
01. neužívá předepsané dávkování				
02. výskyt nežádoucích účinků/vedlejších účinků				
03. nevhodný způsob užívání léků				
04. nesprávné skladování léků				
05. nevyzvedává si další medikaci				
06. neabsolvuje očkování				
07. nevhodné dodržování léčebného režimu				
08. neschopen vzít medikaci bez pomoci				

Příloha 2 Souhlas Krajské zdravotní, a.s., s výzkumným šetřením

Etická komise Krajské zdravotní a.s., Masarykovy nemocnice o.z.
 Sociální péče 3316/12A, 401 13 Ústí nad Labem
 Předseda: MUDr. Jiří Král, tel.: 477 112 009, e-mail: jiri.kral@mnul.cz

STANOVISKO ETICKÉ KOMISE Opinion of the Ethics Committee

- Multicentrické KH, je požadováno stanovisko multicentrické EK pro všechna centra/*Multi-centric clinical trial, opinion issued by Ethics Committee for Multi-Centric Clinical Trials is required*
- Multicentrické KH, je požadováno stanovisko EK pro místní centrum (centra)/ *Multi-centric clinical trial, opinion issued by local Ethics Committee(s) is required*
- KH prováděné v jednom centru, požadováno stanovisko EK pro místní centrum (centra)/ *Clinical trial conducted in a single site, opinion of a local EC is required*

Seznam členů etické komise/ *List of the Ethics Committee Members:*

Jméno a příjmení <i>First name and surname</i>	Muž/ Žena <i>Male/ Female</i>	Odbornost <i>Specialism</i>	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK <i>Role in EC</i>	Přítomen <i>Attendance</i>		Hlasoval <i>Voted</i>	
			Ano <i>Yes</i>	Ne <i>No</i>		Ano <i>Yes</i>	Ne <i>No</i>	Ano <i>Yes</i>	Ne <i>No</i>
MUDr. Jiří Král	M/M	physician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Předseda/Chairman	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Zdeňka Staňková	Ž/F	physician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/ Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MUDr. Tomáš Jerie	M/M	physician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/ Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Karel Edelmann	M/M	physician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/ Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. František Pátek	M/M	physician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/ Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Jana Laubová	Ž/F	physician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/ Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Inge Bolomská	Ž/F	physician	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/ Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PharmDr. Radek Sladkovský	M/M	pharmacist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/ Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ing. Josef Holoubek	M/M	toxicologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/ Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mgr. Eva Rohanová	Ž/F	nurse - teacher	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/ Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ingrid Kautská	Ž/F	laic	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/ Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Věra Šolcová	Ž/F	laic	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/ Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Renata Přibíková	Ž/F	physician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/ Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje podle jednacího řádu v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy/*The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with Good Clinical Practice and valid legal regulations:*

Ano/Yes Ne/No Komentář/Comments:

Číslo jednací/Reference number: 227/9

Komise projednala a schválila výzkumné šetření k disertační práci „Implementace systému Omaha v komunitní praxi“ Řešitel: PhDr. Eva Beňová, Malátova 2430/7, 400 11 Ústí nad Labem.

Vyjádření EK/ *Ethics Committee's opinion:*

- EK vydává / *EC issues*
- Souhlasné stanovisko/*Favourable opinion*
- Nesouhlasné stanovisko/*Unfavourable opinion*
- Vzata na vědomí / *Taken into account*

Datum/Date:
24. 6. 2015

Předseda EK/Chairman of the EC:
MUDr. Jiří Král

Podpis předsedy EK/ *Signature of Chairman of the EC:*

Krajská zdravotní, a.s.
 - Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.
 ETICKÁ KOMISE
 Sociální péče 3316/12A, 401 13 Ústí nad Labem
 IČ: 25488627, DIČ: CZ25488627
 tel: 477 111 111

Krajská zdravotní, a.s.
 Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.
 ETICKÁ KOMISE
 sociální péče 3316/12A, 401 13 Ústí nad Labem
 IČ: 25488627, DIČ: CZ25488627
 tel: 477 111 111

Příloha 3 Souhlas Kathryn H. Bowles s použitím modifikované dokumentace

Kathryn H Bowles, PhD, RN, FAAN
University of Pennsylvania
School of Nursing
Room 340 Fagin Hall
418 Curie Blvd.
Philadelphia
Pennsylvania 19104-4217
UNITED STATES

Ústí nad Labem, May 20th, 2015

Dear Mrs. Bowles,

I would like to ask you for your permission to use a paper version of the Omaha System Documentation Form that you used in study „*Patient Problems and Nurse Interventions during Acute Care and Discharge Planning*“ published in Journal of Cardiovascular Nursing (2000;14(3):29-41). I obtained a documentation form from you by e-mail on 1st May.

I would like to use a modified version of this documentation form translated into Czech language used in research in my dissertation named „*Implementation of the Omaha System in Community Practice*“ within PhD study at Faculty of Health and Social Studies at University of South Bohemia in České Budějovice in Czech Republic.

Modified version of the documentation translated into Czech language will be completed with newly revised terms of the Omaha System from the book of Martin, KS. et al. *The OMAHA SYSTEM. A Key to Practice, Documentation, and Information Management*. 2nd ed. Omaha: Elsevier; 2005. 484 p. ISBN 978-0-7216-0130-4.

Thank you very much!

Sincerely,

Eva Beňová

PhDr. Eva Beňová

Contact Information:
PhDr. Eva Beňová
Malátova 2430/7
400 11 Ústí nad Labem
Czech Republic

*Eva, you have my permission to use the paper version of the Omaha System documentation form.
Good luck with your work.
Kathryn Bowles, PhD*

Příloha 4 Souhlas Karen S. Martin s použitím systému Omaha

Me

To martinks@tconl.com

Dec 1, 2013

Dear Mrs. Martin,

Let me be introduced at the beginning of mail. My name is Eva Beňová and I am a nurse-teacher at School of Nursing in Ústí nad Labem in the Czech Republic.

I am also a student of the PhD. study program of Nursing at the Faculty of Health and Social Studies at University of South Bohemia in České Budějovice in Czech Republic. As a part of PhD. study, I would like to address the implementation of the OMAHA System in community practice in Czech Republic. I think it will be very interesting and challenging because of the absence of translation into Czech.

I have 2 questions:

I would like to inquire about the possibility of verifying The OMAHA system in community practice in the Czech Republic. Do I need permission to use OMAHA system and conduct research within my dissertation?

Thank you for answering my questions.

I send a completed "Omaha System Conference Survey" as an attachment.

Sincerely, Eva Beňová

Karen S. Martin

To Me

Dec 2, 2013

Eva:

1. Please call me Karen! How delightful to receive your email and learn of your interest in the Omaha System!

2. Do you know Dr. Igor Nestrail, a pediatrician at the University of Minnesota? Very recently, I received an email from him about his interest in the Omaha System and use in your country. When I responded to him, I asked if he knew about the Omaha System Website and Listserv (www.omahasystem.org/listserv.html), and if I could add his name to the Listserv. I would like to add yours, too, if you are willing.

3. To respond to your questions:

a. It will be wonderful if you use the Omaha System in the Czech Republic!

b. You do not need permission to use Appendix A of the 2005 Omaha System book. Most other parts of the book are held under copyright. Do you have the book?

Thank you in advance for your response.

9 Seznam zkratek

AFP – Alpha-fetoprotein
AIDS – Acquired Imuno Deficiency Syndrome
ANA - American Nursing Association
ANCA – anti-neutrophil-cytoplasmatic-antibody
ARDS – Adult Respiratory Distress Syndrome
ASCA – anti-Saccharomyces-cerevisiae
CA 19-9 – Tumor marker
CA 50 – Tumor marker
CAI – Colitis Activity Index
CCC - Clinical Care Classification System
CDAI – Crohn ´s Disease Activity Index
CEA – Karcinoembryonální antigen
CNNC – Conditions that Neccesitate Nursing Care
CT – Computer Tomograf
ČR – Česká republika
DRGs – Diagnosis Related Groups
DU-PAN-2 – Tumor marker
EASL – The European Association for the Study of the Liver
ELISA – Enzyme-linked immuno sorbent assay
ERCP – Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
FAP – Familirní adenomatózní polypóza
FOB – Faecal Occult Blood
HOPE – Health Opportunity for People Everywhere
IBD – Inflammatory Bowel Disease
ICN – International Council of Nurses
ICD – International Classification of Diseases
LEMON – Learning Material On Nursing
MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí
MMSE – Mini Mental State Examination
MRI – Magnetic resonance imaging
MRCP – Magnetická rezonanční cholangiopankreatikografie
MRSA – Methicilin-resistant Staphylococcus aureus

MZ – Ministerstvo zdravotnictví
NANDA - North American Nursing Association
NIC - Nursing Intervention Classification
NMDS - Nursing Minimum Data Set
NMMDS - Nursing Management Minimum Data Set
NOC - Nursing Outcomes Classification
OMAHA - Omaha Nursing Classification System for Community Health
PCDS - Patient Care Data Set
PEG – Perkutánní endoskopická gastrostomie
PET – Pozitronová emisní tomografie
PHARE – Poland and Hungary Assistance for Restructuring of their Economies
PNDS - PeriOperative Nursing Data Set
PTC – Perkutánní transhepatální cholangiopankreatikografie
RTG – Rentgen
SPSS – Statistical Package for Social Sciences
TIPS – Transjugulární intrahepatální portosystémová spojka
TTS – Transdermální terapeutické systémy
UMLS – Unified Medical Language System
ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky
VNA – Visiting Nurse Association
WHO – World Health Organization