

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Ošetrovatelská diagnostika a ošetrovatelské diagnózy v pediatrii

Bakalářská práce

Mgr. Dita Nováková, DiS.

Lucie Fikarová

2009

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Ošetrovatelská diagnostika a ošetrovatelské diagnózy v pediatrii vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 5. 5. 2009

Podpis studenta

Touto cestou bych chtěla poděkovat paní Mgr. Ditě Novákové, za trpělivost při odborném vedení své bakalářské práce a cenné rady, které jsem využila při jejím zpracování.

Abstract

Children's nursing has its particularities, whether in differences between child care during individual development stages or in the range of illnesses and their clinical manifestations. Nurses taking care of a child patient should observe all particularities of pediatric nursing which surely makes the nursing diagnostics difficult and demanding.

The theoretical part of the bachelor's thesis „Nursing diagnostics and nursing diagnoses in pediatrics“ opens with a description of pediatrics alongside with an outline of history and development in pediatric nursing. The following part of the thesis describes the current state of child care. The main operating method used by nurses who take care of hospitalized children complies with the Section 4 (1) of the decree No. 424/2004 concerning the nursing procedure. Nursing diagnostics is one of the stages described in the nursing procedure. The following parts of the thesis include detailed accounts of the theory of nursing diagnostics, taxonomy of nursing diagnoses, and particularities of the nursing diagnoses in pediatrics.

The survey was based on quantitative method by way of questionnaires. Also, the data content analysis was utilized in order to complete the data acquired. The aim of the bachelor's thesis was to find out whether the nurses addressed knew the nursing diagnoses used in pediatrics, if they use such diagnoses in practice, and what is the biggest obstacle when performing nursing diagnostics in pediatrics. The outcome from the data collected proves all three hypotheses correct. Hypothesis 1 is: Nurses have a good command of nursing diagnostics in pediatrics. Hypothesis 2 is: Nurses utilize individually the nursing diagnoses in pediatrics. Hypothesis 3 is: Lack of time is considered to be the biggest obstacle while using the nursing diagnostics in pediatrics by nurses.

The survey has also found out that there are utilized different taxonomies for nursing diagnoses with respect to differences at various age and other particularities, which certainly respects the child as an individual human being but makes the diagnostics more time demanding. Therefore it is suggested to unify the used terminology within individual departments with respect to a number of published books

on nursing diagnostics in pediatrics and make otherwise time demanding nursing work a little easier.

The outcome of the present thesis may be used as a source of information for possible concept of nursing diagnoses in pediatrics carried out by nurses in the departments of pediatrics.

Obsah

ÚVOD.....	7
1. SOUČASNÝ STAV.....	8
1.1 PEDIATRIE.....	8
1.1.1 Vývoj pediatrie	9
1.1.2 Vývoj pediatrického ošetrovatelství	11
1.2 SOUČASNÝ SYSTÉM PÉČE O DÍTĚ	12
1.2.1 Ambulantní péče	12
1.2.2 Nemocniční péče.....	13
1.3 SOUČASNÁ ROLE SESTRY V PEDIATRII	14
1.4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	16
1.4.1 Definice ošetrovatelského procesu	16
1.4.2 Historie ošetrovatelského procesu	17
1.4.3 Výhody ošetrovatelského procesu	18
1.5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES V ČR	18
1.6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES V PEDIATRII	19
1.7 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA.....	21
1.7.1 Definice ošetrovatelské diagnózy	21
1.7.2 Historie ošetrovatelské diagnózy	22
1.7.3 Charakteristiky ošetrovatelské diagnózy	23
1.7.4 Diagnostický proces.....	24
1.7.5 Diagnostický algoritmus	25
1.7.6 Systém klasifikace ošetrovatelských diagnóz (taxonomie)	26
1.7.7 ACENDIO	27
1.8 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA V PEDIATRII	28
1.9 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY V PEDIATRII.....	28
1.9.1 Některé otázky dětských ošetrovatelských diagnóz	29

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	31
2.1 CÍLE PRÁCE	31
2.2 HYPOTÉZY PRÁCE	31
3. METODIKA	32
3.1 METODIKA PRÁCE	32
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	32
4. VÝSLEDKY	33
4.1. VÝSLEDKY Z DOTAZNÍKŮ PRO ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL	33
4.1.2 Výsledky obsahové analýzy záznamů ošetřovatelských diagnóz.....	49
5. DISKUSE	51
6. ZÁVĚR	57
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	58
8. KLÍČOVÁ SLOVA	61
9. PŘÍLOHY	62

Úvod

Péče o dětského pacienta není totožná s péčí o dospělého. Děti jsou „naše lepší já“, naše nesplněné sny, naše touhy, radosti, ale i pocity toho největšího strachu v životě. Jako dětská sestra jsem se naučila děti respektovat ve zdraví i nemoci, věřit jejich pocitům a citlivě přistupovat k péči o ně. V několika posledních letech jsem se profesně pohybovala mimo oblast pediatrie a děti jsem velmi postrádala. Téma této bakalářské práce mě tak opět přibližuje k dětem.

Od mého posledního působení na dětském oddělení se toho změnilo dost. Od pouhého „vzdáleného zaslechnutí“ něčeho o ošetrovatelském procesu přešla tato metoda ošetrovatelské praxe v platnost, a to jako jediná metoda poskytování ošetrovatelské péče. To, co jistě všechny sestry dělaly dřív automaticky, dnes popisujeme do fází a přesně zaznamenáváme do standardně dané dokumentace.

Ošetrovatelská diagnostika je druhou fází ošetrovatelského procesu, kdy sestra na základě zjištěných informací o dítěti stanovuje charakter a rozsah ošetrovatelských zásahů. Dětská diagnostika má své odlišnosti od diagnostiky dospělých. Náročné na vědomosti a zkušenosti sester je posouzení stavu dítěte ve všech jeho vývojových stádiích. Správné posouzení dítěte sestrou je přitom základním předpokladem pro správné stanovení ošetrovatelské diagnózy. Náročným se také stává nalezení správné formulace ošetrovatelské diagnózy, která přesně vystihuje ošetrovatelskou potřebu dítěte. V současné době se za všeobecně uznávanou klasifikaci ošetrovatelských diagnóz považuje taxonomie NANDA II, kde ovšem mnohé dětské sestry postrádají diagnózy odpovídající dětskému věku. V neposlední řadě je kvalitně provedená ošetrovatelská diagnostika dítěte závislá na sociálních schopnostech sestry navázat co možná nejvlídnější vztah jak s dítětem, tak s jeho doprovodem a provést tak diagnostiku co možná nejpresněji.

Doufám, že zjištěné poznatky tohoto šetření alespoň poodhalí problematiku diagnóz dětského věku a přispějí tak k lepšímu a efektivnějšímu provádění ošetrovatelského procesu u dětského pacienta a to ke spokojenosti všech zúčastněných, avšak dětí především.

1. Současný stav

„Čtyři základní Platonovy ctnosti - moudrost, spravedlnost, statečnost a sebeovládání – lze dnes chápat nejen jako pevné ostrůvky v rozbouřeném oceánu naší „moderní“ doby plné násilí a přírodních katastrof, ale také jako základní hodnoty moderního pojetí ošetrovatelské péče.“

(Mgr. Jana Marounková)

1.1 Pediatrie

Název pediatrie je odvozen z řeckého pais, paidos, což znamená dítě, a ze slova iatreia, které znamená péče. Pediatrie je lékařský obor, jehož náplní je péče o dítě a dospívající ve zdraví a nemoci. Zahrnuje vývojové období lidského organismu od narození až do 19 let života. Horní věková hranice pacientů se v různých zemích liší a pohybuje se od 14 do 21 let. V České republice je touto hranicí den předcházející 19. narozeninám. Za specializaci v pediatrii považujeme neonatologii zaměřenou na novorozenecké období a také dorostové lékařství, které se zaměřuje na období adolescence. V minulých letech byla adolescentní medicína samostatným oborem zabývajícím se péčí o děti a dospívající od 15 do 18 let, v současnosti se adolescentní medicína stala náplní práce praktického lékaře pro děti a dorost (5,15,20).

Dětské lékařství se zabývá péčí preventivní, diagnostickou, terapeutickou, rehabilitační, psychologickou a výchovnou. Jedním z podoborů pediatrie jako lékařského oboru je pediatrie preventivní. Za další podobor je považována pediatrie sociální, která se zabývá sociálně právní ochrannou normou dítěte. Základ veškeré činnosti dětského lékařství by měla tvořit preventivní pediatrie s cílem zabránit tomu, aby vůbec došlo k poškození dítěte po všech stránkách, tzn. po stránce tělesné, psychické a sociální. Objeví-li se patologický stav, pak je zde hlavním úkolem zabránit prohlubování tohoto stavu. V preventivní pediatrii je velmi důležitá spolupráce pediatra s dětskou sestrou a s vysokoškolsky vzdělaným odborníkem v oboru zdravotně sociálním. Důležitost zdravotně sociálního vzdělání zde vyplývá z vývoje pediatrie, kdy pediatrie jako taková vznikla v rámci sociální problematiky péče o dítě (5,19).

Mezi pediatrií a ostatními lékařskými obory je několik zásadních rozdílů. Jak již bylo zmíněno - v první řadě se pediatrie zabývá péčí o zdravé dítě a zabezpečením jeho fyziologického vývoje, což odlišuje pediatrii od ostatních oborů zaměřených na systémová onemocnění a jejich léčení. Další odlišnost spočívá v tom, že dětské lékařství není orientováno orgánově, ale celostním zaměřením na dítě a na plynulou péči o ně. Neméně důležitou specifikou péče o děti je také zaměření na spolupráci s rodinou dítěte. Zvláště v poslední době dochází k prohlubování vědomí o důležitosti funkce rodiny nejen jako základní společenské skupiny, ale i o nezastupitelném podílu rodiny na výchově a péči o děti zdravé i nemocné (13).

1.1.1 Vývoj pediatrie

Jako samostatný vědní obor se pediatrie začala vyvíjet na přelomu 19. století. Do té doby byla péče o děti spojena s léčením dospělých. Onemocněním dětského věku a potřebám dítěte se věnovalo zejména interní lékařství a porodnictví. K vývoji lékařské pediatrické disciplíny vedly změny v rozvoji společnosti. V 19. století se dítě stává středem pozornosti celé společnosti a objevuje se snaha systematicky monitorovat vývoj dítěte jako východisko pro jeho výchovu a péči. Při vytváření oboru se pediatrie orientovala především na dvě problémové oblasti. První část se zaměřovala na zdraví a vývoj každého dítěte ve společnosti, což vycházelo z vysoké úmrtnosti a nemocnosti dětí způsobené nedostatečnou výživou a vysokým výskytem infekčních chorob. Druhá oblast byla zaměřena na děti vyžadující zvláštní pomoc společnosti - děti opuštěné a osiřelé, které vyrůstaly v ústavech za velmi nuzných podmínek. Pediatrie se takto postupně rozvíjela jako samostatný medicínský obor, který se zabývá naukou o nemocech dětského věku, péčí o zdraví dětí ve společnosti a péčí o ohrožené a postižené děti (15).

První dětská nemocnice byla otevřena v Paříži v roce 1802, druhá v Petrohradě v roce 1834, další v Londýně v roce 1852. V naší republice vznikly první dětské nemocnice v Praze roku 1842 a v Brně v roce 1846. Za počátky dětského lékařství u nás považujeme jmenování dr. Bohdana Neuerttera prvním českým profesorem dětského lékařství v roce 1884. V tomto období se v Praze otvírají dvě dětské kliniky, jedna pro

kojence v nalezinci a další pro větší děti v dětské nemocnici na Karlově. Od roku 1902 poskytovala péči o děti nová dětská nemocnice, která měla 270 lůžek a odborné ambulance. V té době to byla jediná dětská nemocnice v Čechách. V ostatních okresních a krajských městech vznikaly dětská oddělení později. V Českých Budějovicích vzniklo dětské oddělení v roce 1945 (15,19).

K největšímu rozvoji pediatrie v Čechách dochází po druhé světové válce. V prvním období je zaváděna a správně aplikována umělá výživa, která pomáhá snížit úmrtnost dětí. Dochází k rozšíření dětských poraděn s preventivním zaměřením, sleduje se zde psychomotorický vývoj kojenců, jejich výživa, rozšiřuje se preventivní očkování proti infekčním chorobám.

V 60. letech se prevence zdokonaluje a prohlubuje, zavádějí se odborné ordinace se zaměřením především na chronicky nemocné děti, zdokonalila se včasná diagnostika luxace kyčlí a její léčba.

V 70. letech se začíná plně obnovovat a rozvíjet prolaktační program a systém ošetřování „rooming in“. Za zvláštní pozornost stojí eradikace dětské obrny pomocí vakcinace. Velkou zásluhu na tomto projektu má profesor Procházka. V tomto období vzniká samostatný obor - dorostové lékařství.

Sociální pediatrie zaznamenává výrazný vzestup v 80. - 90. letech, kdy v důsledku zaměstnanosti rodičů roste potřeba linek důvěry, sociálních dětských zařízení a krizových center. V 90. letech vznikají u nás první tzv. „Baby Friendly Hospital“, což je označení pro nemocnice podporující prolaktační program. Péče o patologické novorozence se dále prohlubuje a snižuje se neonatální mortalita a morbidita.

Na počátku 21. století je zaměření pediatrie nově nasměrováno na protidrogovou prevenci, prevenci úrazů a problematiku rizikového chování dospívajících dětí. Zvýšená pozornost je věnována intenzivní péči o děti a dorost, speciálně pedagogické problematice a implementaci Úmluvy o právech dítěte. Z lékařského pohledu je velký význam kladen na preventivní vyšetření související s problematikou životního stylu dětí, ve smyslu výživy, užívání drog, monitorování tělesné zdatnosti a onemocnění, která souvisejí s poruchou imunity a se vznikem alergických onemocnění (19).

1.1.2 Vývoj pediatrického ošetrovatelství

S vývojem dětského lékařství je úzce spojeno ošetrovatelství, které souvisí se vznikem a vývojem profese dětské sestry. Specializovaná péče o děti se vyvinula poměrně nedávno. První známky poskytování oddělené péče o děti můžeme nalézt v 18. století, kdy začaly vznikat nalezince a první dětské nemocnice. Dětské sestry se rekrutovaly z řad ošetrovatelek v nalezincích - většinou šlo o svobodné matky, osamělé ženy a vdovy, které v těchto zařízeních se svými dětmi pobývaly. Personál dětských zařízení, ať již šlo o řádové sestry nebo o civilní sestry, čerpal vědomosti pouze z vlastních zkušeností, teoretické vzdělávání neexistovalo. Poskytovaná péče byla na velmi nízké úrovni. Chyběl dostatek poznatků o nemocích, jejich příčinách, o hygieně a výživě (9,15).

Profesionální vývoj pediatrického ošetrovatelství souvisí s rozvojem dětského lékařství na přelomu 19. století. První organizované vzdělávání dětských ošetrovatelek se datuje od roku 1918, kdy byl zahájen jednoletý kurz ve Státní ošetrovatelské škole v Praze. První specializovaná ošetrovatelská škola pro dětské sestry u nás vznikla v roce 1922, a to při nemocnici Ochrany matek a dětí v Praze Krči. Tato škola byla jedinou českou školou pro přípravu dětských sester až do osvobození v roce 1945. Na počátku byla délka studia vyměřena na jeden rok, později se zkracuje na polovinu pro nedostatek odborného personálu (9,15).

Se vznikem dětských nemocnic a ostatních zdravotně-sociálních zařízení po druhé světové válce se ukázala potřeba odborně vzdělaných dětských sester. V roce 1946 vznikla v Praze Švejcárova škola pro výuku a výchovu dětských sester. Toto studium se stává od roku 1948 čtyřletým. Na přechodnou dobu se v letech 1951 / 1952 zkrátilo na tříleté, což zapříčinila značná potřeba středních zdravotnických pracovníků. Od roku 1955 se výuka opět prodloužila na čtyři roky a byly do ní znovu zavedeny předměty jako pedagogika a psychologie, později i hudební výchova, výtvarná výchova a zaměstnávání dětí (9,15).

K velké transformaci zdravotnického školství v oboru dětská sestra došlo v roce 1995, kdy bylo zcela zrušeno čtyřleté a dvouleté pomaturitní kvalifikační studium. V dalších letech nastal nedostatek dětských sester, především se projevila nedostatečná

připravenost všeobecných sester pro práci na dětských odděleních. I přes to, že o rok později byl na vyšších zdravotnických školách zaveden tříletý studijní pomaturitní obor „Diplomovaná dětská sestra“, počet absolventek nestačil pokrýt potřebu na jednotlivých odděleních dětských nemocnic. K dalším změnám přispěl Zákon č. 96/2004 Sb. V roce 2006 bylo ukončeno studium dětských sester na vyšších zdravotnických školách. Podle současné legislativy - na základě mezinárodně platných doporučení - kvalifikaci dětské sestry umožňuje studium modulového programu specializačního vzdělávání na vysokých školách (9,15,26).

1.2 Současný systém péče o dítě

Organizace péče o dítě v našem státě má velmi dobrou úroveň a vyrovná se nejvyspělejším evropským státům. Po roce 1989 dochází v našem zdravotnictví k rozdělení na dvě složky a sice na složku státní a složku soukromou (privátní). Zdravotnická péče o dítě je poskytována ambulantně, hospitalizací a pobytem ve zdravotnických či sociálních zařízeních (5).

1.2.1 Ambulantní péče

Ambulantní část zdravotnické péče představuje péči v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost, ve specializovaných pediatrických ordinacích (kardiologická, nefrologická, alergologická apod.) a pohotovostní lékařská služba.

Většina praktických lékařů pro děti a dorost (dále jen PLPDD) pracuje v současné době v soukromých ordinacích. Již neplatí územní rozdělení na zdravotnické obvody, neboť nyní mají rodiče možnost vybrat si pro péči o své dítě lékaře, kterému důvěřují. Tito lékaři spolu se sestrami pečují o dítě od narození do 19 let života, poskytují primární péči - tedy komplexní léčebně preventivní péči, včetně návštěvní služby a znají dobře nejen zdravotní stav dítěte, ale i sociální úroveň rodiny, kde dítě vyrůstá. Léčebnou péčí zde rozumíme určení správné diagnózy a nasazení adekvátní léčby. Preventivní péče je zajišťována vedením kojenecké poradny pro děti v době od narození do konce prvního roku života dítěte. Následují tzv. jednotné preventivní prohlídky v 18 měsících, ve 3 letech, v 5 letech a jednou za dva roky u školních dětí

a adolescentů. Zdravotní péče dětí je hrazena státem prostřednictvím pojišťovny, u které je dítě registrováno. Výběr zdravotní pojišťovny je dobrovolný a záleží na rozhodnutí rodičů či jejich právních zástupců. Ve vybraných soukromých všeobecných či specializovaných ambulancích, které poskytují nadstandardní péči, je část nebo celá péče hrazena přímo pacientem (5, 15, 20).

Náplní péče poskytované ambulantním zařízením je rovněž dispenzární péče, která je prováděna sledováním dětí s chronickým onemocněním, smyslovými nebo duševními vadami a dětí s postižením. Dětský lékař tak monitoruje růst a vývoj dítěte, dodržování trvalé terapie, dietních a režimových opatření a jejich vliv na ústup nebo zmírnění obtíží. Je zde důležité zdůraznit, že všechny preventivní a dispenzární prohlídky by se měly konat za přítomnosti rodičů, pro možnost informovat rodiče o výsledku vyšetření. Podle zákona o zdraví a lidu jsou veškerá preventivní opatření, která poskytuje dětský lékař povinná, proto jejich nedodržování ze strany rodičů je třeba hlásit orgánům péče o dítě při obvodních úřadech (20).

Zvláštní pediatrická péče je věnována dětem ve stacionářích, kojeneckých a dětských domovech, v dětských odborných léčebnách, ozdravovnách, sanatoriích, lázeňských léčebnách a dětských centrech (15).

1.2.2 Nemocniční péče

Hospitalizaci dítěte zajišťují dětská oddělení nemocnic. Nemocnice s dětským oddělením se u nás vyskytují jako územní, soukromé nebo jsou přímo zřizovány ministerstvem zdravotnictví.

Dětská oddělení jsou nyní součástí většinou akciových společností, příspěvkových organizací a soukromých nemocnic, ale také působí jako součást krajských a fakultních nemocnic. Poskytují ambulantní, základní i specializovanou diagnostickou a léčebnou péči dětem od narození až do 19 let života. V rámci mezinárodně uznávané Charty práv hospitalizovaného dítěte (příloha 3) je nutné všechny děti hospitalizovat na dětských a dorostových odděleních.

Lůžková část dětského oddělení se diferencuje podle věku a zdravotního stavu hospitalizovaných dětí. Novorozenecké oddělení jako součást každého gynekologicko -

porodnického oddělení zajišťuje péči o fyziologického novorozence dnes ve většině případů systémem rooming in, kdy dítě pobývá na pokoji společně s matkou. U dětí nedonošených a dětí s nízkou porodní hmotností je péče zajišťována na nedonošeneckém oddělení, které nebývá součástí každé porodnice. Transport těchto dětí provádí intenzivní novorozenecká převodní stanice. Dalšími základními stanicemi dětského oddělení je oddělení kojenců a batolat, oddělení větších dětí a dětská JIP. Oddělení krajských nemocnic poskytují vedle péče v rozsahu okresních nemocni i další specializovanou péči, jako např. kardiologickou, gastroenterologickou, alergologickou, endokrinologickou, diabetologickou a psychiatrickou. Péče v rámci nadregionálních a celorepublikových center v oblasti dětské kardiologie, transplantace, onkologie a specializované chirurgie zajišťují oddělení fakultních nemocnic. Většina nemocnic má k dispozici pokoje pro společnou hospitalizaci rodiče s dítětem. Pobyt rodiče s dítětem je dnes automaticky hrazen pojišťovnou, a to do 6 let věku dítěte. U starších dětí je nezbytné vyžádat souhlas revizního lékaře příslušné zdravotní pojišťovny. Při jeho zamítnutí si hospitalizaci hradí rodič sám (15,20).

Významnou část lůžkových zařízení pro děti tvoří také dětské léčebny, ozdravovny, sanatoria, kojenecké ústavy a ústavy sociálního zabezpečení. Léčebny, ozdravovny a sanatoria poskytují dětem dlouhodobou léčebnou, rehabilitační a doléčovací péči ve vhodných klimatických podmínkách. Kojenecké ústavy a dětské domovy zajišťují náhradní rodinnou péči. Pro děti s vážným psychickým a tělesným postižením jsou určeny ústavy sociálního zabezpečení (15,20).

1.3 Současná role sestry v pediatrii

Role všech sester a tedy i dětských sester se v průběhu let značně změnila. Zvýšily se nároky na sestru, na vyšetřování, ošetřování a mění se také role pacienta, a to z pasivního konzumenta v aktivního účastníka (3).

V dnešním pojetí ošetřovatelství je zvýrazněn holistický přístup k pacientovi, který v dětském ošetřovatelství znamená potřebu vnímat a chápat dítě jako osobnost v celé psychosomatické jednotě. Ošetřovatelská péče se již nezaměřuje pouze na ošetřovatelské výkony - jak tomu bylo v minulosti, ale především na identifikaci

individuálních potřeb dítěte a snaží se komplexním přístupem o naplnění všech těchto potřeb, a to včetně zajištění ordinací lékaře. Aktivní ošetrovatelská péče vychází z hlubokého zájmu sestry o dítě. Nemocné dítě očekává automaticky, že sestra pochopí jeho problémy a situaci, že mu zajistí pocit bezpečí, jistotu, podporu, bude předvídat komplikace a zabrání jim. Rodina očekává, že sestra bude dítěti pomocníkem, učitelem a obhájcem zároveň. V práci dětské sestry by měla převládat snaha, jež směřuje k plnému využití všech pozitivních faktorů, neboť kladné ovlivňování psychického stavu dítěte patří k základním úkolům ošetrovatelského procesu (3,13,25).

Ošetrovatelská péče o dětského pacienta je velmi náročný úkol, neboť kromě specifík diagnosticko - terapeutické činnosti musí sestra znát a respektovat věkové a vývojové zvláštnosti dítěte. V každé věkové kategorii je třeba přistupovat k dítěti poněkud odlišně. Na chování dítěte má vliv mnoho skutečností, např. přítomnost rodičů, připravenost k zákroku, poloha při vyšetřování, způsob chování sestry i lékaře. Sestra by měla také disponovat dostatečnými znalostmi o psychomotorickém vývoji dítěte, aby mohla včas rozpoznat různé odchylky a informovat o nich lékaře a rodiče.

Dnešní model péče o hospitalizované dítě vychází z osvědčeného principu „Family centered care“ - péče zaměřené na celou rodinu. Pečovatelská role se tak přirozenou cestou vrací rodině, která je nejlepším znalcem svého dítěte. V této oblasti hraje výraznou roli sociální komunikace. Sestra by měla být schopna komunikovat s rodiči, poskytnout jim srozumitelné informace a přijmout rodiče jako partnery v péči o dítě. K běžné práci sestry patří také výchovné zaměstnání dětí. V této oblasti spolupracuje nejen s rodiči, ale i s učitelkami mateřské a základní školy a snaží se o zajištění vhodných a dostatečných podnětů k zapojení dítěte do aktivní činnosti – nejčastěji hry a učení. I v tomto případě sestra musí znát zásady při výchovném zaměstnávání dětí, které se liší podle stupně vývoje a věku dítěte, jeho individuality, temperamentu, onemocněním, kterým dítě trpí apod. (3,15,24,25).

Dětský pacient vyžaduje vždy individuální přístup zdravotnického personálu. Hlavní pracovní metodou sestry pečující o dítě je dnes ošetrovatelský proces. Metoda ošetrovatelského procesu splňuje všechny požadavky současného profesionálního ošetrovatelství. Umožňuje organizovaný, systematický a komplexní přístup k dítěti.

Poskytuje prostor pro propojení k dítěti i rodičům, pomáhá rozpoznat, analyzovat a uspokojovat potřeby dítěte v celé jeho biopsychosociální jednotě - jde tedy o holistický přístup ke zdraví a k péči o člověka (10,15).

1.4 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelská činnost je dynamická – reaguje na potřeby populace, které se neustále mění a dále i na požadavky transformujících se systémů péče o zdraví. Pojem ošetřovatelský proces vznikl ve druhé polovině 20. století a vychází z akceptování vědeckého přístupu a východisek v ošetřovatelství, kterými se řídí lidské poznání. Realizace ošetřovatelského procesu umožňuje sestře výraznější zpětnou vazbu - kvalitnější péči i její pozitivní hodnocení nemocným. Ošetřovatelský proces mění tradiční a zaběhlý způsob práce sester (11,16).

1.4.1 Definice ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces je metodologií oboru ošetřovatelství. Z teoretického hlediska jde o analyticko – syntetickou metodu řešení problému, který používá kvalifikovaná sestra při hodnocení stavu klienta, plánování, realizaci a vyhodnocování činnosti ošetřovatelské péče. Z praktické stránky se ošetřovatelský proces stává systematickou, racionální metodou plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Je otevřeným, přizpůsobivým, cyklickým, dynamickým, plánovaným a cíleným systémem pracujícím individuálně s potřebami člověka. Sestává z pěti na sebe navazujících fází - posuzovací fáze, diagnostické fáze, fáze plánování, fáze realizace a fáze hodnocení.

Hlavním cílem ošetřovatelského procesu je poskytování kvalitní ošetřovatelské péče ve smyslu prevence, odstranění nebo zmírnění ošetřovatelských problémů v oblasti individuálních potřeb klienta, rodiny či komunity (6,11,18).

1.4.2 Historie ošetrovatelského procesu

Před vyvinutím ošetrovatelského procesu byla ošetrovatelská péče popisována pouze jako soubor činností sester vedených a hodnocených lékařem. Sestry poskytovaly služby na základě písemného příkazu lékaře zaměřeného více na specifické onemocnění, než na samotného nemocného. Chyběla samostatnost sester. Chybělo zaměření na holisticky vnímaného lidského jedince s jeho specifickými tělesnými, psychologickými, sociálními a spirituálními potřebami, které jsou pod přímým vlivem prostředí a kultury (6,22).

Termín ošetrovatelský proces se poprvé objevil v 50. letech a byl všeobecně uznán jako základ ošetrovatelské péče. Tento termín poprvé použila roku 1955 Hallová. Od té doby pojem ošetrovatelský proces popsalo více sester. V roce 1963 popsala Wiedenbachová tři fáze ošetrovatelství, později Knowledsová navrhla pět atributů ošetrovatelské činnosti. Roku 1967 Západní mezistátní komise o vyšším vzdělání (Western Interstate Commission on Higher Education) uvádí pět kroků ošetrovatelského procesu: percepci, komunikaci, interpretaci, intervenci a vyhodnocení. Zároveň byl ošetrovatelský proces komisí označen za „vzájemný vztah mezi pacientem a sestrou v daném prostředí; to zahrnuje chování pacienta a sestry a výsledné interakce“ (WICHE, 1967) (6, str.165).

V klinické praxi se využití ošetrovatelského procesu poprvé legitimizovalo v USA v roce 1973. V této době Americká ošetrovatelská asociace (ANA) uveřejnila „Standard ošetrovatelské praxe“ a uvedla, že se ošetrovatelský proces skládá z pěti fází: zhodnocení, diagnostiky, plánování, realizace a vyhodnocení. S postupným uplatněním ošetrovatelského procesu v praxi se začal používat i termín sesterská diagnóza, který sloužil jako označení potřeb a problémů pacienta. První národní konference o klasifikaci sesterských diagnóz se konala v roce 1973. Zde byla definována jako závěr či úsudek, který je výsledkem posouzení sestrou. To odstartovalo sled konferencí o sesterských diagnózách, které se konaly každé dva roky. Výsledkem bylo založení organizace Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA), která v roce 1990 vydala asi 100 diagnostických kategorií. Definitivní podobu dnešnímu ošetrovatelskému procesu dal roku 1982 National Council

of State Boards of Nursing, když definoval a popsal pěti krokový ošetřovatelský proces v termínech: posuzování, analýza, plánování, realizace a vyhodnocení (6,11).

1.4.3 Výhody ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces má všeobecné využití za nejrůznějších situací. Metodu ošetřovatelského procesu lze použít jako rámec pro poskytování péče u všech typů zařízení, kde se poskytuje ošetřovatelská péče a to pacientům všech věkových kategorií. Ošetřovatelský proces je přínosný jak pro pacienta, tak samozřejmě i pro sestru (6).

Výhody pro pacienta spočívají v obdržení kvalitní ošetřovatelské péče uspokojující všechny jeho potřeby. Plán péče je sestaven systematicky, je dostupný všem osobám pečujícím o pacienta, což zabraňuje nejen opakovaným žádostem o informaci, ale také zamezuje případné preferenci v poskytování péče. Ošetřovatelský proces dále zaručuje návaznost a kontinuitu péče a klade velký důraz na účast klientů na péči, čímž zvyšuje zodpovědnost za zdraví u pacientů (6,11).

Pro sestru ošetřovatelský proces znamená především nutnost důsledného a systematického ošetřovatelského vzdělání. Důsledně sepsané ošetřovatelské plány přinášejí sestřám pocit jistoty, že se intervence zakládají na správném ohodnocení pacientových problémů a vylučují tak nekoordinované zásahy, což přináší sestřám uspokojení z dobře vykonané práce. Ošetřovatelský proces zvyšuje zručnosti a dovednosti sester a pokud se dodržují všechny fáze procesu, zaručuje splnění všech zákonných povinností sestry vůči pacientovi. Prostřednictvím ošetřovatelského procesu může sestra realizovat „standarty ošetřovatelské praxe“ a pomoci tak splnit standardy akreditovaného pracoviště (6,11).

1.5 Ošetřovatelský proces v ČR

Pojem ošetřovatelský proces nebyl v České republice užíván do konce osmdesátých let. Nové poznatky v ošetřovatelském oboru přinesla až řada realizovaných zahraničních projektů, jako např. PHARE, HOPE, USAID, AIHA a další. Došlo ke zveřejnění řady odborných ošetřovatelských publikací a následné modifikaci učebních osnov na středních a vyšších zdravotnických školách a na

univerzitách s ošetrovateľským studijním programem. Studium ošetrovateľského procesu tak bolo zahájeno na školách s ošetrovateľským vzdelávaním a také v rámci doškolicích kurzů či odborných seminářů (8).

Metoda ošetrovateľského procesu je v súčasnosti medzi profesionály v ošetrovatelství poměrně známá. Činnost zdravotníckých pracovníků a jiných odborných pracovníků v České republice stanovuje vyhláška č. 424/2004, kde konkrétne v paragrafu 4, odstavci (1) stojí, že všeobecná sestra „.....zajišťuje základní a specializovanou ošetrovateľskou péči prostredníctvom ošetrovateľského procesu“. sestry tedy mají pečovat o klienta metódou ošetrovateľského procesu (23).

Ošetrovateľský proces je zaveden nebo se zavádí na mnoha nemocničných oddeleniach v České republice. O realizaci ošetrovateľského procesu v praxi vypovídá mimo jiné také výzkumná práce „Realizace ošetrovateľského procesu v ČR“, ktorá byla realizovaná katedrou ošetrovatelství Zdravotně sociální fakulty - Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, a sice v letech 2004 – 2006. Tento výzkumný projekt oslovil 2057 staničných sester z různých typů zdravotníckých zařízení. Bylo potvrzeno, že na väčšine zkoumaných pracovných miest sestry pracujú metódou ošetrovateľského procesu. Tento výzkum ukázal, že sestry provádějí zhodnocení svého klienta do 8 hodin po jeho prijetí, že na základě zjištěných informací vypracujú plán ošetrovateľské péče a saturujú potreby svých klientů. I přesto, že statistická analýza ukázala na to, že se sestry stále více orientujú na zajištění fyzických potreb a potreby psychické, sociální a spirituální odsouvají na nižší pozice svého zájmu, jde celkově o velmi pozitivní výsledek, který vypovídá o tom, že realizace ošetrovateľského procesu v České republice je na dobré úrovni (18).

1.6 Ošetrovateľský proces v pediatrii

Ošetrovateľský proces v pediatrii vyžaduje od sestry nejen citlivý prístup k dieťati a jeho rodine, ale i respektování specifických požadavků na ošetrovaní vyplývajících z jednotlivých vývojových období detského veku.

V prvej fázi ošetrovateľského procesu - pri prvom kontakte s dieťatom a jeho rodičmi - má sestra za úkol sbírat anamnestická data, tato data ověřovat a třídit. Čím více

informací má možnost sestra získat, tím je obraz o dítěti objektivnější. Sestra se neopomene zaměřit na rodinu a prostředí, kde dítě žije. Zdrojem informací pro sestru je dítě samotné a rodiče či ostatní pečující osoby, zdravotničtí pracovníci (jiné sestry, sociální pracovníce, fyzioterapeut, psycholog, logoped), zdravotní záznamy - ošetřovatelská překládová zpráva, ambulantní karta, výsledky vyšetření - např. výška, hmotnost, BMI a v neposlední řadě i literatura - ošetřovatelská literatura, odborné časopisy, metodické pokyny, standardy, percentilové grafy. Informace sestra získává od vyšetřovaného dítěte a jeho doprovodu při rozhovoru, pozorování a fyzikálním vyšetřením dítěte. Sběr ošetřovatelské anamnézy je klíčový pro systematickou péči o dítě. Při péči o dítě v nemocnici není vhodné okamžitě vyplňovat ošetřovatelskou anamnézu, neboť dítě i rodiče potřebují určitý čas pro adaptaci na nově vzniklou situaci a cenné informace nám mohou poskytnout až později - v následujících 24 hodinách.

Ve druhé fázi ošetřovatelského procesu - diagnostické fázi - sestra získaná data analyzuje a zpracovává do ošetřovatelských diagnóz. Rozlišuje aktuální a potenciální ošetřovatelské problémy a to v oblasti zdravotní, sociální a psychické. Ošetřovatelské diagnózy pak stanoví buď jako dvousložkové, kde definuje problém a etiologii nebo tříložkové, kde se definuje problém, etiologie a symptom. Z hlediska hodnocení efektivity poskytované ošetřovatelské péče se za nejpříjemnější považuje používat druhou uvedenou variantu ošetřovatelské diagnózy.

Třetí fáze ošetřovatelského procesu představuje plánování ošetřovatelské péče. Nyní je nutné stanovit si priority v péči o dítě, formulovat cíle a měřitelná kritéria. Plán sestra vytváří v souladu s ostatními léčebnými postupy, využívá také různé hodnotící škály a konzultuje plán s rodiči i s dítětem a s ostatními členy zdravotnického týmu.

Realizace ošetřovatelské péče je čtvrtou fází ošetřovatelského procesu. Sestra realizuje jednotlivé intervence a kontroluje, zda a jak se plán péče plní. Naplánované intervence provádí a následně zapisuje do záznamu realizace ošetřovatelské péče. Intervence, které sestra provádí, můžeme rozdělit na intervence závislé (na základě ordinace lékaře), nezávislé aktivity sestry a vzájemné intervence (spolupráce v rámci celého zdravotnického týmu). V péči o děti se aplikují kromě obecně platných zásad současného ošetřovatelství i specifika pediatrického ošetřovatelství. Dětská sestra má

předpokládat strach dítěte a záleží velmi na jejím přístupu a schopnosti strach u dítěte zmírnit. Dětský pacient je vždy o mnoho citlivější, nekritizuje, nedožaduje se, ale pamatuje si. Vztah sestry k dítěti a matce tak určuje i kvalitu ošetrovatelské péče.

Poslední fází je hodnocení ošetrovatelské péče, kdy sestra porovnává plán a realizaci ošetrovatelské péče. Zjišťuje, na kolik byl plán splněn, zda jsme dosáhli s dítětem vytýčeného cíle nebo zda se v průběhu léčby priority i cíle změnil. Nutno podotknout, že hodnocení péče není pouze jednorázová záležitost, ale mělo by se provádět průběžně a tím častěji, čím je zdravotní stav dítěte závažnější. Hodnocení ošetrovatelské péče je také významným ukazatelem kvality a kontinuity poskytované péče (13,15).

1.7 Ošetrovatelská diagnostika

Ošetrovatelskou diagnostikou rozumíme druhou fází ošetrovatelského procesu, kdy sestra na základě vyhodnocení zjištěných informací stanovuje charakter a rozsah ošetrovatelských problémů. Sestra se zaměřuje na konkrétní ošetrovatelské problémy, tzn. na celostní reakce jednotlivce, rodiny či komunity, jež se objevují a které je sestra schopna předvídat na základě své odbornosti (11,16,22).

Ošetrovatelská diagnóza tak vlastně verbalizuje pacientovy potřeby a problémy, které může adekvátně zvolená a provedená ošetrovatelská péče ovlivnit. Ošetrovatelská diagnóza je stěžejní bod pro plánování vhodné ošetrovatelské péče, protože shrnuje závěry hodnocení nemocného sestrou (17).

1.7.1 Definice ošetrovatelské diagnózy

Termín diagnóza pochází z řeckého „diagignoskein“, což značí rozeznávat, označovat, odlišovat (17).

Devátá Národní konference o klasifikaci sesterských diagnóz v roce 1990 v USA stanovuje následující definici sesterské diagnózy:

„Sesterská diagnóza je klinický závěr o odpovědích jednotlivce, rodiny či komunity na skutečné nebo potenciální zdravotní problémy či životní proces. Sesterské diagnózy

poskytují základ pro výběr ošetrovatelských zásahů k dosažení výsledků, za které je sestra zodpovědná“ (6, str.190).

1.7.2 Historie ošetrovatelské diagnózy

Již Florence Nightingaleová zastávala názor, že ošetrovatelství a ošetrovatelská péče nejsou vymezovány pouze lékařským rozhodnutím. K historickým změnám v pojetí ošetrovatelského oboru vedla situace po druhé světové válce ve Spojených státech amerických. Tehdejší doba se vyznačovala výrazným nedostatkem zdravotníků a obavami státu o zajištění kvalitní péče o zdraví lidu v tak geograficky rozsáhlé zemi. To vedlo k prudkému rozvoji oboru, jeho paradigmat i terminologie a k následnému vykrytalizování ošetrovatelství směrem k vědnímu oboru (8).

Pojem ošetrovatelská diagnóza se objevuje v zahraniční odborné literatuře již v roce 1950, kdy V. Fry použil sesterské diagnostikování na popsání kroku nezbytného při tvorbě a vývoji plánu ošetrovatelské péče. V roce 1957 Abdellová definovala sesterskou diagnózu jako určení charakteru a rozsahu ošetrovatelských problémů, které vznikly u jednotlivých pacientů či rodin, jimž je poskytována ošetrovatelská péče. Neopomeňme také Kingovou, která v roce 1967 výrokem „Co je to ošetrovatelská diagnóza?“ vzala odborné veřejnosti tradiční představu o tom, že diagnostický proces je užíván pouze lékaři (6,8,22).

Prvotní začátky aktivit týkajících se rozvoje ošetrovatelské diagnostické terminologie souvisí se jmény amerických autorek K. Gebbieové a M. A. Lavinové, které sestavily pracovní skupinu, jež se věnovala tématům názvosloví a klasifikace ošetrovatelských diagnóz. Tento tým se pravidelně scházel každé dva roky.

Ve stejné komunitě vědeckých pracovníků vznikl současně další tým, který se orientoval na přípravu a pořádání terminologických konferencí. V roce 1973 se tak uskutečnila První národní konference o klasifikaci ošetrovatelských diagnóz, na kterou poté navazovala série dalších aktivit. V roce 1974 byl vydán první konferenční sborník, jež se ve dvouleté frekvenci vydává doposud. Významným okamžikem bylo dále založení databanky informačních zdrojů, nazvané „Clearing-house for Nursing Diagnoses“. Tato databanka plnila funkci depozitáře či materiálů o ošetrovatelské

diagnostice, vydávala informační bulletin, koordinovala plánování konferencí a distribuovala bibliografii k vyvinutým diagnostickým kategoriím (21).

Mezi velmi významné aktivity patří v roce 1982 vznik asociace NANDA – North American Nursing Diagnoses Association (Severoamerická asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku), ve které se dnes sdružují sestry ze Severní i Jižní Ameriky, Kanady, Evropy a Asie. V osmdesátých letech začínají na NANDA diagnostice spolupracovat rovněž profesionálové z oboru ošetrovatelství z Evropy a Asie. V roce 1990 - na deváté konferenci NANDA - všeobecné shromáždění definovalo sesterskou diagnózu do současné podoby - viz. definice sesterské diagnózy (8,21).

1.7.3 Charakteristiky ošetrovatelské diagnózy

Jak již zde bylo zmíněno - ošetrovatelská diagnóza je závěrem provedeným sestrou po pečlivém posouzení a systematickém sběru údajů o pacientovi. Zahrnuje pouze oblasti v rámci schopnosti a kompetence sestry – tedy takové oblasti, které je sestra schopná a kompetentní diagnostikovat, jako např. změny ve výživě pacienta, nedostatek informací o stávajícím stavu, projevy strachu a úzkosti u pacienta atd. Na vytváření ošetrovatelské diagnózy se podílejí i ostatní zdravotničtí pracovníci, přesto odpovědnost za ošetrovatelskou diagnózu nese sestra. Sestra může diagnostikovat nejen stávající potřeby a problémy, ale i problémy potenciální, tedy takové, které mohou nastat v budoucnosti (17).

Ošetrovatelská diagnóza není kopií diagnózy lékařské. Lékařská diagnóza slouží jako označení chorobného stavu či poruchy zdraví a je popisována stručnými frázemi ze dvou až tří slov. Sesterská diagnóza se liší tím, že popisuje do jaké míry nemoc ovlivňuje kvalitu života postiženého, jakým způsobem mění jeho soběstačnost, jaké další problémy a trápení člověku přináší. Formulaci sesterské diagnózy tvoří stanovisko složené až ze tří částí popisující etiologii i projevy stavu pacienta. Některé sesterské diagnózy jsou dlouhé, obsáhlé a komplexní. Cílem péče vycházející z ošetrovatelské diagnózy je dosažení komplexní maximálně možné psychické a fyzické pohody. Lékařská diagnóza se oproti tomu zaměřuje převážně na chorobu (6,17).

1.7.4 Diagnostický proces

Diagnostický proces dnes používá většina sester pracujících v nemocnicích, ambulancích či v terénní oblasti. Diagnostický proces je procesem analýzy a syntézy získaných dat a poznatků. Vyžaduje od sestry schopnost kritického myšlení, objektivitu, rozhodování, induktivní a deduktivní usuzování. Diagnostický proces se v ošetrovatelství skládá ze čtyř fází (6,17).

V první fázi - ve fázi utřídění a vyhodnocení informací - sestra vyhodnocuje a interpretuje shromážděné informace. V prvé řadě je potřeba vybrat takové informace, které jsou pro ošetřování pacienta stěžejní a potřebné. Poté je třeba se zaměřit na doplnění informací chybějících či nejasných a předat důležité údaje ostatním zdravotnickým pracovníkům (17).

Stanovení zdravotních problémů pacienta a potřeb ošetrovatelské péče je druhá fáze diagnostického procesu. V této fázi slouží získané informace jako podklad pro stanovení ošetrovatelské diagnózy, která je vyjádřením pacientova problému. Je důležité, pokud je to možné, o problému s pacientem či rodinným příslušníkem hovořit a společně se tak dopracovat k závěrečné ošetrovatelské diagnóze (17).

Třetí fázi diagnostického procesu tvoří samotné formulování ošetrovatelské diagnózy. K definování pojmu ošetrovatelská diagnóza můžeme dle M. Gordonové použít dva přístupy. Za prvé je to definice konceptuální, která obsahuje ohnisko pozornosti a sděluje nám význam pojmu „ošetrovatelská diagnóza“. Druhým způsobem definování ošetrovatelské diagnózy je dle Gordonové definice strukturální popisující jednotlivé komponenty, ze kterých se ošetrovatelská diagnóza skládá. Tyto komponenty jsou dány tzv. „PES strukturou“ a „PRF strukturou“. Ve „struktuře PES“ písmeno P představuje název ošetrovatelského problému (neboli ošetrovatelskou diagnózu s kódem), písmeno E popisuje etiologické faktory a písmeno S zde zastupuje charakteristické symptomy či znaky. „Strukturu PES“ volíme pro formulování individuální ošetrovatelské diagnózy, která se vyskytuje u pacienta v současnosti. U „struktury PRF“ písmeno P označuje potenciální ošetrovatelský problém (název potenciální ošetrovatelské diagnózy s kódem) a písmena RF představují první písmena slov rizikové faktory. Potenciálními ošetrovatelskými problémy rozumíme takové

problémy, které se v současné době u pacienta nevyskytují, ale stávající rizikové faktory ukazují na vysoké riziko jejich vzniku (8).

Závěrečnou fází diagnostického procesu je stanovení priority diagnóz. Ošetrovatelské problémy formulované do ošetrovatelských diagnóz je potřeba na konci diagnostického procesu seřadit podle naléhavosti a pořadí, v jakém je nutno je řešit. Prioritní jsou vždy život ohrožující stavy. Pokud nejde o akutní situaci, měly by se priority stanovovat společně s pacientem a jeho rodinou (17).

Stanovení ošetrovatelské diagnózy by se nemělo stát pouze formální a rutinně vykonanou činností sestry. Na denních sesterských vizitách by sestry měly hovořit o problémech svých pacientů, diskutovat a nacházet společná řešení. Teprve takto lze hovořit o týmové práci a teprve takto má ošetrovatelská činnost smysl (16).

1.7.5 Diagnostický algoritmus

K přesnému sestavení ošetrovatelské diagnózy dnes sestřám slouží tzv. diagnostický algoritmus, pomocí kterého jsou schopny uvést znaky a faktory diagnóz do souvislostí a pružně a přemýšlivě diagnostikovat.

Diagnostický algoritmus se skládá ze tří fází. První fáze se týká diagnózy aktuální, druhá fáze se soustředí na diagnózu potenciální a třetí fáze tohoto diagnostického algoritmu je zaměřena na diagnózy k podpoře zdraví (7).

V první fázi - při rozpoznávání přítomnosti aktuálních ošetrovatelských diagnóz v konkrétní vyšetřované třídě - se doporučuje zaměřit se v první řadě na to, zda nalzáme u posuzovaného jedince určující znaky (příznaky), které odpovídají aktuálním diagnózám dané třídy - I. diagnostický krok. Pokud tomu tak je, zjišťujeme, jaké související faktory (etiologie) u daného jedince nalzáme - II. diagnostický krok. Ke III. diagnostickému kroku přistupujeme v případě, že jsme našli kombinaci alespoň jednoho určujícího znaku s jedním souvisejícím faktorem sledované diagnózy. Pokud tomu tak je, zapíšeme do ošetrovatelské dokumentace nalezenou dysfunkční potřebu - tedy název ošetrovatelské diagnózy s číselným kódem (7,8).

Ve druhé fázi - při rozpoznávání potenciálních ošetrovatelských diagnóz u konkrétní vyšetřované třídy se zaměříme na to, zda u posuzované osoby nalzáme

rizikové faktory, jež náleží do potenciálních diagnóz dané třídy - I. diagnostický krok. Poté je potřeba rozlišit, ke které potenciální diagnóze nalezené rizikové faktory přísluší. Takto lze stanovit potenciální ošetrovatelskou diagnózu s mezinárodním číselným kódem - II. diagnostický krok (8).

Třetí fází diagnostického algoritmu je nalezení diagnóz k podpoře zdraví. Jak již z názvu vyplývá, nyní se soustředíme na diagnózy, které nejsou dysfunkční potřebou (a tedy ošetrovatelskou diagnózou) v pravém slova smyslu. Jde o takové situace, kdy se posuzovaná osoba ve prospěch zdraví chová vhodně, přesto je v určité oblasti při vhodném edukačním působení možné dosáhnout zlepšení. Tomuto typu diagnóz se věnují především ošetrovatelští profesionálové, kteří působí v dlouhodobé primární, rodinné či komunitní péči a také ti, kteří pracují v rámci následné péče(7).

1.7.6 Systém klasifikace ošetrovatelských diagnóz (taxonomie)

Moderní ošetrovatelství má snahu sjednotit ošetrovatelskou terminologii. Tato snaha je výsledkem činnosti několika mezinárodních sesterských organizací, které se orientují výhradně na jednotné označování (taxonomii) ošetrovatelských diagnóz (17).

Nejznámější taxonomií je systém NANDA - International, který vypracovala a dlouhodobě korigovala Americká asociace pro ošetrovatelské diagnózy (North American Nursing Diagnoses Association) a který obsahuje soubory určujících znaků a souvisejících nebo rizikových faktorů pro každou konkrétní ošetrovatelskou diagnózu. Nejvíce aktuální systém taxonomie sesterských diagnóz byl v roce 2000 předložen taxonomickým výborem NANDA. Tato klasifikace je označena jako NANDA taxonomie II. Diagnózy zde nalezneme zařazené do jednotlivých domén vycházejících z modelu Gordonové. Domény jsou zde seřazeny následovně: 1. Doména - podpora zdraví, 2. Doména - výživa, 3. Doména - vylučování a výměna, 4. Doména - aktivita x odpočinek, 5. Doména - vnímání – poznávání, 6. Doména - vnímání sebe sama, 7. Doména - vztahy, 8. Doména - sexualita, 9. Doména - zvládání zátěže - odolnost vůči stresu, 10. Doména - životní principy, 11. Doména - bezpečnost a ochrana, 12. Doména - komfort, 13. Doména - růst / vývoj. Každá jednotlivá doména je dále podrobněji strukturována do dílčích tříd a každá třída

obsahuje sumu diagnóz včetně mezinárodních číselných kódů pro každou diagnózu. K sestavení diagnózy je šikovné a systematické postupovat podle již dopodrobna popsaného diagnostického algoritmu, se kterým nás seznamuje autorka Marečková v publikaci Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách (7,8,14,17).

1.7.7 ACENDIO

Na tvorbě Mezinárodní klasifikace ošetrovatelské praxe spolupracuje NANDA (North American Nursing Diagnoses Association) nejen s Mezinárodní radou sester (International Council of Nurses, ICN), ale i s mezinárodní organizací ACENDIO (Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes). ACENDIO je tedy evropská organizace, která má obdobnou funkci jako NANDA.

ACENDIO vznikla v roce 1995 pod patronátem Royal College of Nursing ve Velké Británii se sídlem v Londýně. Obdobně jako NANDA i ACENDIO pořádá konference o ošetrovatelských diagnózách. První konference se konala roku 1997, druhá v roce 1999, třetí v březnu roku 2001, mimořádná konference měla konání ve Vídni v roce 2002, čtvrtá konference se uskutečnila v Paříži v roce 2004 a pátá v roce 2005 ve Slovinsku. První prezidentkou stojící v čele této organizace se stala J. Clarková z Velké Británie. V současné době ACENDIU předsedá od roku 2002 prezidentka Dr. Goosen z Holandska (21).

Hlavní úlohou ACENDIO se v současné době stává sjednocení ošetrovatelské terminologie v Evropě. To jistě není jednoduchý úkol, neboť komunikace mezi sestrami je ovlivňována nejen jazykovou bariérou, ale i biomedicínským pojetím ošetrovatelství a s ním úzce spojeným způsobem myšlení sester a úrovní jejich vzdělání. Hlavní iniciativu v tomto směru přebírají země, které mají „Národní vzdělávací centra pro výzkum v ošetrovatelství“ a univerzitní pracoviště, kde se vzdělávání a výzkum v ošetrovatelské oblasti uskutečňuje. Mezi tyto země současnosti patří: Holandsko, Itálie, Velká Británie apod. (21).

Stejně jako NANDA i ACENDIO si klade za cíl spolupracovat na vytvoření mezinárodní standardní terminologie akceptovatelné pro celou Evropu. Tato terminologie by měla obsahovat všechny oblasti ošetrovatelství, jako jsou diagnostika,

intervence, očekávané výsledky a další klasifikace. Mezi další (neméně důležité) cíle ACENDIO patří aktivní uvádění této terminologie do praxe a usnadnění tak předávání informací mezi sestrami. V neposlední řadě se ACENDIO zaměřuje také na umožnění aktivní spolupráce členů profesních organizací všech zemí Evropy, jež se na tvorbě a uplatnění ošetrovatelské terminologie podílejí.

Výsledkem spolupráce ACENDIO a NANDA má být Mezinárodní taxonomie sesterských diagnóz (Conditions that Necessitate Nursing Care, CNNC), jež by měla být zahrnuta do revidované Mezinárodní klasifikace chorob (International Classification of Diseases, ICD) (21).

1.8 Ošetrovatelská diagnostika v pediatrii

Ošetrovatelská diagnostika u dětského pacienta má svá specifika, která vyplývají z jednotlivých vývojových období dítěte, ze závažnosti daného onemocnění, ale také ze schopnosti sestry pozitivně působit na dítě a jeho doprovod.

Velmi důležité pro kvalitní provedení ošetrovatelské diagnostiky u dítěte jsou znalosti a zkušenosti sestry s hodnocením stavu dítěte, přičemž úroveň sociální inteligence sestry - tedy schopnosti sestry citlivě komunikovat s dítětem a jeho rodiči – je stejně důležitá jako vědomosti sestry o jednotlivých stádiích psychomotorického vývoje dítěte. Pro sestavení přesné ošetrovatelské diagnózy u dítěte by měla sestra disponovat znalostmi všech fází diagnostického procesu a diagnostického algoritmu (4).

1.9 Ošetrovatelské diagnózy v pediatrii

Ošetrovatelská péče o dětského pacienta není totožná s péčí o pacienta dospělého a proto vznikla přirozená potřeba o vytvoření diagnóz všeobecně zaměřených na dětský věk, od kojeneckého období po dospívání. Vytvoření ošetrovatelských diagnóz v pediatrii napomůže k jednotnému přístupu v ošetrování včetně jednotné terminologie v péči o děti a dospívající, což samozřejmě povede ke zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče (1).

V současné době jsou u nás známy dvě publikace dětských ošetrovatelských diagnóz. Ošetrovatelské diagnózy v pediatrii a Ošetrovatelské diagnózy v neonatologii

jsou založeny na přeložené literatuře vypracované Severoamerickou asociací sester, jež se orientuje na tvorbu ošetrovatelských diagnóz (NANDA). Autorka (Fendrychová) se v obou publikacích držela stejných názvů diagnóz jako v Kapesním průvodci zdravotní sestry a v dalších českých publikacích a to pro ujednocení názvosloví. Diagnózy jsou vytvořeny a sestaveny univerzálně proto, aby každá dětská sestra pracující jak na klinických pracovištích, tak i v primární a komunitní péči, mohla z těchto diagnóz vycházet a dle potřeby je individuálně upravovat. V obou publikacích nejsou diagnózy opatřeny kódy, ale jsou seřazeny abecedně.

Ve schématu ošetrovatelských diagnóz v neonatologii autorka vybrala 32 nejčastějších ošetrovatelských diagnóz, se kterými se sestra setkává na novorozeneckém oddělení a také na jednotkách intenzivní péče. Dále zde najdeme přehled „Vybraných lékařských diagnóz a k nim příslušející ošetrovatelské diagnózy“ a „Ošetrovatelské diagnózy podle potřeb dítěte“ (příloha 4), což považuji za nápomocné k přesnější a včasné diagnostice (1,2).

1.9.1 Některé otázky dětských ošetrovatelských diagnóz

U dětí se často setkáváme ze stavem, kdy z nejrůznějších příčin krvácejí a mnohé profesionální dětské sestry se často ptají, zda je v jejich kompetenci samostatně předepsat intervence směřující k odstranění krvácivých projevů. Odpověď (dle Fendrychové a Zouharové) zní: Ano. V některých případech sestra přímo musí, a to v případech krvácení ze vpichů, z rány či z nosu. U dalších případů může sestra určit intervence týkající se monitorace, např. při krvácení ze žaludku, krvácení do stolice, či při výskytu krve v moči – sleduj (množství, charakter, barvu, zápach apod.) a zajisti (vzorek moči, stolice, sputa apod.). Jestliže tedy patří mezi uznané a užívané ošetrovatelské diagnózy Zácpa, Průjem a další, má i své opodstatnění ošetrovatelská diagnóza Krvácení, neboť jde rovněž o objemovou ztrátu tělesných tekutin a tu sestra umí diagnostikovat (4).

Dalším specifickým stavem, se kterým se u dětí sestra setkává poměrně často, jsou křeče. Křeče jsou projevem záchvatovitěho onemocnění a zde se opět střetáváme s otázkou, zda sestra může samostatně provádět intervence k jejich tlumení nebo

vyloučení. Odpověď zní ano, ale pouze tehdy, pokud již lékař určil příčinu křečí a předepsal odpovídající terapii. Pokud se tedy v tomto případě křeče znovu objeví (např. u drogově závislé maminky v době abstinenčních příznaků), sestra může pochovat dítě a zklidnit jej, zavázat do zavinovačky s rukama přitáženými k trupu, nebo využít „klokánka“ a nosit děťátko těsně přimknuté ke svému tělu. V případě febrilních křečí je sestra kompetentní k tomu, aby snižovala tělesnou teplotu chladnými obklady, zábaly, atd. (4).

Obě tyto příkladem uvedené ošetrovatelské diagnózy (a mnoho dalších) můžeme nalézt v již zmiňované publikaci Ošetrovatelských diagnóz od Fendrychové, a to včetně charakteristických projevů, očekávaných výsledků a celkem vyčerpávajících intervencí.

Takto ujednocená terminologie ošetrovatelských diagnóz v pediatrii a neonatologii se stává důležitou pomůckou pro tvorbu ošetrovatelských diagnóz v dětském věku a tedy významnou součástí diagnostické fáze ošetrovatelského procesu v pediatrii (2).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, zda sestry znají ošetrovatelské diagnózy v pediatrii.

Cíl 2: Zjistit, zda sestry používají ošetrovatelské diagnózy v praxi.

Cíl 3: Zjistit, co sestry považují za největší překážku při používání ošetrovatelské diagnostiky v pediatrii.

2.2 Hypotézy práce

Hypotéza 1: Sestry znají ošetrovatelské diagnózy v pediatrii.

Hypotéza 2: Sestry používají individuálně ošetrovatelské diagnózy v pediatrii.

Hypotéza 3: Za největší překážku při používání ošetrovatelské diagnostiky v pediatrii sestry považují nedostatek času.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Bakalářská práce byla zpracována na základě informací získaných kvantitativním výzkumem za použití techniky dotazování, metody dotazníku. Dotazník obsahoval 24 otázek a byl anonymní. K identifikaci zkoumaného vzorku byly použity otázky 1 až 4. Otázky 5 až 13 byly zvoleny za účelem zjištění znalostí a vědomostí sester z teoretické oblasti ošetrovatelského procesu a ošetrovatelské diagnostiky. Postoje a názory sester na otázku problematiky ošetrovatelských diagnóz v pediatrii byly zjišťovány prostřednictvím otázek 14 až 24. Výzkumné šetření bylo doplněno o obsahovou analýzu dat, konkrétně o analýzu způsobu zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz do dokumentace.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

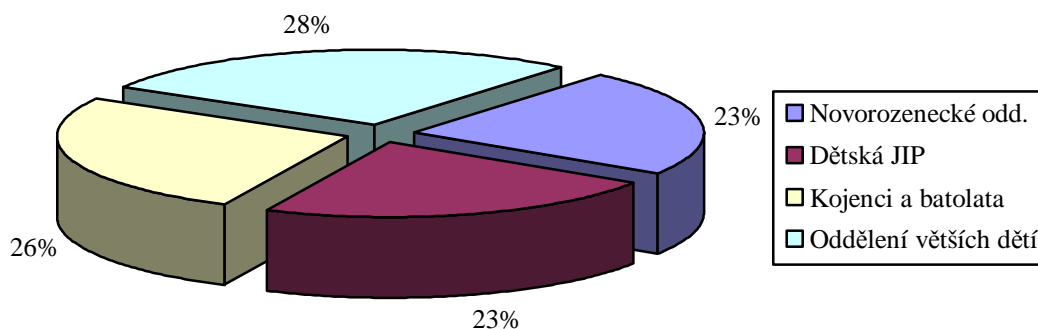
Výzkumné šetření bylo zaměřeno na cílové skupiny sester pracujících na dětských odděleních v Nemocnici Pelhřimov p. o. a v Nemocnici Havlíčkův Brod p. o. Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků, z toho bylo navraceno zpět 64 dotazníků, tj. 80 %, po kontrole správnosti vyplnění byly 3 dotazníky pro neúplnost vyřazeny. Ve studii bylo zpracováno celkem 61 dotazníků. Návratnost byla 76 %.

Obsahová analýza dokumentů byla uskutečněna na všech dětských odděleních vybraných nemocnic u celkem 16 náhodně vybraných zdravotnických dokumentací. Šetření proběhlo v průběhu měsíce února 2009.

4. Výsledky

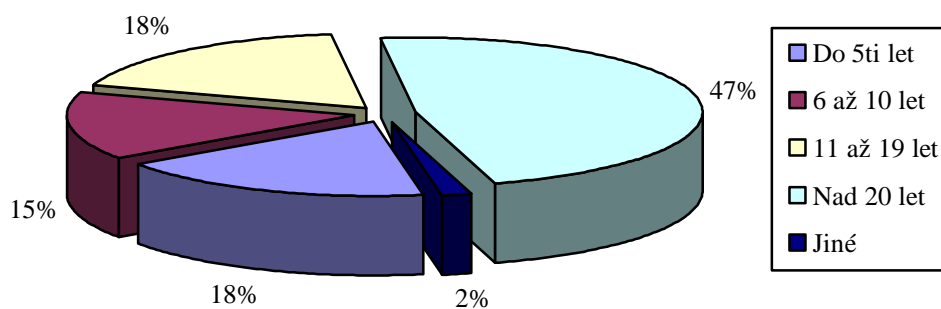
4.1. Výsledky z dotazníků pro sestry

Graf 1 Pracoviště sester



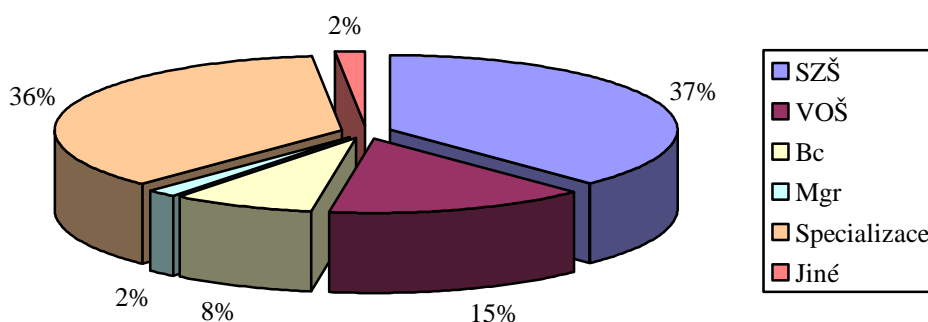
Z 61 (100 %) dotazovaných respondentů 14 (23 %) pracuje na novorozeneckém oddělení, 14 (23 %) respondentů na dětské JIP, 16 (26%) na oddělení kojenců a batolat a 17 (28 %) respondentů pracuje na oddělení větších dětí.

Graf 2 Délka praxe u lůžka



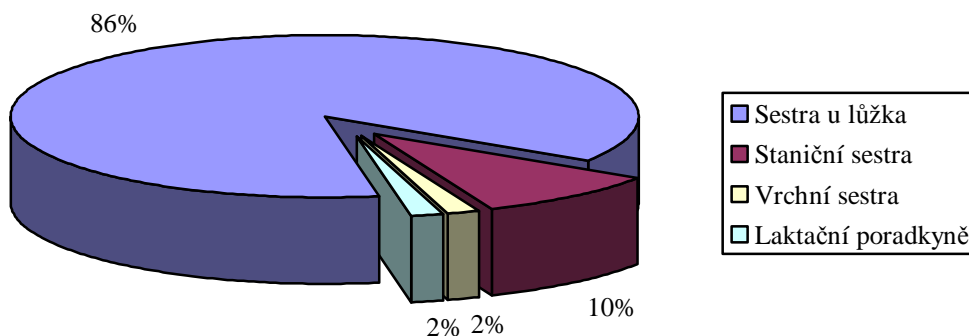
Z 61 (100 %) dotazovaných respondentů 11 (18 %) pracuje u lůžka po dobu od 1 do 5 let. Praxi u lůžka od 6 do 10 let udává 9 (15 %) respondentů. Po dobu od 11 do 19 let pracuje u lůžka 11 (18 %) respondentů. 29 (47 %) respondentů udalo délku praxe u lůžka nad 20 let. 1 (2 %) respondent na tuto otázku odpověděl „jiné“.

Graf 3 Nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání respondentů



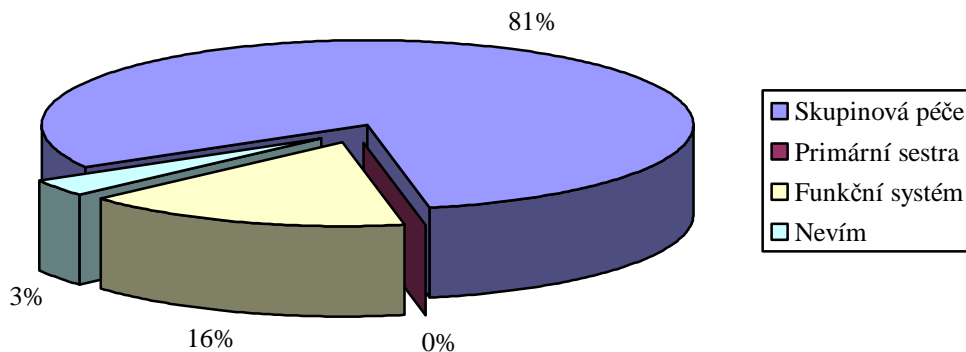
Z 61 (100 %) dotazovaných respondentů 23 (37 %) dosáhlo středně zdravotnického vzdělání. Na vyšší odborné škole dokončilo studium 9 (15 %) respondentů, bakalářské studium na vysoké škole dostudovalo 5 (8 %) respondentů, 1 (2 %) respondent dokončil magisterské studium. Specializaci v odpovědi uvedlo 22 (36 %) respondentů a možnost „jiné“ zvolil 1 (2 %) respondent a uvedl porodní asistentku.

Graf 4 Pracovní zařazení



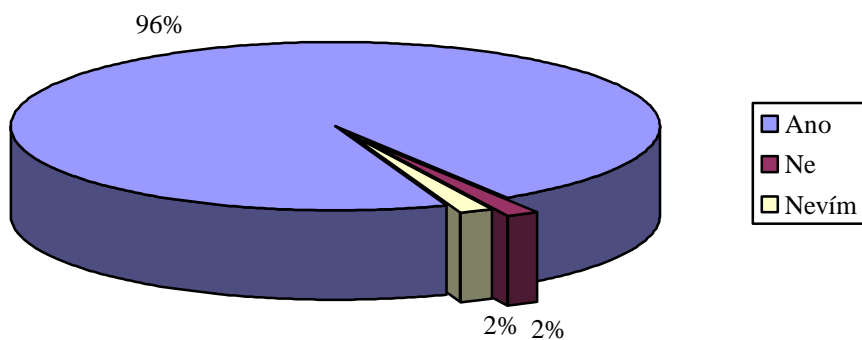
Z 61 (100 %) dotazovaných respondentů pracuje 53 (86 %) respondentů jako sestra u lůžka, 6 (10 %) je staničních sester, 1 (2 %) respondent uvedl pozici vrchní sestry a 1 (2 %) respondent uvedl pracovní zařazení laktační poradkyně.

Graf 5 Organizace práce sester na oddělení



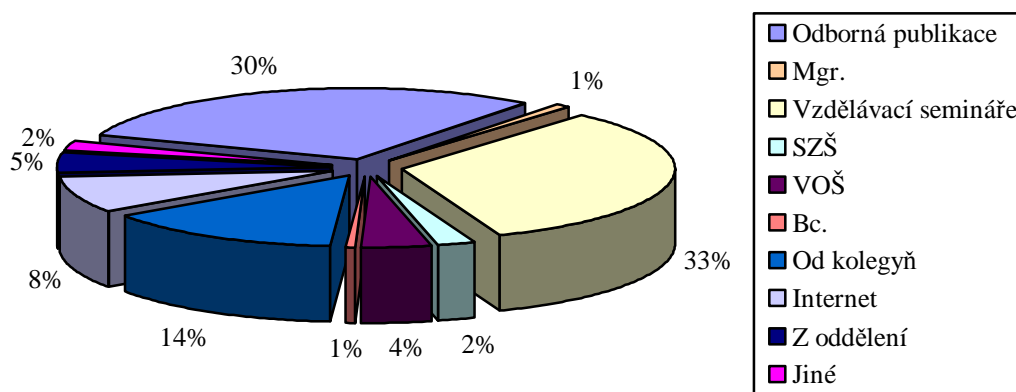
Z 61 (100 %) dotazovaných respondentů odpovědělo 49 (81 %), že pracují na oddělení skupinovou péčí, 10 (16 %) respondentů uvedlo, že práce na jejich oddělení je organizována funkčním systémem, 2 (3 %) respondenti tuto otázku odpověděli „nevím“ a žádný (0 %) z respondentů nevedl jako odpověď systém primárních sester.

Graf 6 Znalost pojmu „ošetřovatelský proces“



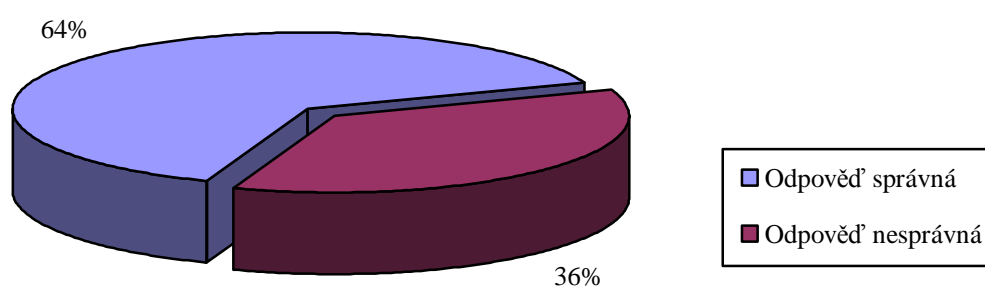
Ze 61 (100 %) dotazovaných respondentů 59 (96 %) uvedlo, že znají pojem „ošetřovatelský proces“, 1 (2 %) respondent uvedl, že tento pojem nezná a 1 (2 %) respondent odpověděl „nevím“.

Graf 7 Informační zdroje o ošetrovatelském procesu



Z 61 (100 %) dotazovaných respondentů 21 (34 %) čerpalo nejvíce informací o ošetrovatelském procesu na vzdělávacích seminářích a 18 (30 %) z odborných publikací. 9 (14 %) respondentů uvedlo, že nejvíce informací o ošetrovatelském procesu získalo od kolegyň z práce, 5 (8 %) z internetu, 4 (7 %) ze školy, 3 (5 %) z oddělení a 1 (2 %) respondent uvedl odpověď „jiné“.

Graf 8 Znalost jednotlivých fází ošetrovatelského procesu



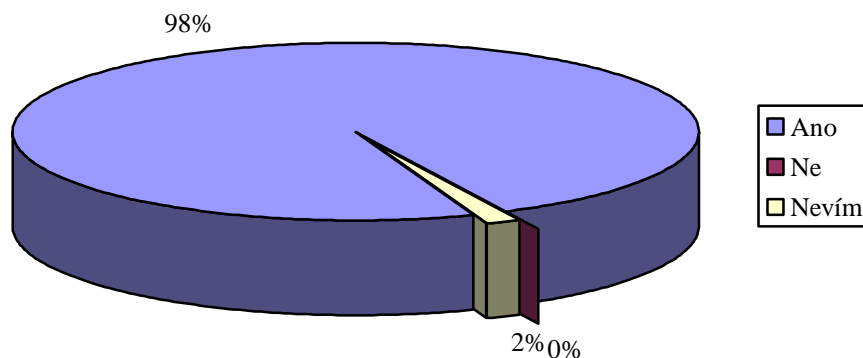
Z 61 (100 %) dotazovaných respondentů uvedlo 39 (64 %) správnou odpověď, že ošetrovatelský proces má 5 fází. 22 (36 %) sester uvedlo nesprávnou odpověď.

Tabulka 1 Struktura nesprávných odpovědí k otázce č. 8

DRUH NESPRÁVNÉ ODPOVĚDI	Počet	%
IV fáze ošetrovatelského procesu (I. zhodnocení, II. plánování, III. provedení intervencí, IV. kontrola intervencí)	18	82 %
Intervence na základě ordinace lékaře	2	10 %
Z výše uvedených možností není správná žádná	2	8 %

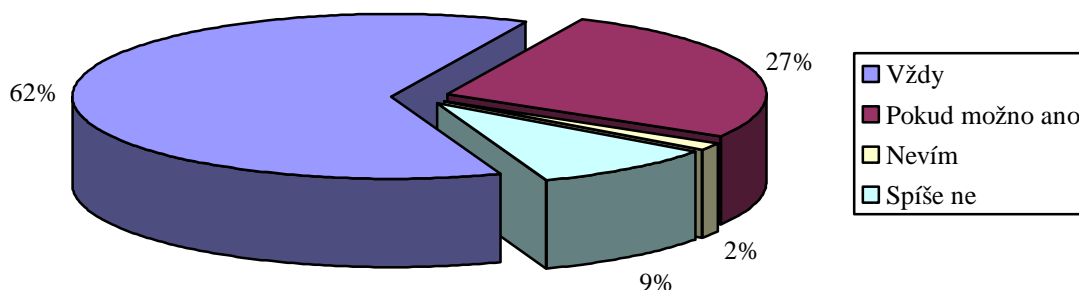
Z 22 (100 %) nesprávných odpovědí týkajících se fází ošetrovatelského procesu, bylo 18 (82 %) odpovědí označujících IV fáze ošetrovatelského procesu, 2 (10 %) nesprávné odpovědi se týkaly ošetrovatelského procesu jako procesu plnění intervencí na základě ordinací lékaře, jako žádná správná možnost byly označeny pouze 2 (8 %) odpovědi.

Graf 9 Počet sester pracujících metodou ošetrovatelského procesu



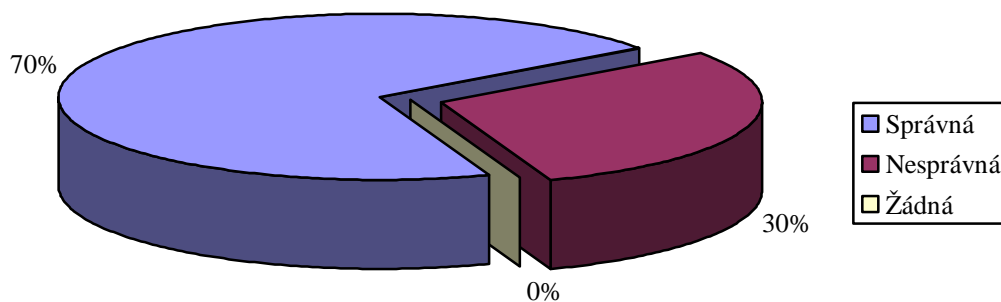
Z 61 (100 %) dotazovaných respondentů odpovědělo 60 (98 %) respondentů, že na oddělení pracují metodou ošetrovatelského procesu. 1 (2 %) respondent neví, zda na oddělení pracují metodou ošetrovatelského procesu a odpověď „Ne“ nevolil nikdo (0 %) z dotazovaných respondentů.

Graf 10 Využití ošetrovateľskej diagnostiky ve své práci



Z 61 (100 %) dotazovaných respondentů 40 (65 %) využívá ošetrovateľskou diagnostiku vždy, 14 (28 %) pokud možno ano, 1 (2 %) respondent nevěděl, zda diagnostiku využívá a 6 (9 %) respondentů odpovědělo „spíše ne“.

Graf 11 Ošetrovateľská diagnostika jako II. fáze ošetrovateľského procesu



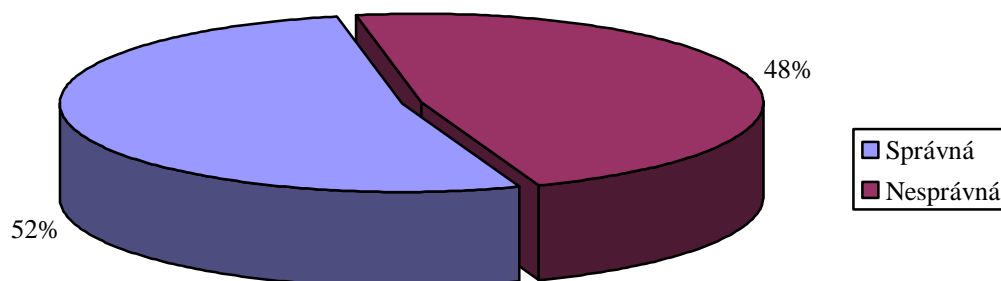
Z 61 (100 %) dotazovaných respondentů 43 (70 %) ví, že ošetrovateľská diagnostika je II. fází ošetrovateľského procesu, 18 (30 %) označilo nesprávnou odpověď a nikdo (0 %) se nezdržel odpovědi.

Tabulka 2 Struktura nesprávných odpovědí k otázce č. 11

DRUH NESPRÁVNÉ ODPOVĚDI	Počet	%
Diagnostika jako I. fáze ošetrovatelského procesu	15	82 %
Diagnostika jako III. fáze ošetrovatelského procesu	1	6 %
Diagnostika není součástí ošetrovatelského procesu	2	12 %

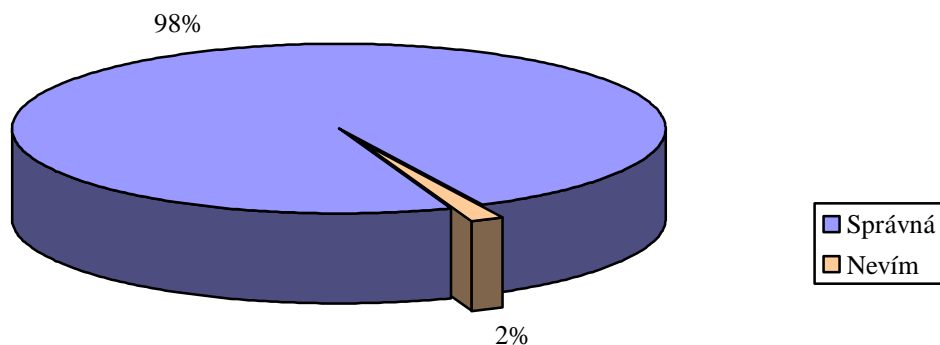
Z 18 (100 %) nesprávných odpovědí označilo 15 (82 %) diagnostiku jako I. fázi ošetrovatelského procesu, 2 (12 %) odpovědi označovaly, že diagnostika není součástí ošetrovatelského procesu a 1 (6 %) odpověď označila diagnostiku jako III. fázi ošetrovatelského procesu.

Graf 12 Znalost pojmu „Ošetrovatelská diagnostika“



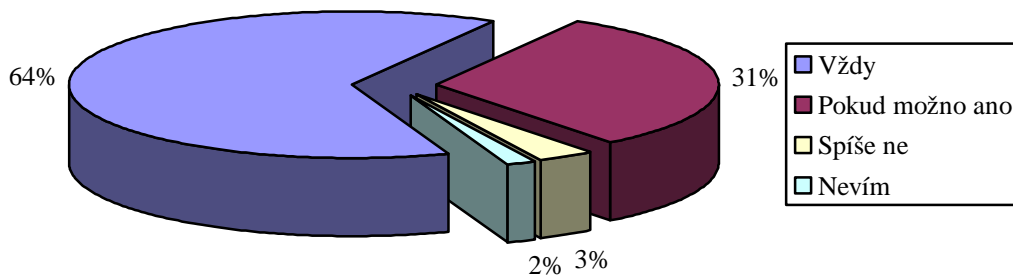
Z 61 (100 %) dotazovaných respondentů uvedlo 32 (52 %) správnou odpověď, že sestra na základě vyhodnocení zjištěných informací stanovuje charakter a rozsah ošetrovatelských problémů. 19 (48 %) respondentů označilo nesprávně za odpověď, že sestra diagnostickým procesem pouze plánuje ošetrovatelskou péči.

Graf 13 Odlišení ošetrovatelské diagnózy od diagnózy lékařské



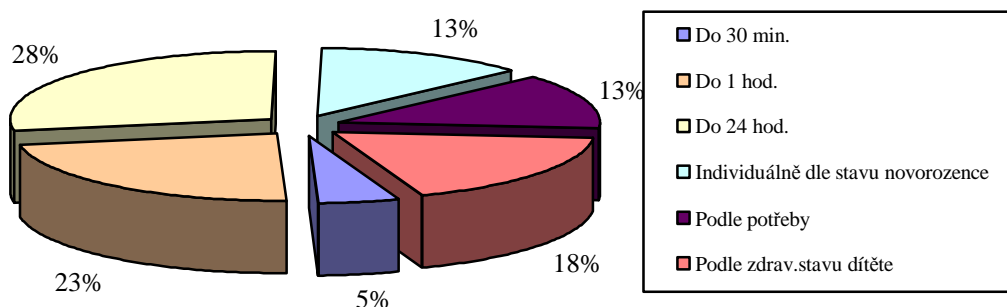
Z 61 (100 %) dotazovaných respondentů 60 (98 %) správně odlišilo diagnózu ošetrovatelskou od diagnózy lékařské. 1 (2 %) respondent na tuto otázku odpověděl „nevím“.

Graf 14 Používání ošetrovatelských diagnóz při práci s dětským pacientem



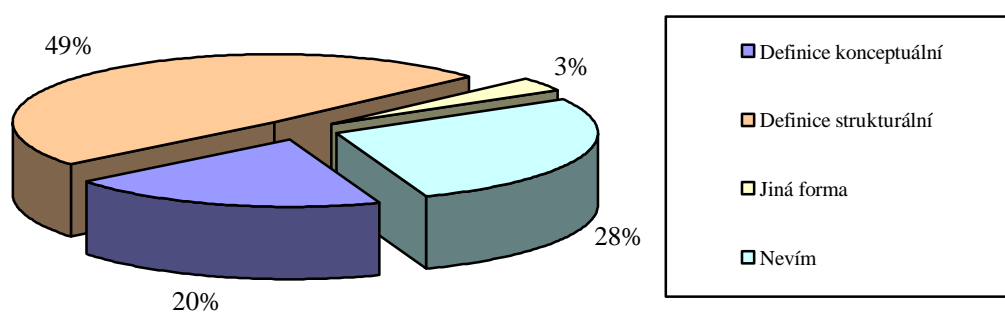
Z 61 (100 %) dotazovaných respondentů 39 (64 %) uvedlo, že při práci s dětským pacientem používají ošetrovatelské diagnózy vždy. 19 (31 %) zvolilo odpověď „pokud možno ano“, 2 (3 %) spíše nepoužívá ošetrovatelské diagnózy a 1 (2 %) respondent na tuto otázku odpověděl „nevím“.

Graf 15 Včasnost sestavování ošetrovatelských diagnóz



Z 61 (100 %) dotazovaných respondentů 17 (28 %) uvedlo, že sestavují ošetrovatelské diagnózy do 24 hodin. Do jedné hodiny sestaví ošetrovatelské diagnózy 14 (23 %) respondentů, 11 (18 %) respondentů sestavuje diagnózy podle zdravotního stavu dítěte. Individuálně – dle stavu novorozence sestavuje ošetrovatelské diagnózy 8 (13 %) respondentů, dle potřeby dítěte 8 (13 %) respondentů, do 30 minut 3 (5 %) respondenti.

Graf 16 Formulování ošetrovatelské diagnózy



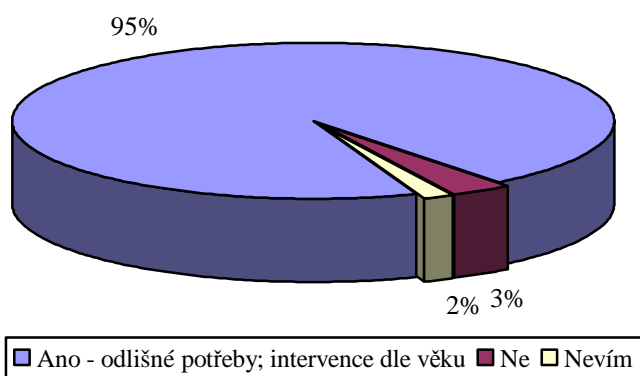
Z 61 (100 %) dotazovaných respondentů 30 (49 %) používá při formulování ošetrovatelské diagnózy definici strukturální, 12 (20 %) definici konceptuální, jinou formu používají 2 (3 %) respondenti. Na otázku odpovědělo „nevím“ 17 (28 %) respondentů .

Tabulka 3 Využití taxonomie při sestavování ošetrovatelské diagnózy

POUŽÍVANÁ TAXONOMIE	Počet	%
NANDA II	20	33 %
NANDA I	9	15 %
Diagnózy dané standardně	10	16 %
Standardně a dle vlastních slov	2	3 %
Standardně (Fendrychová : neonat. + pediatrie+ NANDA I)	19	31 %
Nezná odpověď	1	2 %

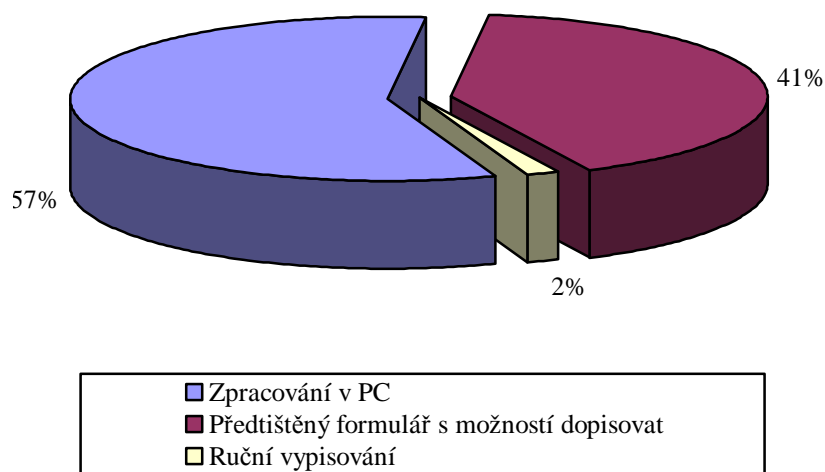
Z 61 (100 %) dotazovaných respondentů 20 (33 %) při sestavování ošetrovatelské diagnózy využívá taxonomii NANDA II, 9 (15 %) NANDA I, 10 (16 %) mají diagnózy dané standardně. 2 (3 %) respondenti sestavují diagnózy standardně a podle vlastních slov, 19 (31 %) dle Fendrychové neonatologických a pediatrických diagnóz a NANDA I a 1 (2 %) respondent na tuto otázku nezná odpověď.

Graf 17 Otázka potřeby ošetrovatelské diagnózy pro dětský věk



Z 61 (100 %) dotazovaných respondentů považuje za potřebné mít specifické ošetrovatelské diagnózy pro dětský věk 58 (95 %) respondentů, jako důvod všichni uvedli odlišné intervence dle věku dítěte. Odmítavě se k potřebě dětských ošetrovatelských diagnóz staví 2 (3 %) respondenti a 1 (2 %) respondent uvedl odpověď „nevím“.

Graf 18 Forma zaznamenávání diagnóz do dokumentace



Z 61 (100 % dotazovaných) 35 (57 %) respondentů zpracovává ošetrovatelské diagnózy v počítači, 25 (41 %) respondentů používá k zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz předtištěný formulář s možností zaškrtnout a doplňovat chybějící diagnózy. Ruční vypisování ošetrovatelských diagnóz uvádí pouze 1 (2 %) respondent.

Tabulka 4 Časová náročnost tvorby ošetrovatelských diagnóz

ČASOVÁ NÁROČNOST TVORBY	Počet odpovědí	%
20 minut	2	3 %
30 minut	4	6 %
časově nenáročné, diagnózy jsou vytvořeny	21	36 %
není náročné	4	6 %
náročné individuálně	19	33 %
středně náročné	4	6 %
náročné	5	7 %
náročné dost	2	3 %

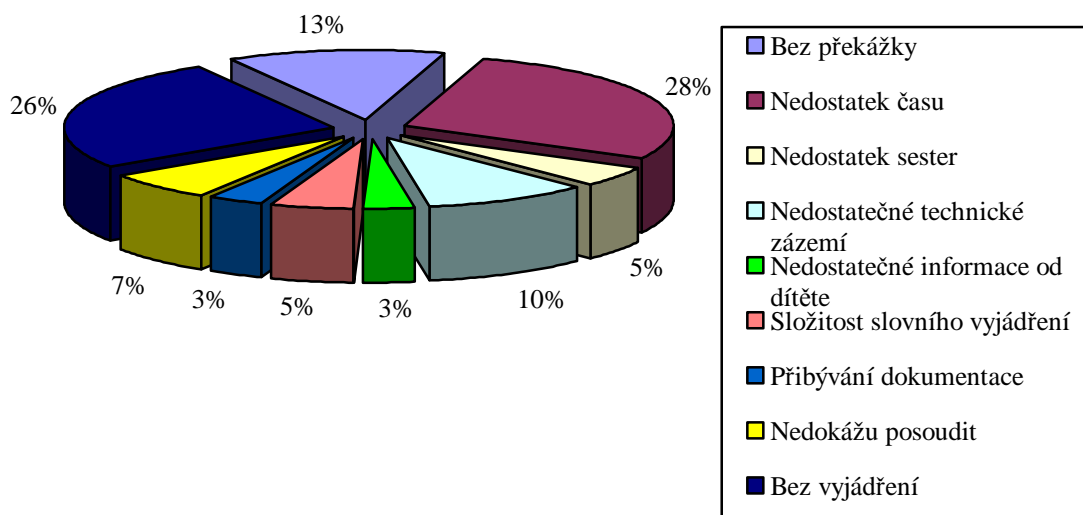
Z 61 (100 %) respondentů považuje tvorbu diagnóz za časově nenáročnou 21 (36 %) a to z důvodu již vytvořených diagnóz. 19 (33 %) respondentů za individuálně náročnou, 5 (7 %) za náročnou, 2 (3 %) za dost náročnou, 4 (6 %) za středně náročnou a stejný počet 4 (6 %) za nenáročnou. 2 (3 %) respondenti určili dobu tvorby diagnóz na dobu 20 minut, 4 (6 %) na 30 minut a pro 4 (6 %) tvorba náročná není.

Tabulka 5 Časová náročnost zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz

ČASOVÁ NÁROČNOST ZAZNAMENÁVÁNÍ	Počet odpovědí	%
15 min.	1	2 %
30 min.	1	2 %
Není náročné	12	19 %
Méně náročné než tvorba	5	8 %
Záleží na onemocnění dítěte	6	10 %
Záleží na počtu nemocných a sester ve službě	18	29 %
U fyziologických novorozenců mnohdy zbytečné	1	2 %
Náročné dost	15	24 %
Neumím posoudit	2	4 %

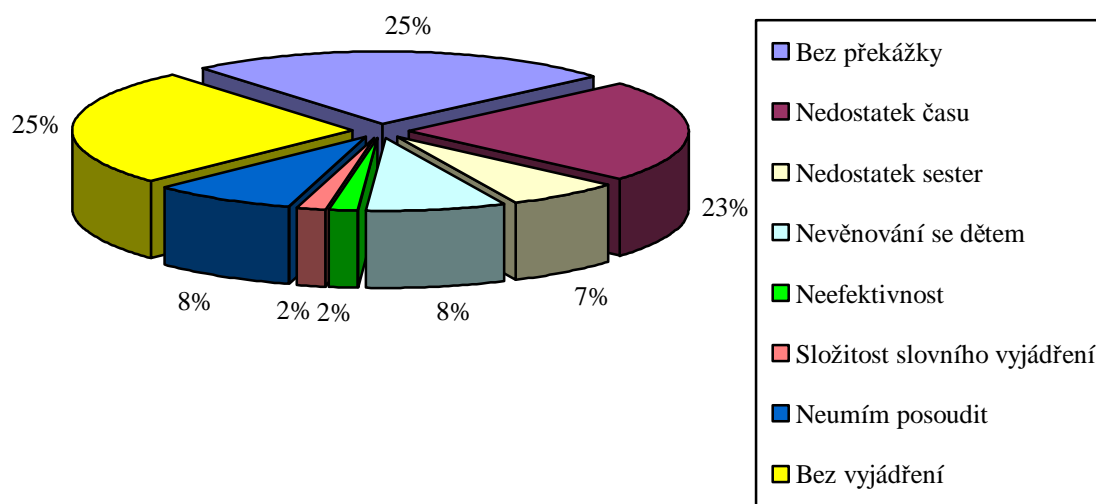
Z 61 (100 %) respondentů 18 (29 %) rozlišuje časovou náročnost zaznamenávání diagnóz dle počtu nemocných a sester na oddělení, pro 15 (24 %) respondentů je časově náročné dost, pro 12 (19 %) není náročné. Náročnost dle onemocnění dítěte rozlišuje 6 (10 %) respondentů, pro 5 (8 %) je zaznamenávání časově méně náročné než tvorba. 1 (2 %) respondent určil náročnost na 15 minut, 1 (2 %) na 30 minut a 2 (4 %) respondenti neumí časovou náročnost zaznamenávání posoudit.

Graf 19 Překážka při tvorbě ošetrovatelských diagnóz



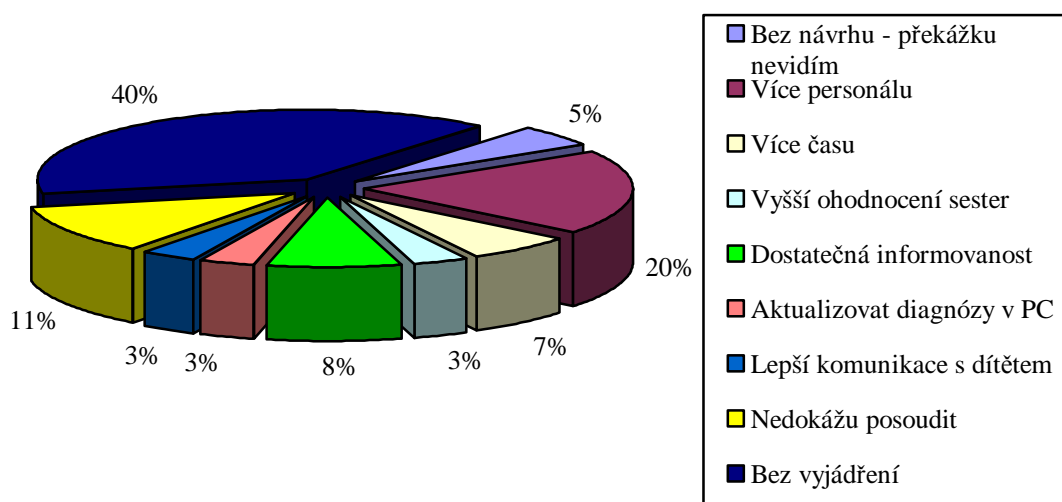
Z 61 (100 %) dotazovaných respondentů 17 (28 %) za největší překážku při tvorbě ošetrovatelských diagnóz považuje nedostatek času. 16 (26 %) respondentů se k této otázce nevyjádřilo. 8 (13 %) respondentů žádnou překážku při tvorbě ošetrovatelských diagnóz nemá. 6 (10 %) respondentů za největší překážku udávalo nedostatečné technické zázemí, pouze 1 PC na oddělení, nefunkční tiskárna. 4 (7 %) respondenti odpověděli, že největší překážku při tvorbě ošetrovatelských diagnóz nedovedou posoudit. 3 (5 %) respondenti vidí největší překážku v nedostatku sester a stejný počet respondentů: 3 (5 %) považuje za největší překážku složitost slovního vyjádření. 2 (3 %) respondenti za největší překážku považují nedostatečné informace od dítěte a rodičů a 2 (3 %) respondenti považují za největší překážku přibývání dokumentace.

Graf 20 Překážka při zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz



Z 61 (100 %) dotazovaných respondentů 15 (25 %) dotazovaných nemá překážku při zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz. Stejný počet, tedy 15 (25 %) respondentů se k této otázce nevyjádřilo. 14 (23 %) respondentů jako největší překážku při zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz vidí nedostatek času. 5 (8 %) respondentů spatřuje největší překážku při zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz v tom, že se nevěnují dětem a stejný počet respondentů, tedy 5 (8 %) neumělo otázku časové náročnosti posoudit. 4 (7 %) respondenti považují za největší překážku nedostatek sester, 1 (2 %) respondent za největší překážku považuje složitost slovního vyjádření a 1 (2 %) respondent považuje za největší překážku neefektivnost.

Graf 21 Návrh řešení překážek



Z 61 (100 %) dotazovaných respondentů 24 (40 %) respondentů se k této otázce řešení překážek nevyjádřilo. 12 (20 %) respondentů navrhuje pro zlepšení tvorby a zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz více personálu. 7 (11 %) respondentů odpovědělo, že tuto otázku nedovede posoudit. 5 (8 %) respondentů považuje za řešení této problematiky dostatečnou informovanost sester, 4 (7 %) respondenti navrhují jako řešení více času, 3 (5 %) respondenti překážku neměli, takže odpověděli „ bez návrhu možného řešení“. 2 (3 %) respondenti jako návrh na řešení této otázky podali možnost lepší komunikace s dítětem, 2 (3 %) respondenti navrhují aktualizovat ošetrovatelské diagnózy v počítačovém systému a 2 (3 %) respondenti považují za nejlepší řešení této otázky vyšší ohodnocení sester.

4.1.2 Výsledky obsahové analýzy záznamů ošetrovatelských diagnóz

Tabulka 6 Záznamy ošetrovatelských diagnóz DEO Pelhřimov / 8 náhodně vybraných záznamů

ZÁZNAM	Počet záznamů
Používání dg.	8
Vlastní slova	1
Konceptuální definice	1
Strukturální definice	7
Taxonomie NANDA I	0
Taxonomie NANDA II s kódy	7
Fendrychová pediatrie	0
Fendrychová neonatologie	0
Intervence dle: Fendrychová	4

Z celkem 8 náhodně vybraných zdravotnických záznamů ošetrovatelských diagnóz bylo zjištěno, že každý ze zkoumaných pacient má sestavené ošetrovatelské diagnózy ode dne přijetí do nemocnice, tedy 8. Dle taxonomie NANDA II včetně kódů bylo formulováno 7 záznamů, 1 záznam obsahoval formulaci dle vlastních slov. Strukturální definici obsahovalo 7 záznamů, konceptuální 1 záznam. Bylo zjištěno, že soubor diagnóz od Fendrychové se užívá u intervencí v celkem 4 záznamech z 8 zkoumaných.

Tabulka 7 Záznamy ošetrovatelských diagnóz DEO Havlíčkův Brod / 8 náhodně vybraných záznamů

ZÁZNAM	Počet záznamů
Používání dg.	8
Vlastní slova	1
Konceptuální definice	5
Strukturální definice	3
Taxonomie NANDA I	5
Taxonomie NANDA II s kódy	0
Fendrychová pediatrie	0
Fendrychová neonatologie	2
Intervence dle: Fendrychová	6

Ze všech 8 náhodně vybraných záznamů bylo zjištěno, že všechny obsahují ošetrovatelské diagnózy. V 5 z 8 záznamů byly ošetrovatelské diagnózy formulované dle NANDA I, ale bez kódů a 1 záznam byl za použitím vlastních slov. 5 záznamů bylo sestaveno dle definice konceptuální a 3 dle definice strukturální. 2 záznamy byly dle Fendrychové neonatologických diagnóz. Intervence byly čerpány dle Fendrychové souboru diagnóz u celkem 6 záznamů.

5. Diskuse

Metodou ošetrovatelského procesu se v mnohých nemocnicích v ČR pracuje po dobu posledních 10 let. Ošetrovatelská diagnostika jako součást této hlavní pracovní metody sester má jistě svou opodstatněnou váhu a důležitost. Ujednocený algoritmus diagnostického procesu stejně tak, jako ucelená taxonomie sesterských diagnóz se k nám – do českého zdravotnictví dostává taktéž v posledních letech. Sestry jsou nuceny jít „ruku v ruce“ nejen spolu se zdokonalující se medicínskou technikou, ale – a to především – aktivně reagovat na vývoj v ošetrovatelském oboru, který dnes staví sestry do mnohem aktivnější a samostatnější pozice, než tomu bylo doposud. Ošetrovatelská diagnostika je pojem novodobý a přesto každá sestra od prvopočátku své praxe přirozeně ošetrovatelskou diagnostiku provádí.

V současné době se v ošetrovatelské diagnostice všeobecně používá taxonomie NANDA II, jež je výsledkem výzkumných aktivit mezinárodního odborného seskupení nazvaného NANDA – International (Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou terminologii). V pediatrikém ošetrovatelství, které zahrnuje období od narození až do ukončeného 18. roku života, se takto sestavený soubor diagnóz ukazuje jako nepřesný a mnohdy neúčelný. Nastala proto přirozená potřeba pro vytvoření diagnóz jen pro dětský věk, jež je tolik specifický nejen s ohledem na svá jednotlivá vývojová stádia, ale i pro rozdílné typy a klinické projevy onemocnění. Na tuto potřebu reflektovali Fendrychová a kol., kteří jsou autory dvou u nás známých monografií Ošetrovatelské diagnózy v pediatrii a Ošetrovatelské diagnózy v neonatologii.

Šetření k bakalářské práci s názvem Ošetrovatelská diagnostika a ošetrovatelské diagnózy v pediatrii probíhalo pomocí dotazníku adresovaného sestřím pracujícím na dětských odděleních a bylo doplněno obsahovou analýzou způsobu zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz. Šetření bylo provedeno po dohodě s vrchními a staničními sestrami na dětských odděleních v Nemocnici Pelhřimov p. o. a v Nemocnici Havlíčkův Brod p. o. Cílem této práce bylo zjistit, zda sestry pracující na dětských odděleních znají ošetrovatelské diagnózy v pediatrii, zda ošetrovatelské diagnózy v pediatrii používají a co považují za největší překážku při používání diagnóz.

Ke zpracování bylo tedy použito 61 dotazníků. Obsahová studie zahrnovala studii 16 náhodně vybraných záznamů ošetřovatelských diagnóz.

Dotazník spolu s výsledky byl rozčleněn na tři tematické okruhy – okruh identifikační, okruh znalostní a okruh postojů a názorů sester týkajících se ošetřovatelských diagnóz v pediatrii.

Identifikační tematický oddíl zjišťuje typ dětského oddělení, kde sestry pracují, jejich nejvyšší dosažené vzdělání, délku praxe u lůžka a pracovní zařazení. Graf 1 diferencuje jednotlivá dětská oddělení, na kterých dotazované sestry pracují. Tuto diferenciaci oddělení považují za důležitou z toho důvodu, že používání dětských diagnóz se značně liší věkem (novorozenecké oddělení), jakož i urgencí (dětská JIP). Nejvíce dotazovaných sester (28 %) bylo z oddělení větších dětí, jen o málo méně sester bylo z oddělení kojenců a batolat (26 %), 23 % sester bylo z oddělení dětské JIP a stejný počet, tedy 23 % dotazovaných sester bylo z novorozeneckého oddělení.

Graf 2 znázorňuje délku praxe sester u lůžka. Bylo zajímavé, že nejvíce dotazovaných sester, tedy 47 % pracuje u lůžka více jak 20 let. Toto zjištění, tedy takto dlouhou praxi u lůžka považují za vhodné k validnímu posouzení toho, zda je pro dětský věk vhodná specifická diagnostika a proč (viz. dále). Praxi v délce od 11 do 19 let mělo 18 % sester a stejné zastoupení (18 %) měly i sestry s délkou praxe do 5 let. Nejmenší skupinu tvořily sestry s délkou praxe u lůžka 6 až 10 let, tj. 15 %.

Graf 3 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání zpovídaných sester. Nejvíce sester (37 %) skončilo své vzdělání maturitou na SZŠ, což odpovídá věkovému průměru zpovídaných, i když je potěšující, že téměř stejné procento (36 %) se specializovalo buď PSS (v péči o děti a dorost) či ARIP. Plných 15 % sester dokončilo své odborné vzdělání na vyšší odborné škole, bakalářského vzdělání dosáhlo 8 % dotazovaných a magisterského 1 dotazovaná sestra, která následně uvedla pracovní zařazení „laktační poradkyně“, což považují za velmi vhodné vzhledem na soudobou podporu kojení.

Pracovní zařazení sester je znázorněno v grafu 4. Nejpočetnější skupinu sester tvoří zastoupení sester pracujících u lůžka (86 %), 10 % zpovídaných sester bylo z řad staničních sester a potěšující je, že dotazník vyplnila i jedna vrchní sestra. V šetření se tak zobrazí i názory vedoucích sester.

Okruh teoretických znalostí sester z oblasti ošetrovatelského procesu, ve kterém je ošetrovatelská diagnostika zahrnuta, obsahují grafy 6 až 13. Pokud bylo jedním z cílů této práce zjistit, zda sestry pracující na dětských odděleních znají ošetrovatelské diagnózy u dětí, bylo vhodné zjistit především, do jaké míry sestry disponují znalostmi ošetrovatelského procesu, jehož součástí ošetrovatelské diagnózy tvoří.

Je potěšující, že 98 % dotazovaných sester na otázku zda znají pojem ošetrovatelský proces odpovědělo kladně, přičemž nejčastěji uváděným zdrojem informací o ošetrovatelském procesu byla uváděna účast na odborných seminářích. To jistě potěší vedoucí pracovníky, kteří jsou zodpovědní za podporování sester k účasti na vzdělávacích akcích. Obdobně stejný počet sester – tedy 98 % uvedlo, že na oddělení pracují metodou ošetrovatelského procesu. Kontrolní otázka týkající se znalostí ošetrovatelského procesu byla otázka číslo 8, kde 64 % sester prokázalo znalost ošetrovatelského procesu a správně odpovědělo, že ošetrovatelský proces se skládá z pěti fází.

Využívání ošetrovatelské diagnostiky při práci s dětským pacientem znázorňuje graf 10. Zde se ukazuje, že ošetrovatelskou diagnostiku ve své práci využívá vždy 65 % sester a 28 % sester jen pokud je to možné. Toto zjištění je překvapující, neboť se dá předpokládat, že pokud se na zkoumaných odděleních pracuje metodou ošetrovatelského procesu a sestry z 98 % odpovídají, že tuto metodu znají, je zákonité, že budou používat ošetrovatelskou diagnostiku vždy. Otázkou zde tedy zůstává, co si sestry pod pojmem “ošetrovatelská diagnostika“ představují. Toto hlouběji odhaluje graf 12, kde 52 % sester odpovídá správně, že „procesem ošetrovatelské diagnostiky sestra na základě vyhodnocení zjištěných informací stanovuje charakter a rozsah ošetrovatelských problémů, přičemž se zaměřuje na konkrétní ošetrovatelské problémy, které se objevují a které je sestra schopna na základě své odbornosti předvídat.“ Praktické pochopení významu „ošetrovatelská diagnóza“ prokázalo v grafu 13 98 % dotazovaných sester, když odpověděly správně a odlišily tak ošetrovatelskou diagnózu od diagnózy lékařské. Tento výsledek svědčí o tom, že praktické pochopení pojmu ošetrovatelské diagnózy je pro praxi důležité, zatímco znalost definic se zdá být podřadnější.

Okruh znalostních otázek se tak uzavírá se závěrem, že splnil účel odhalení znalostí sester z oblasti ošetrovatelské diagnostiky. Hypotéza 1 „Sestry znají ošetrovatelské diagnózy v pediatrii“ se zde potvrzuje.

Třetím a posledním tematickým okruhem výzkumných otázek jsou otázky postojů a názorů sester na ošetrovatelské diagnózy v pediatrii, což odhalují otázky 14 až 24. Hypotéza 1, že sestry znají ošetrovatelské diagnózy v pediatrii je zde konkrétněji doplněna v tabulce 3. Tabulka ukazuje, že při formulování diagnóz používají sestry nejčastěji kromě taxonomie NANDA II (33 %) na druhém místě souhrn pediatrických ošetrovatelských diagnóz od Fendrychové. Hypotéza 1 „Sestry znají ošetrovatelské diagnózy v pediatrii“ se tak potvrzuje jak z oblasti teoretických znalostí diagnostiky (viz. výsledky znalostního okruhu) tak při samotném formulování diagnóz.

Na otázku, zda sestry při péči o dětského pacienta používají ošetrovatelské diagnózy, odpovídá graf 14, kde je znázorněno, že 64 % dotazovaných sester používá ošetrovatelské diagnózy vždy a 31 % sester používá ošetrovatelské diagnózy vždy, pokud je to možné. Obsahovou analýzou záznamů ošetrovatelských diagnóz (tabulka 6 a 7) se podařilo posoudit Hypotézu 2 „Sestry používají individuálně ošetrovatelské diagnózy v pediatrii“ - jako potvrzenou - a to následovně. Z celkem 16 zkoumaných záznamů bylo zjištěno, že všechny obsahují záznamy o ošetrovatelských diagnózách. Termín vyjádřený v hypotéze „používají individuálně“ se také potvrdil a to v několika směrech. Co do časové souvislosti sestavování ošetrovatelských diagnóz bylo zjištěno, že při práci s dětmi se diagnózy sestavují variabilně. Graf 15 názorně ukazuje, že nejvíce sester (28 %) sestavuje ošetrovatelské diagnózy do 24 hodin, o něco málo sester sestavuje diagnózy do jedné hodiny, 18 % sester sestavuje diagnózy podle zdravotního stavu dítěte a dle stavu novorozence individuálně - sestavuje ošetrovatelské diagnózy 13 % dotazovaných sester. Individuálně se také pro formulování diagnózy používá taxonomie ošetrovatelských diagnóz. Obsahová analýza záznamů doplnila toto zjištění následovně (tabulka 6 a 7): Na dětských odděleních v Pelhřimově 7 záznamů z 8 bylo formulováno taxonomií NANDA II, 1 záznam dle vlastních slov. Na dětských odděleních v Havlíčkově Brodě bylo 5 záznamů z 8 formulováno pomocí NANDA I a 2 záznamy dle Fendrychové, 1 záznam použil

vlastních slov. Zde je vidět jasná rozdílnost při volbě formulací ošetrovatelských diagnóz, jakož i zřejmá potřeba diagnóz specifických dle věku dítěte (neonatologie) a dle závažnosti onemocnění (JIP). K potřebě specifické terminologie v diagnostice u dětí se sestry vyjádřily také v grafu 17, kde je jasná potřeba ze stran sester vyjádřena souhlasem v 95 % dotazovaných. Tímto lze zcela zhodnotit výsledky, jako potvrzující hypotézu 2 „Sestry používají individuálně ošetrovatelské diagnózy v pediatrii“.

Zda existují překážky při používání ošetrovatelských diagnóz u dětí jsme se pokusili zjistit otázkami, jež jsou zobrazeny v grafech 19 a 20. Z obou grafů je patrné, jak málo byly sestry ochotny odpovědět, neboť čtvrtina dotazovaných tyto položky nechala nevyplněné. Zda to bylo tím, že byly otázky zařazeny až na konec dotazníku, nebo to má hlubší význam, si netroufáme odhadnout. Nicméně z grafu 19 zřetelně vyplývá, že za největší překážku při tvorbě ošetrovatelských diagnóz v pediatrii sestry považují nedostatek času (28 %), což potvrzuje naši hypotézu 3 „Za největší překážku při používání ošetrovatelské diagnostiky v pediatrii sestry považují nedostatek času“.

Vezmeme-li v úvahu, že většina sester v grafu 18 odpověděla, že diagnózy zpracovávají v počítači (57 %) a nebo je zaškrťávají v předtištěném formuláři (41 %), bude časová náročnost opravdu spíše spočívat v tvorbě než v záznamu diagnóz. Bylo by v tomto směru jistě vhodné se zamyslet nad jednotnou a ucelenou taxonomií, která časový fond ušetří. Neméně významná je také sestrami zmiňovaná překážka v nedostatku technického zázemí, kdy je nedostatek počítačů na oddělení či nevyhovující stav tiskárny.

Za zajímavé považujeme zjištění z grafu 21, ve kterém jsou znázorněny návrhy sester na možná zlepšení překážek při používání ošetrovatelských diagnóz v pediatrii. Nejčastější návrh na zlepšení překážek byl návrh většího počtu personálu (20 %), méně častým byl návrh dostatečné informovanosti ze stran sester (8 %). Jestliže (jak ukazují výsledky z grafu 7) čerpaly sestry nejvíce informací o ošetrovatelském procesu z odborných seminářů, dá se předpokládat, že požadavek lepší informovanosti sester je v tomto případě otázkou komunikace mezi sestrami v rámci pracovišť. Přestože z dotazovaných sester jen malé procento (5 %) žádné překážky při používání pediatrických diagnóz nevidí, 40 % sester se k této otázce nevyjádřilo. Chceme-li se stát

zodpovědnými za vývoj ve své profesi, měli bychom se naučit nejen problémy označovat, ale také o nich hovořit. Nevyplnění této otázky nemusí být zapříčiněno pouze neochotou či strachem se vyjádřit, ale i tím, že je umístěna na konci dotazníku a to mnohdy vede k opominutí či podhodnocení významu otázky.

Celkově si tróufáme zhodnotit, že cíle našeho šetření byly splněny a že výsledky šetření odráží praktickou situaci pediatrických diagnóz na zkoumaných dětských odděleních.

6. Závěr

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na používání ošetrovatelské diagnostiky a ošetrovatelských diagnóz v pediatrii. Dotazovali jsme se sester na znalosti s oblasti ošetrovatelského procesu, jehož je ošetrovatelská diagnostika součástí. Ptali jsme se na používání ošetrovatelských diagnóz u dětí, na specifika a používanou taxonomii. Zjišťovali jsem postoje sester k tvorbě a zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz u dětí.

Cílem tohoto šetření bylo zjistit, zda sestry pečující o dětského pacienta znají ošetrovatelské diagnózy, zda používají ošetrovatelské diagnózy v pediatrii a co považují za největší překážku při používání dětských diagnóz. Cíle práce byly splněny.

Na základě cílů byly vytvořeny tři hypotézy. První hypotéza předpokládala, že sestry znají ošetrovatelské diagnózy v pediatrii. Tato hypotéza se potvrdila. Ve druhé hypotéze jsme předpokládali, že sestry používají ošetrovatelské diagnózy v pediatrii individuálně. Tato hypotéza se také potvrdila. Třetí hypotézou jsme předpokládali, že za největší překážku při používání ošetrovatelské diagnostiky v pediatrii sestry považují nedostatek času. Rovněž třetí hypotéza se výzkumným šetřením potvrdila.

Z výzkumného šetření dále vyplývá, že k tvorbě ošetrovatelských diagnóz sestry používají různou taxonomii s ohledem na odlišnosti v dětském věku a další specifika, což jistě respektuje dítě jako individuum, ale činí tak diagnostiku časově náročnější. Myslíme si, že vzhledem k množství vydaných publikací ošetrovatelských diagnóz pro dětský věk by ujednocená terminologie, i když jen v rámci jednoho oddělení, usnadnila jinak časově náročnou práci sester.

Výsledky tohoto šetření budou dány k dispozici vrchním sestřám zkoumaných oddělení, mohou také posloužit jako podklad pro sestry při tvorbě pediatrických ošetrovatelských diagnóz v praxi.

7. Seznam použitých zdrojů

1. FENDRYCHOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v neonatologii*. 1. vydání. Brno: IDV PZ, 2000. 45 karet. ISBN 80-7013-322-8.
2. FENDRYCHOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v pediatrii*. 2. Rozšířené vydání. Brno: IDV PZ, 2005. 160 s. ISBN 80-7013-432-1.
3. FENDRYCHOVÁ, J. Psychosociální aspekty ošetrovatelské péče v průběhu fyzikálního vyšetřování dítěte sestrou. *Pediatric pro praxi..* Olomouc: 2004, roč. IV, č. 2., s. 87-88. ISSN 1213-0494.
4. FENDRYCHOVÁ, J., ZOUHAROVÁ, A. Nové ošetrovatelské diagnózy. *Sestra*. Praha: 2001, roč. XI, č. 11/2001, s. 19-20. ISSN 1210-0404.
5. JUŘENÍKOVÁ, P. a kol. *Ošetrovatelství – učební text pro střední zdravotnické školy. Chirurgie, Pediatrie, Gerontologie*. 2. část. 1. vydání, Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 1999. 236 s. ISBN neudáno.
6. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo*. 1. vydání. Martin: nakladatelství Osveta, 1995. 1474 s. Přel. z: *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice*. ISBN 80-217-0528-0.
7. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
8. MAREČKOVÁ, J., JAROŠOVÁ, D. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. 2. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 86 s. ISBN 80-7368-058-0.
9. MAROUNKOVÁ, J. Dětská sestra a ošetrovatelství. *Nemocniční listy*. FN Brno: 2006, roč. VII, č. 2 – červen, s. 14-15. ISSN neuvedeno.
10. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vyd. Brno: NCONZO, 2007. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.
11. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství. I. Díl. Systémový přístup*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2004. 188 s. ISBN 80-246-0429-9.

12. NEČASOVÁ, A. a kol. *Vybrané kapitoly dětského lékařství a ošetrovatelské péče o děti a dorost. 1. díl.* 1. vydání. Brno: IDV PZ, 1994. 177 s. ISBN 80-7013-175-6.
13. NEČASOVÁ, A. a kol. *Vybrané kapitoly dětského lékařství a ošetrovatelské péče o děti a dorost. 2. díl.* 1. vydání. Brno: IDV PZ, 1996. 245 s. ISBN 80-7013-223-X.
14. REINDLOVÁ, V. *Ošetrovatelské diagnózy na operačním sále.* [online]. [cit. 2008-12-27]. Dostupné z : < <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=427>.
15. SEDLÁŘOVÁ, P. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
16. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 3. Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe. Praktická příručka pro sestry.* 1. vydání. Brno: IDN PZ, 1999. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
17. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4. Jak provádět ošetrovatelský proces. Praktická příručka pro sestry.* 1. vydání. Brno: IDV PZ, 1999. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
18. TÓTHOVÁ, V., BUBNÍKOVÁ, H. *Realizace ošetrovatelského procesu v ČR. Vliv mezinárodního ošetrovatelství na současnou ošetrovatelskou teorii a praxi. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí. II. Příbramské ošetrovatelské dny.* 1. vydání. Příbram: 2007. s. 26-32 ISBN 978-80-239-8943-4.
19. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z pediatrie.* 5. vydání. České Budějovice, Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2007. 136 s. ISBN 80-7040-813-8.
20. VOLF, V., VOLFOVÁ, H. *Pediatrie I.* 3. doplněné vydání. Praha: Informatorium, 2003. 112 s. ISBN 80-7333-021-0.
21. VOROSOVÁ, G. a kol. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovatel'stve.* Martin: Osveta, 2007. 112 s. ISBN 978-80-8063-242-7.

22. VOROSOVÁ, G., BOLEDOVIČOVÁ, M. *Vývoj sesterského diagnostikování*. [online]. [cit. 2008-12-05]. Dostupné z: <http://www.instrumentarky.cz/si/detail-clanku-vyvoj-sesterskeho-diagnostikovani_384>.
23. VYHLÁŠKA č. 424/2004. [online]. [cit. 2008-12-27]. Dostupné z : <http://www.cszt.cz/96/424_znenie.htm>.
24. WIRTHOVÁ, V. Zvláštnosti ošetřování malých dětí a výchovná práce sester. *Dimenze moderního ošetrovatelství*. Praha: 2007, roč. 1, č. 2, s. 40. ISSN 1802-4084.
25. ZACHAROVÁ, E. Úloha sociální komunikace v dětském lékařství. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, 2008, roč. IX, č. 1, s. 56-57. ISBN 1213-0494.
26. ZOUHAROVÁ, A. Způsobilost k výkonu povolání dětské sestry. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: 2005, roč. VI, č.1, s. 29-30. ISSN 1312-0494.

8. Klíčová slova

pediatrie

dětská sestra

dítě

ošetřovatelský proces

ošetřovatelská diagnostika

ošetřovatelské diagnózy v pediatrii

ošetřovatelské diagnózy v pediatrii dle Fendrychové

taxonomie NANDA II

9. Přílohy

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Záznamový arch na obsahovou analýzu dat

Příloha 3 Charta práv dětí v nemocnici

Příloha 4 Ošetřovatelské diagnózy podle potřeb dítěte

Příloha 1 Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Fikarová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. K zakončení mého studia píše bakalářskou práci na téma **Ošetrovatelská diagnostika a ošetrovatelské diagnózy v pediatrii**. Tímto bych Vás chtěla požádat o laskavé vyplnění ANONYMNÍHO dotazníku, který bude využit pouze k účelu vypracování mé práce. U každé otázky, prosím, zaškrtněte nebo doplňte jednu odpověď (pouze u otázky 7 a 12 lze označit více odpovědí). Předem děkuji za Váš čas a ochotu k vyplnění dotazníku.

1. Na kterém dětském oddělení pracujete?

- Oddělení větších dětí
- Oddělení kojenců a batolat
- Oddělení dětské JIP
- Novorozenecké oddělení
- Jiné (prosím doplňte).....

2. Jaká je délka Vaší praxe u lůžka?

Počet roků: (prosím doplňte).....

3. Jaký je nejvyšší stupeň Vašeho dosaženého vzdělání?

- SZŠ
- VOŠ
- VŠ – Bc.
- VŠ – Mgr.
- specializace (prosím, uveďte jaká).....
- jiné.....

4. Jaké je Vaše pracovní zařazení (sestra u lůžka, staniční sestra...)

Prosím, uveďte.....

5. Jak je na Vašem oddělení organizována práce sester?

- Systémem skupinové péče
- Systémem primárních sester
- Funkčním systémem
- nevím
- jiný systém (prosím, uveďte, jaký).....

6. Znáte pojem ošetrovatelský proces?

- ANO
- NE
- NEVÍM

7. Pokud ANO, ze kterých informačních zdrojů jste čerpala informace o ošetrovatelském procesu?(*lze označit více možností*)

- odborná publikace
- vzdělávací semináře
- SZŠ
- VOŠ
- Univerzita bakalářské studium
- Univerzita magisterské studium
- od jiných sester
- internet
- jiný zdroj (prosím, doplňte jaký).....

8. Ošetrovatelský proces se skládá z těchto fází: (*zaškrtněte správnou možnost*)

- I. zhodnocení potřeb nemocného, II. naplánování intervencí, III. provedení intervencí, IV. kontrola intervencí
- I. posuzovací fáze, II. diagnostická fáze, III. fáze plánování, IV. fáze realizace a V. fáze hodnocení
- pouze z provedení intervencí na základě ordinace lékaře
- z výše uvedených možností není správná žádná
- nevím

9. Pracujete na Vašem oddělení metodou ošetrovatelského procesu?

- ANO
- NE
- NEVÍM

10. Využíváte ve své práci ošetrovatelskou diagnostiku?

- VŽDY
- Pokud možno ANO
- NEVÍM
- Spíše NE
- NE
- Nevím, co to je
- Neplatí žádná varianta (pokud možno vysvětlete, prosím).....
.....

11. Ošetrovatelská diagnostika tvoří:

- první fázi ošetrovatelského procesu
- druhou fázi ošetrovatelského procesu
- třetí fázi ošetrovatelského procesu
- není součástí ošetrovatelského procesu

12. Ošetrovatelská diagnostika je proces, kdy: *(zde můžete označit více možností)*

- Sestra na základě vyhodnocení zjištěných informací stanovuje charakter a rozsah ošetrovatelských problémů, přičemž se zaměřuje na konkrétní ošetrovatelské problémy, které se objevují a které je sestra schopna předvídat na základě své odbornosti
- Sestra plánuje ošetrovatelskou péči
- Sestra vyhodnocuje úroveň poskytnuté péče
- Sestra plní ordinace lékaře

13. Ošetrovatelská diagnóza:

- se od diagnózy lékařské vůbec neliší
- je kopií lékařské diagnózy
- verbalizuje pacientovy potřeby a problémy, které může adekvátně zvolená a provedená ošetrovatelská péče ovlivnit.
- nevím

14. Při své práci s dětským pacientem používáte ošetrovatelské diagnózy:

- VŽDY
- Pokud možno ANO
- NEVÍM
- Spíše NE
- NE

15. Pokud používáte ošetrovatelské diagnózy, sestavujete je:

- nejpozději do 30 minut
- do 1 hodiny
- do 24 hodin
- doba stanovení ošetrovatelských diagnóz se liší individuálně s ohledem na (pokud možno doplňte, prosím).....

16. Při formulování ošetrovatelské diagnózy:

- Používáte definici konceptuální, která obsahuje ohnisko pozornosti a sděluje význam pojmu „ošetrovatelská diagnóza“.
- Používáte definici strukturální : „PES strukturu“ a „PRF strukturu“.
- Používáte jinou formu (uveďte, prosím, jakou).....
.....
- Nevím

17. Při sestavování ošetrovatelských diagnóz využíváte:

- Taxonomii NANDA II dle Marečkové včetně kódů
- Taxonomii NANDA I dle Kapesního průvodce sestry
- Ošetrovatelské diagnózy v pediatrii od Fendrychové
- Ošetrovatelské diagnózy v neonatologii od Fendrychové
- Ošetrovatelské diagnózy máme dané standardně
- Vlastních slov
- Nevím, opisují to od ostatních sester
- Jiný způsob (vysvětlete, prosím).....

18. Myslíte si, že je potřebné mít pro dětský věk specifické ošetrovatelské diagnózy?

- ANO (prosím, vysvětlete důvod).....
.....
- NE (prosím, vysvětlete důvod).....
.....
- NEVÍM

19. Jakou formou zaznamenáváte ošetrovatelské diagnózy?

- Do předtištěného formuláře s možností zatrhávat
- Zpracováváme na počítači
- Vypisujeme ručně
- jiným způsobem (prosím, popište Váš způsob).....
.....

20. Jak náročná na čas je pro Vás tvorba ošetrovatelských diagnóz v pediatrii?

Prosím, doplňte:.....

21. Jak náročné na čas je pro Vás zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz v pediatrii?

Prosím, doplňte:.....

22. Co považujete za největší překážku při tvorbě ošetrovatelských diagnóz v pediatrii?

Prosím, doplňte:.....

.....
.....
.....

23. Co považujete za největší překážku při používání ošetrovatelských diagnóz v pediatrii?

Prosím doplňte:.....

.....
.....
.....

23. Jak by se podle Vás dalo předejít překážkám / hlavním problémům při používání pediatrických ošetrovatelských diagnóz v praxi?

Prosím, doplňte:.....

.....
.....

Děkuji Vám za spolupráci a pravdivé vyplnění.

Lucie Fikarová

Příloha 3 Charta práv dětí v nemocnici

1. Děti musejí být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici musejí mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti a/nebo jejich rodiče musejí mít právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti a/nebo jejich rodiče musejí mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
5. S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se musí dostávat náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti musejí mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
8. O děti musí být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
9. Děti musejí být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti musejí mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Příloha 4 Ošetrovatelské diagnózy podle potřeb dítěte

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY PODLE POTŘEB DÍTĚTE

(Podle Staňkové, M.: České ošetrovatelství – praktická příručka pro sestry č. 4)

1. Dýchání

(schopnost zajistit a využít vdechovaný kyslík pro potřeby organismu)

ošetrovatelské diagnózy:

- * nedostatečné dýchání
- * omezení průchodnosti dýchacích cest
- * porucha výměny plynů v plicích

2. Krevní oběh

(schopnost zajistit distribuci krve do tkání)

ošetrovatelské diagnózy:

- * srdeční selhávání
- * změna prokrvení tkání

3. Příjem potravy a tekutin

(schopnost přijímat a zpracovávat živiny a tekutiny způsobem odpovídajícím metabolickým nárokům organismu)

ošetrovatelské diagnózy:

- * porucha pasáže trávicím traktem
- * porucha polykání
- * porucha příjmu potravy
- * snížená výživa
- * snížený objem tělesných tekutin
- * zvýšený objem tělesných tekutin
- * neefektivní kojení
- * změny ústní sliznice

4. Vyprazdňování moče a stolice

(schopnost fyziologického vylučování stolice a moče z organismu)

ošetřovatelské diagnózy:

- * porucha odtoku moče
- * porucha odchodu stolice
- * průjem
- * zácpa
- * retence moče

5. Aktivita / odpočinek

(schopnost zapojit se a snášet aktivity běžného života, včetně dostatečného spánku a odpočinku)

ošetřovatelské diagnózy:

- * porucha spánku
- * snížená výkonnost (intolerance aktivity)
- * únava

6. Bezpečí / jistota

(pocit bezpečí v cizím prostředí, nebezpečí poranění, infekce)

ošetřovatelské diagnózy:

- * infekce, riziko infekce
- * porucha tkáňové integrity
- * úraz, riziko úrazu, poškození
- * změny ústní sliznice
- * aspirace, riziko aspirace

7. Bolest / tělesná nepohoda

(přítomnost vážného tělesného nepohodlí a bolestivých pocitů)

ošetřovatelské diagnózy:

- * bolest



8. Sociální interakce

(schopnost vytvářet a udržovat společenské vztahy)

ošetřovatelské diagnózy:

- * neefektivní kojení
- * porucha vztahu matka - dítě
- * porucha chování dítěte

9. Neurosmyslová reaktivita

(schopnost přijímat, zpracovávat a přiměřeně reagovat na zevní a vnitřní podněty)

ošetřovatelské diagnózy:

- * porucha chování dítěte
- * porucha růstu a vývoje
- * porucha termoregulace
- * tělesná teplota snižena
- * tělesná teplota zvýšená