

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Barbora Laníková DiS.

Diagnostický proces v ošetrovatelské péči

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Mazalová

Olomouc 2011

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce: Diagnostický proces v ošetrovateľskej péči

Název práce v AJ: Diagnostic process in nursing care

Datum zadání: 2011-01-10

Datum odevzdání: 2011-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovateľství

Autor práce: Barbora Laníková DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Mazalová

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Bakalářská práce je zaměřena na téma Diagnostický proces v ošetrovateľskej péči. Práce se specifikuje na ošetrovateľskou diagnózu Deficit sebepéče při koupání a hygieně, podle NANDA International. Práce se věnovala této výzkumné otázce „Které nejčastější určující znaky a související faktory využívají registrované všeobecné sestry při stanovení ošetrovateľské diagnózy systému NANDA International, Deficit sebepéče při koupání a hygieně 00108 ve Fakultní nemocnici Olomouc“. Cílem práce bylo zjistit nejčastěji stanovené určující znaky a související faktory registrovanými všeobecnými sestrami u této ošetrovateľské diagnózy. Druhým cílem práce bylo ověřit využitelnost ošetrovateľské diagnózy Deficit sebepéče při koupání a hygieně 00108 v péči o pacienty na ošetrovací jednotce Fakultní nemocnice Olomouc. K výzkumnému šetření byla použita metoda dotazníku.

Abstrakt v AJ:

The theme of the bachelor's thesis is The diagnostic process in nursing care. The thesis is focused on the nursing diagnosis called Bathing/hygiene self care deficit according to the NANDA International. The thesis analyzes the question „Which most frequent

determinant characters and related factors are used by registered nurses for determination of a nursing diagnosis in the system NANDA International bathing/hygiene self care deficit 00108 in University Hospital in Olomouc“. The main aim of the thesis was to identify the most frequently determinant characters and related factors of this nursing diagnosis determined by registered nurses. The second aim was to verify the efficiency of the nursing diagnosis bathing/hygiene self care deficit in care about patients in the nursing department of University Hospital in Olomouc. The method of questionnaire was applied to the research investigation.

Klíčová slova v ČJ: ošetrovatelský proces, diagnostický proces, diagnostický algoritmus, validizace, taxonomie, ošetrovatelská diagnóza, deficit sepepeče při koupání a hygieně

Klíčová slova v AJ: nursing process, diagnostic process, diagnostic algorithm, validation, taxonomy, nursing diagnosis, bathinh/hygiene self care deficit

Rozsah: 59s., 8s. příl.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. dubna 2011

podpis

Děkuji Mgr. Lence Mazalové za odborné vedení bakalářské práce a za cenné rady, které mi při zpracování poskytla.

Obsah

ÚVOD.....	7
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1.1 Ošetrovatelský proces.....	8
1.1.1 Fáze ošetrovatelského procesu.....	10
1.1.2 Výhody ošetrovatelského procesu.....	12
1.2 NANDA.....	13
1.3 Taxonomie sesterských diagnóz.....	13
1.3.1 Taxonomie I.	13
1.3.2 Taxonomie II.	15
1.3.3 Struktura Taxonomie II.	16
1.4 Diagnostický proces	16
1.4.1 Diagnostický algoritmus	18
1.5 Validizace ošetrovatelských diagnóz	21
1.6 Deficit sebedpěče při koupání a hygieně.....	27
2 PRAKTICKÁ ČÁST	28
2.1 Cíle práce.....	28
2.2 Metodika práce	28
2.2.1 Metodika výzkumného šetření	28
2.2.2 Výzkumná otázka	28
2.2.3 Charakteristika respondentů.....	29
2.2.4 Organizace výzkumného šetření	29
2.3 Zpracování výsledků výzkumného šetření a jejich analýza	29
DISKUSE.....	40
ZÁVĚR	44
BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE	46
SEZNAM ZKRATEK	48
SEZNAM TABULEK	49
SEZNAM GRAFŮ	50
SEZNAM PŘÍLOH.....	51

ÚVOD

Diagnostickým procesem v ošetrovateľskej péči se snažíme identifikovať ošetrovateľské problémy klientů. Úkolem není určovať nemoc a prebírati tím roli lékaře. Diagnostickým procesem se všeobecná registrovaná sestra snaží utriediť získané informácie o klientovi a tým určiť ošetrovateľský problém. Ošetrovateľské problémy klienta se stanovujú v ošetrovateľských diagnózach. Cílem diagnostického procesu je samozrejme formulování individuálních ošetrovateľských diagnóz (Marečková, Jarošová, 2005, s. 42). Diagnostický proces patrí ke každodenní náplni práce všeobecné registrované sestry.

Hygienická péče je péče o sebe sama, která je daná zvyklostmi každého jednotlivce (Kozierová, 1995, s. 507). Patří mezi základní lidské potřeby a vyjadřuje estetiku každého jednotlivce. Potřeba čistoty podle Maslowovy hierarchie potřeb patří k fyziologickým potřebám (Trachtová, 2008, s. 14-15). Deficit sebepéče při koupání a hygieně je NANDA Internationaln diagnostikou charakterizován, jako standardizovaný název ošetrovateľského problému člověka se zhoršenou schopností se samostatně okoupat a vykonávat nebo dokončovat denní hygienu (Marečková, 2006, s. 121). Ošetrovateľská diagnóza deficit sebepéče při koupání patří mezi aktuální diagnózy. V taxonomii II. se tato diagnóza řadí do domény č. 4 s názvem Aktivita odpočinek a třídy sebepéče.

Praktická část práce, která se věnuje výzkumnému šetření na tuto konkrétní ošetrovateľskou diagnózu, probíhala ve Fakultní nemocnici Olomouc na klinikách I. a III. Interní kliniky. Na těchto klinikách všeobecné registrované sestry vyplňovaly anonymní dotazník, který byl sestavený podle diagnostického algoritmu sloužící jako postup ke stanovení ošetrovateľské diagnózy.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces, se začal používat v České republice až koncem osmdesátých let minulého století. V současnosti je mezi profesionály v ošetrovatelství známý (Marečková, Jarošová, 2005, s. 35-36). Stal se také součástí každodenní praxe všeobecné registrované sestry. Některé teoretičky ošetrovatelství se zabývaly teorií ošetrovatelského procesu. K jedné z představitelk teorie ošetrovatelského procesu patří Ida Jean Orlando. Ta ošetrovatelský proces charakterizovala jako systematickou, odbornou, profesionální reakci sestry na potřeby klienta (Pavlíková, 2006, s. 91).

Kozierová uvádí definici ošetrovatelského procesu: „Ošetrovatelský proces je systematická metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče“. „Ošetrovatelský proces je cyklický děj, což znamená, že jeho jednotlivé složky následují za sebou v logickém pořadí“ (Kozierová, 1995, s. 166).

Ve věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 9/2004 se uvádí, že ošetrovatelský proces je hlavní pracovní metodou ošetrovatelského personálu. Ošetrovatelský proces je metodou poskytování a řízení ošetrovatelské péče. Cílem ošetrovatelského procesu je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb klientů/pacientů.

Činnost sester v nepřetržitém provozu organizujeme následujícími systémy péče:

Systém skupinové péče – skupinová sestra během služby pečuje o určitou skupinu pacientů. Také odpovídá za zajištění ošetrovatelského procesu a vedení příslušné zdravotnické dokumentace. Při předávání služby sestra předá každého nemocného osobně skupinové sestře z další směny.

System primárních sester - primární sestra odpovídá za zajištění ošetrovatelského procesu a vedení příslušné zdravotnické dokumentace po celou dobu hospitalizace u konkrétního pacienta, kterému je přidělena při jeho přijetí do nemocnice. Pokud není sestra ve službě, předá nemocného sestřím následující směny, ale po návratu zpět do služby, přebírá nemocného zpět (Věstník MZČR č. 9/2004, s. 5-6).

Vývoj ošetrovatelského procesu, který všeobecné registrované sestry používají v praxi, se do dnešní podoby rozvíjel mnoho let.

Jako první použila termín ošetrovatelský proces Hallová v roce 1955. Od tohoto roku ošetrovatelský proces popisovaly sestry teoreticky různým způsobem. Například v roce 1963 Wiedenbachová vysvětluje ošetrovatelský proces pomocí tří kroků a to: pozorování, poskytnutí pomoci a přesvědčení se o výsledku. V roce 1967 Západní mezistátní komise o vyšším vzdělávání (Western Interstate Commission on Higher Education – WICHE) uvádí pět kroků ošetrovatelského procesu, a to percepci, komunikaci, interpercepci, intervenci a vyhodnocení. Komisi byl ošetrovatelský proces pojmenován jako „vzájemný vztah mezi pacientem a sestrou v daném prostředí, to zahrnuje chování pacienta a sestry a výsledné interakce“ (WICHE, 1967).

Před vznikem ošetrovatelského procesu sestry poskytovaly péči na příkaz lékaře. Péče byla zaměřena více na specifické chorobné stavy než na příjemce péče. Americká asociace sester (ANA) v roce 1973 uveřejnila pět součástí ošetrovatelského procesu: posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení.

S rozvojem ošetrovatelského procesu se začal používat termín ošetrovatelská diagnóza. Pojem charakterizuje pacientovy problémy či potřeby (Kozierová, 1995, s. 155). V Marečkové je definovaná ošetrovatelská diagnóza, jako standardní pojmenování ošetrovatelského problému. Každý ošetrovatelský problém se označuje standardními názvy ošetrovatelských diagnóz NANDA International. Samozřejmou součástí každé ošetrovatelské diagnózy je pětimístný mezinárodní číselný kód (Marečková, 2006, s. 19, 24).

Aby mohla všeobecná registrovaná sestra stanovit ošetrovatelskou diagnózu, musí postupovat podle jednotlivých fází ošetrovatelského procesu.

1.1.1 Fáze ošetrovatelského procesu

Jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu navazují na sebe v logickém pořadí, a tudíž jsou jednotlivé fáze provázané.

Použití ošetrovatelského procesu vyžaduje po sestře, aby ovládala různé schopnosti např. interpersonální, technické a intelektové. K interpersonálním schopnostem patří komunikace, naslouchání, vědomosti, informace, získávání údajů a dalších. Mezi intelektové schopnosti, které sestra potřebuje k řešení problémů, se řadí kritické myšlení a provedení ošetrovatelských úsudků (Kozierová, 1995, s. 166-167).

Ošetrovatelský proces má 5 fází

I. Posuzování

První fáze ošetrovatelského procesu. Zahrnuje sběr individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity (Marečková, Jarošová, 2005, s. 39). Mezi hlavní metody sběru informací patří pozorování, rozhovor a fyzikální vyšetření (Kozierová, 1995, s. 175-177). Posouzení je vhodné provádět podle struktury diagnostických domén NANDA taxonomie II. Jednotlivých domén máme 13. K jednotlivým doménám jsou přiřazeny ošetrovatelské diagnózy. Aktuální ošetrovatelské diagnózy charakterizujeme určujícími znaky a souvisejícími faktory. U rizikových ošetrovatelských diagnóz rizikovými faktory (Marečková, Jarošová, 2005, s. 40).

II. Ošetrovatelská diagnostika

Ošetrovatelské diagnostice je věnována podrobněji podkapitola 1.4 s názvem Diagnostický proces.

III. Plánování

V ošetrovatelském procesu ho řadíme ke třetímu kroku. Jestliže jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy, všeobecná sestra musí naplánovat k jejich řešení odpovídající ošetrovatelskou péči (Marečková, Jarošová 2005, s. 45). V této fázi jde o vytýčení ošetrovatelských intervencí s cílem prevence, redukce či eliminace problémů pacienta, které sestra získala a ověřila v diagnostické fázi. Již neplatí, že sestry plánují pro pacienta, ale pacient se musí podle možnosti sám aktivně zapojit a podílet se na ošetrovatelském procesu. Fáze plánování má 6 částí: vytýčení priorit – stanovení preferenčního pořadí ošetrovatelských diagnóz, vytýčení pacientových cílů a výsledných kritérií, plánování ošetrovatelských intervencí, zapsání sesterských ordinací – specifické zásahy vykonané sestrou na dosažení vytýčených cílů, napsání plánu ošetrovatelské péče, konzultování (Kozierová, 1995, s. 206-214).

IV. Realizace

Fáze realizace je zaměřena k dosažení naplánovaných cílů individuální péče (Staňková, 1999, s. 53). Jde o vykonání nebo zásah, uplatnění ošetrovatelských intervencí, těch, které jsou zaznamenané v plánu ošetrovatelské péče (Kozierová, 1995, s. 224).

V. Vyhodnocení

Poslední fází ošetrovatelského procesu, kterou všeobecná registrovaná sestra musí posoudit je vyhodnocení. Vyhodnocuje, zda došlo k dosažení cíle klienta a do jaké míry byl cíl splněn. Hodnotí, zda byl cíl splněn, částečně splněn nebo nesplněn. Tuto fázi řadíme k významnému kroku ošetrovatelského procesu, protože její závěry určují, zda se mají ošetrovatelské zásahy ukončit, pokračovat, revidovat nebo změnit (Kozierová, 1955, s. 231).

Ošetrovatelský proces má určité výhody, jak pro pacienta, tak i pro sestru.

1.1.2 Výhody ošetrovatelského procesu

Výhody pro pacienta:

- 1) Kvalitní plánovaná péče, vedoucí k poskytnutí potřeb jednotlivce, rodiny nebo komunity.
- 2) Soustavnost péče – plán péče je dostupný všem osobám ošetrovatelského týmu, které se účastní na péči o pacienta.
- 3) Účast pacienta na péči – aktivní zapojení klienta do péče, spolupráce na ošetrovatelském procesu pro dosažení cíle klienta.

Výhody pro sestru:

- 1) Důsledné a systematické ošetrovatelské vzdělávání – vyžaduje po absolventech, aby uměli a věděli, jak použít ošetrovatelský proces.
- 2) Uspokojení v práci – dobře naplánovaná ošetrovatelská péče dodá všeobecným registrovaným sestrám sebevědomí, že dobře naplánované ošetrovatelské intervence jsou výsledkem správného ohodnocení problémů klienta.
- 3) Odborný růst všeobecné registrované sestry.
- 4) Pokud všeobecná registrovaná sestra dodržuje vykonávání ošetrovatelské péče a vedení všech fází ošetrovatelského procesu, tak splňuje zákonné povinnosti vůči pacientovi (Kozierová, 1995, s. 170-171). Jak již bylo dříve uvedeno, v podkapitole 1.1 ošetrovatelský proces patří k hlavní pracovní metodě ošetrovatelského personálu, je uveden ve věstníku č. 9/2004 Ministerstva zdravotnictví České republiky.

V předcházející podkapitole s názvem Fáze ošetrovatelského procesu byl uveden termín NANDA a NANDA taxonomie II. V další části textu následuje vysvětlení této problematiky.

1.2 NANDA

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association, byla založena v roce 1982. První prezidentkou se stala Marjory Gordonová. V roce 2002 NANDA přijímá slovo mezinárodní – International. Asociace NANDA vyvinula podrobný a široce uplatnitelný diagnostický proces. Kterému je věnována tato práce. Systém NANDA specifikuje diagnózy podle těchto diagnostických prvků: určujících znaků, souvisejících faktorů, rizikových faktorů, definice diagnóz a číselného kódu (Marečková, 2006, s. 17). V systému NANDA, se jedná o použití jednotné terminologie ošetřovatelských diagnóz. Je výhodou pro vytvoření společného odborného ošetřovatelského jazyka, a tím usnadnění komunikace v ošetřovatelském týmu (Staňková, 1999, s. 32).

Aby se ošetřovatelské profesionálky lépe orientovaly v souboru ošetřovatelských diagnóz, doporučujeme se opřít o strukturu taxonomie II, která byla revidovaná z taxonomie I (Marečková, 2005, s. 52).

1.3 Taxonomie sesterských diagnóz

1.3.1 Taxonomie I.

Taxonomie I. sesterských diagnóz byla přijata v roce 1973 na první národní konferenci o klasifikaci sesterských diagnóz. Bylo schváleno 31 diagnostických kategorií. Diagnózy byly seřazeny dle abecedy. Toto abecední zařazení považovali někteří za nevědecké, nehirarchické, nepřehledné a nepraktické. Proto v roce 1978 skupina sester teoretiček NANDA navrhla využití „devíti modelů celistvého člověka“ Nanda taxonomie I. revidovaná.

Návrh s devíti modely celistvého člověka přijala NANDA v r. 1982 a vznikla taxonomie I. NANDA v roce 1984 přejmenovala „modely celistvého člověka“ na Vzorce lidských reakcí (Kozierová, 1995, s. 200-201).

Patřily mezi ně tyto vzorce lidských reakcí:

- 1) Výměna – vzájemné dávání a získávání
- 2) Komunikace
- 3) Navazování vztahů
- 4) Hodnocení – stanovení relativních hodnot
- 5) Volba z různých alternativ
- 6) Pohyb – aktivita
- 7) Vnímání – přijímání informací
- 8) Poznávání – způsob lidské reakce, který představuje získávání vědomostí
- 9) Cítění – subjektivní způsob lidské reakce, který představuje uvědomování si nových zpráv, informací (Mastiliáková, 2003, s. 106).

V roce 1986 byla zahájena činnost výboru pro revizi ošetřovatelských diagnóz. V čele předsednictví stála Linda Carpenitová. Postupovalo se ve shodě se Směrnicemi k přezkoumání ošetřovatelských diagnóz ustanovených taxonomií I. Téhož roku byla Nanda diagnostická klasifikace zaslána Světové zdravotnické organizaci. Jejím účelem bylo zahrnutí do Mezinárodní klasifikace onemocnění (MKO). Práce na rozvíjení ošetřovatelské terminologie a diagnostiky nadále pokračovaly.

NANDA taxonomie I. byla za přispění Phyllis Kritehové v roce 1987 publikována. Nesla název oranžová kniha (Orange book) a veřejnost si ji také pod tímto názvem zapamatovala. Oficiální Nanda periodikum (Nursing Diagnosis) se začalo vydávat v roce 1990. V roce 1997 byl název výše jmenovaného periodika upraven na NursingDiagnosis – The ohnal of Nursing Language and Classification. Také téhož roku se uskutečnilo první pracovní setkání týmu NANDA, NIC, NOC.

Poslední zasedání se konalo v březnu 2004 v Chicagu. Zahájení spolupráce předznamenalo propojování výsledků těchto 3 klasifikací. Společným záměrem NIC, NOC, NANDA je přinést ošetřovatelské praxi komplexní systém klasifikace ošetřovatelských diagnóz, intervencí a cílů.

Mnoho sester uvádělo o taxonomii I., že má v praxi nízkou míru klinické využitelnosti, podle devíti uvedených vzorců lidských reakcí. Proto byl v roce 2000 výborem pro taxonomii předložen nový systém, jehož jádrem jsou diagnostické domény a zakládá se na Funkčních vzorcích zdraví podle Gordonové. Vznikla tak vyšší verze klasifikace diagnostických pojmů s názvem Nanda taxonomie II. (Marečková, Jarošová, 2005, s. 73-78).

1.3.2 Taxonomie II.

V dubnu 1994 se sešel Výbor pro taxonomii, aby mohl zařadit nově podané diagnózy do revidované Taxonomie I. Výbor měl velké problémy s kategorizací některých diagnóz. Proto rozhodl, že je nutné, aby vznikla nová taxonomická struktura. První třídění bylo ukončeno na jedenácté konferenci v roce 1994 v Nashville, Tennessee (USA). Druhé kolo třídění a jeho analýza z něj byla prezentována na dvanácté konferenci v roce 1996 v Pittsburgu, Pennsylvania (USA). Třídění stanovilo vytvoření 21 kategorií, toto třídění se pro využití v praxi ukázalo jako obsáhlé. Výbor pro taxonomii Správní radě Nanda rozeslal v roce 1998 čtyři třídění s využitím 4 odlišných struktur. Za nejvíce vyhovující se nakonec ukázala struktura s vzorcem M. Gordonové. Se souhlasem M. Gordonové upravil Výbor pro taxonomii její návrh (Herdman, 2010, s. 353).

Vytvořená struktura byla představena členům Výboru pro taxonomii v dubnu 1998 na 13. konferenci v St. Louis v Missouri (USA). Na této konferenci došlo k roztržidění diagnóz podle zvolených domén. Některé domény byly přejmenovány, aby odrážely obsah diagnóz. Posléze se v rámci struktury vytvořily definice pro všechny domény a třídy. Nakonec byla definice každé diagnózy porovnána s definicí třídy a domény, do které byla umístěna. Konference NANDA, NIC, NOC, která se uskutečnila v Chicagu v roce 2002. Na této konferenci proběhlo zařazení schválených ošetrovatelských diagnóz do Taxonomie II. V lednu 2003 v Chicagu, výbor pro taxonomii provedl další úpravy terminologie. Po uskutečněné konferenci v Chicagu v roce 2004 zařadil Výbor pro taxonomii schválení ošetrovatelské diagnózy do příslušných kategorií (Herdman, 2010, s. 353-354).

1.3.3 Struktura Taxonomie II.

Taxonomie II. se dělí na 3. úrovně – domény, třídy, ošetrovatelské diagnózy. Má 13 domén, 47 tříd, a řadu diagnóz.

Ošetrovatelské diagnózy v rámci taxonomie mají pěticiferné celé číslo. Formát kódu umožňuje růst a vývoj klasifikační struktury a není potřeba měnit kódy při doplňování nových diagnóz, úprav a revizí. Kódy ošetrovatelských diagnóz se připisují po schválení Správní radou na doporučení Výboru pro rozvoj diagnóz (Herdman, 2010, s. 354).

1.4 Diagnostický proces

Staňková (1999, s. 25) diagnostický proces definuje jako proces analýzy a syntézy získaných poznatků, při nichž se uplatňují myšlenkové procesy – objektivita, kritické myšlení, rozhodování, induktivní a deduktivní usuzování.

Diagnostický proces má tyto fáze: utřídění a vyhodnocení informací, stanovení problémů pacienta a potřeb ošetrovatelské péče, formulování ošetrovatelské diagnózy, priority diagnóz.

Utřídění a vyhodnocení informací

Než zahájíme ošetrovatelskou diagnostiku, je vhodné zjistit informace nejen z lékařské dokumentace. Jako další zdroj informací slouží samotný klient, od kterého získáme převážnou většinu informací, ale informace mohou být získány také od rodiny, přátel atd. Informace o medicínském stavu klienta je pro ošetrovatelskou diagnostiku významná. Je třeba připomenout skutečnost, že onemocnění klienta představuje v ošetrovatelské diagnostice související, ne prvotní roli (Marečková, 2006, s. 35).

Získané informace všeobecná registrovaná sestra vyhodnocuje. Postup vyžaduje od sestry dostatek znalostí o somatických, psychologických a sociálních funkcích člověka.

Při provádění první fáze ošetrovatelského procesu získá sestra mnoho informací, ale ne všechny jsou pro její práci užitečné. Sestra musí informace utřídit nejlépe do čtyř základních skupin:

- vybrat informace, které považuje pro další ošetrování pacienta nezbytné a potřebné
- určit informace, které jsou prozatím neúplné, které musí doplnit
- předat důležité informace, bez kterých se jiní členové zdravotnického týmu neobejdou
- zbylé informace, se kterými z hlediska ošetrovatelského procesu není potřeba se zabývat (Staňková, 1999, s. 26)

Stanovení problémů pacienta a potřeb ošetrovatelské péče

Získané informace slouží jako podklad pro stanovení ošetrovatelské diagnózy (Staňková, 1999, s. 27).

Formulování ošetrovatelské diagnózy

Formulování ošetrovatelské diagnózy musí odpovídat získaným informacím. Ošetrovatelská diagnóza se specifikuje tím, že u ní určíme určující znaky a související faktory, popřípadě u potenciální diagnózy rizikové faktory (Mastiliaková, 2003, s. 126). Po stanovení minimálně jednoho určujícího znaku, souvisejícího faktoru nebo rizikového faktoru, přistupujeme k ověření diagnózy. Je nutné ověřit, zda je klient v situaci nebo stavu, kterou definuje určitá ošetrovatelská diagnóza a kterou všeobecná registrovaná sestra chce stanovit (Marečková, 2006, s. 39).

Definice ošetrovatelské diagnózy podle Nanda z roku 1990:

„Ošetrovatelská diagnóza je klinický závěr o reakcích jednotlivce, rodiny nebo komunity na aktuální nebo potenciální zdravotní problémy nebo životní proces“.

„Ošetrovateľské diagnózy poskytujú základ pro výber ošetrovateľských zásahů k dosažení výsledků, za které odpovídá sestra“ (Mastiliaková, 2003, s. 124).

Kompetentní sestry a porodní asistentky jsou povinny u klienta ošetrovateľské péče potvrdit nebo vyloučit přítomnost ošetrovateľských diagnóz. Doporučujeme postupovat podle diagnostického algoritmu, který nás dovede k potvrzení nebo naopak vyloučení přítomnosti ošetrovateľských diagnóz (Marečková, 2006, s. 33-34).

1.4.1 Diagnostický algoritmus

K určení dysfunkčních potřeb u klienta, musíme postupovat podle specifické metodiky. Takový postup nazýváme diagnostickým algoritmem. Diagnostický algoritmus představuje způsob myšlení a organizování informací, které vedou k diagnostickému závěru. To rozhoduje o tom, jaké dysfunkční potřeby se u klienta v době diagnostiky vyskytují.

Diagnostický algoritmus se dělí do tří fází. Každá fáze se soustřeďuje na diagnostiku jiného typu ošetrovateľské diagnózy:

První fáze- nalezení aktuálních diagnóz¹

Pro určení ošetrovateľských diagnóz se orientujeme podle diagnostických prvků. Mezi ně řadíme určující znaky a související faktory, definice diagnózy a číselný kód. Při první a druhé fázi ošetrovateľského procesu je účelné postupovat podle diagnostických tříd od první k poslední doméně.

I. krok – vyhledávání určujících znaků²

V tomto kroku cíleně hledáme určující znaky aktuální diagnózy. Pokud zjistíme minimálně jeden určující znak, zaznamenáme jej do ošetrovateľské dokumentace. Poté přistoupíme ke druhému kroku algoritmu. Jestliže ani jeden určující znak nenalezneme, můžeme tvrdit, že klient danou ošetrovateľskou diagnózu nemá (Marečková, 2006, s. 36).

¹ „Popisuje lidské reakce na zdravotní podmínky/životní procesy, které existují u jedince, rodiny nebo komunity. Je podložena určujícími znaky (projevy, znaky, příznaky), které se seskupují do vzorců se souvisejícími podněty nebo závěry“ (Herdman, 2010, s. 406).

² „Pozorovatelné podněty/závěry, které se nahromadí jako projevy aktuální, wellness nebo na podporu zdraví zaměřené diagnózy“ (Herdman, 2010, s. 407).

II. krok vyhledávání souvisejících faktorů³

Druhý krok provádíme tehdy, jestliže jsme našli minimálně jeden určující znak. Po nalezení minimálně jednoho určujícího znaku, následuje vyhledávání souvisejících faktorů dané diagnózy. Jestliže nalezneme minimálně jeden související faktor, provedeme záznam do ošetrovatelské dokumentace a přistoupíme k poslednímu třetímu kroku

III. krok ověření diagnózy

Pokud jsme našli kombinaci minimálně jednoho určujícího znaku a souvisejícího faktoru, provedeme třetí krok. Ujistíme se, jestli je klient skutečně v situaci nebo ve stavu, kterou popisuje definice dané ošetrovatelské diagnózy. Po ověření a při kladném zjištění zapíšeme přítomnost dysfunkční potřeby do ošetrovatelské dokumentace ve formě ošetrovatelské diagnózy s číselným kódem. Pokud je výsledek po ověření negativní. Toto zjištění vede ke kontrole výsledků předcházejících kroků.

Druhá fáze – nalezení potenciálních diagnóz

Slouží k rozpoznání potenciálně dysfunkčních potřeb, které rozpoznáme podle rizikových faktorů. Potenciálně dysfunkční potřeby představují konkrétní ohrožení a bez poskytnutí ošetrovatelské péče se mohou změnit v potřeby dysfunkční. Potenciální diagnózy jsou signálem k zabezpečení ošetrovatelské péče, zaměření na preventivní opatření. Postup diagnostického algoritmu je obdobný jako v první fázi (Marečková, 2006, s. 37).

³ „Faktory, které vykazují nějaký typ vzorového vztahu s ošetrovatelskou diagnózou. Takové faktory lze popsat jako předcházející, spojené s, týkající se, přispívající nebo napomáhající“. „Pouze aktuální ošetrovatelské diagnózy mají související faktory“ (Herdman, 2010, s. 407).

I. krok vyhledávání rizikových faktorů⁴

Riziková ošetřovatelská diagnóza

„Popisuje lidské reakce na zdravotní podmínky/životní procesy, které se mohou vytvořit u zranitelného jedince, rodiny nebo komunity. Je podložena rizikovými faktory, které přispívají ke zvýšené zranitelnosti“ (Herdman, 2010, s. 406).

Hledáme rizikové faktory posuzované potenciální ošetřovatelské diagnózy. Při nález minimálně jednoho rizikového faktoru, provedeme záznam do ošetřovatelské dokumentace. Poté přistoupíme k druhému kroku algoritmu, tím je ověření. Pokud nenalezneme žádný rizikový faktor, můžeme potvrdit, že se tato potenciální ošetřovatelská diagnóza u klienta nevyskytuje.

II. krok ověření diagnózy

K ověření přistupujeme pouze tehdy, pokud jsme našli minimálně jeden rizikový faktor dané diagnózy. Opět provedeme ověření, zda se klient skutečně nachází v situaci, která je popisována definicí dané ošetřovatelské diagnózy. U kladného ověření, potvrdíme diagnózu. V ošetřovatelské dokumentaci zapíšeme standardizovaný název ošetřovatelské diagnózy a zapíšeme číselný kód. U negativního ověření definice, sledované potenciální diagnózy u klienta vyloučíme (Marečková, 2006, s. 37-39).

Třetí fáze – nalezení diagnóz k podpoře zdraví

Diagnóza k podpoře zdraví popisuje lidskou reakci klienta na tělesnou i duševní pohodu a jeho ochotu funkci dané potřeby zlepšit. Patří mezi ně vzdělávací ošetřovatelské problémy, které motivují k edukační činnosti. Jedná se o situace, kdy klient ve prospěch zdraví jedná vhodně, ale v určitých oblastech může edukací dosáhnout zlepšení. Vyhledáváním této skupiny diagnóz se zabývají ošetřovatelští

⁴ „Faktory prostředí a fyziologické, psychogenní, genetické nebo chemické prvky, které zvyšují zranitelnost jedince, rodiny, skupiny nebo komunity vůči zdraví škodlivé události“ (Herdman, 2010, s. 407).

profesionálové v dlouhodobé péči – primární, rodinné nebo komunitní. V diagnostice provádíme opět kroky algoritmu (Marečková, 2006, s. 39).

Poslední fází diagnostického procesu, je potřeba určení priority diagnóz.

Priority diagnóz

Stanovené ošetrovateľské diagnózy musíme na konci diagnostického procesu seřadit podle aktuálnosti, v jakém pořadí budou řešeny. Aby sestra dosáhla optimálního vyřešení, měla by s klientem nebo členy jeho rodiny probrat ošetrovateľskou diagnózu (Staňková, 1999, s. 31).

V souvislosti s ošetrovateľskými diagnózami, se často slýchává pojem validizace ošetrovateľských diagnóz (Zeleníková, Žiaková, 2010, s. 2).

1.5 Validizace ošetrovateľských diagnóz

Pojem validovat, validizovat se používá nejčastěji ve významech jako potvrdit platnost, ověřit, dokázat. S problematikou validity se setkáváme převážně v oblasti výzkumu. Validita také patří mezi nejvýznamnější termíny v metodologii výzkumu diagnostických kategorií v ošetrovateľství. (Holmanová, Žiaková, Čáp, 2006, s. 25).

Nejlepší podklady ke studiu metod validizace ošetrovateľských diagnóz lze získat například v těchto zahraničních periodikách: Nursing Diagnosis: The Journal of Nursing Language and Classification, International Journal of Nursing Terminologies and Clasifications, Research Nursing and Health, Advances Nursing Science, The Journal of Advanced Nursing (Holmanová, Žiaková, Čáp 2006, s. 26).

Cílem validizace je zvýšit přesnost ošetrovateľské diagnostiky, také standardizace ošetrovateľské terminologie a samozřejmě zlepšení efektivity ošetrovateľských intervencí (Zeleníková, Žiaková, 2010, s. 2).

V článku od autorů Holmanová, Žiaková, Čáp se v souvislosti s validizací ošetrovateľských diagnóz, které jsou zahrnuté v NANDA klasifikaci, uvádí, že jde vlastně o hledání odpovědí na tyto otázky:

- 1) jsou všechny zásadní určující znaky a související faktory v diagnóze zastoupené?
- 2) Můžeme určitou diagnózu odlišit od ostatních diagnóz, se kterými má diagnóza společné některé diagnostické znaky?
- 3) Na základě jakých údajů můžeme přesně odlišit (diferencovat) podobné diagnózy?
- 4) Bude se daná diagnóza vyskytovat u každého pacienta, při přítomnosti určitých fenoménů?
- 5) Jsou získané údaje, metody relevantní pro stanovení diagnózy?
- 6) Odráží daná diagnóza skutečný problém pacienta (Holmanová, Žiaková, Čáp, 2006, s. 26)?

Fehring ve svých studiích uvádí několik modelů validizace ošetrovateľských diagnóz. Radíme mezi ně tyto modely: model validity diagnostického obsahu, model klinické diagnostické validity, hodnocení etiologické korelace, na pacienta zaměřený model klinické diagnostické validity a diferenciální diagnostický validizační model. Hlavním důvodem vzniku Fehringových modelů bylo, poskytnout podrobnější metodologii, kterou mohou používat a pochopit sestry magistry, potřeba metodologie, která vyústí v měřitelné údaje a také potřeba standardizovaného přístupu k validizaci za účelem možného srovnání více validizačních studií a také potřeba určit kritéria pro spolehlivost definujících charakteristik (Zeleníková, Žiaková, 2010, s. 119-120).

- 1) Model validity diagnostického obsahu – Diagnostic Content Validity Model (DCV model)

Nejčastěji používaný model ve validizačních studiích. Model, kdy dostatečný počet expertů (25-50) hodnotí definující charakteristiky jednotlivých diagnóz, a ke každé je přiřazována významnost charakteristiky na Likertově stupnici⁵ od 1-5. Pro dosažení shody mezi experty se používá Delfská technika⁶. „Pro každou charakteristiku se vypočítá vážené skóre, které se získá součtem hodnot přiřazených

⁵ 1- žádná významnost, 2- malá významnost, 3- střední významnost, 4- velká významnost, 5 největší významnost (Zeleníková, Žiaková, 2010, s. 120).

⁶ „Delfská technika je založena na panelové diskuzi. Experti posuzují daný znak nejprve individuálně. Shrnutí individuálních výsledků se znovu posuzuje členy expertní skupiny. Tento postup se opakuje až do dosažení jednoznačné shody“ (Holmanová, Žiaková, Čáp, 2007, s. 54).

každé odpovědi a jeho následným vydělením celkového počtu odpovědí“. „Charakteristiky, které mají hodnotu 0,5 a méně jsou vyřazeny“. „Charakteristiky, které dosáhnou více, jak 0,80 jsou považovány za hlavní“. „Celkové DCV skóre se získá součtem ohodnocení individuálních charakteristik a vypočítáním průměru“(Zeleníková, Žiaková, 2010, s. 120).

Tento model se nejvíce využívá. Použit byl například pro tyto ošetrovateľské diagnózy ve validizačních studiích: Narušený obraz těla, Úzkost, Beznaděj, Duchovní tíseň a mnoho dalších (Zeleníková, Žiaková, 2010, s. 120-121).

2) Model klinické diagnostické validity – Clinical Diagnostic Validity Model (CDV model)

Stanovenou zkoumanou ošetrovateľskou diagnózu pozorují a hodnotí dva kliničtí experti, kteří sledují dostatečný počet pacientů (např. 50), přičemž odborníci sledují přítomnost či nepřítomnost každé definující charakteristiky validizované diagnózy a také hodnotí frekvenci předem identifikovaných charakteristik určité diagnózy s těmi charakteristikami, které se projevují u každého pozorovaného pacienta.

Charakteristiky s hodnotou 0,5 a méně jsou vyřazené. Charakteristiky, které mají hodnotu více, jak 0,80 považujeme za hlavní. Celkové skóre se vypočítá součtem skóre každé charakteristiky a vypočítáním průměru.

Ošetrovateľské diagnózy, které mají celkové skóre pod 0,6 Fehring navrhuje přepracovat nebo vyřadit ze seznamu Nanda diagnóz. V těchto dvou uvedených a nejčastěji používaných modelech sehrává důležitou roli soubor expertů. Fehring navrhuje používat hodnotící systém, který by měl zabezpečit, že vybraná sestra má dostatečné vzdělání a potřebné předpoklady, zkušenosti pro tuto činnost. Podle Fehringa, by musela sestra zařazena do souboru expertů dosáhnout minimálně 5 bodů (Zeleníková, Žiaková, 2010, s. 121-123).

Fehringův hodnotící systém expertů uveden v článku Zeleníkové, Žiakové.
Pro přehlednost vytvořena tabulka.

Tab. 1 – Fehringův hodnotící systém expertů

Kritéria	Body
Magisterské vzdělání v ošetrovatelství	4
Magisterská práce zaměřena na oblast relevantní k dané ošetrovateľské diagnóze	1
Publikovaný výzkum v oblasti dané ošetrovateľské diagnózy nebo podobné oblasti	2
Publikovaný článek o problematice ošetrovateľské diagnostiky v časopise	2
Doktorandská dizertační práce v oblasti ošetrovateľské diagnostiky	2
Současná klinická praxe (minimálně 1 rok) v oblasti dané diagnózy	1
Certifikace v oblasti klinické praxe k příslušné oblasti diagnózy	2

Fehringův hodnotící systém expertů tabulka uvedená výše, není vždy možné použít v každé zemi v celém rozsahu. Autoři validizačních studií v závislosti na typu studie a podle podmínek dané země částečně modifikují. V České a Slovenské republice může pro výzkumníky v oblasti validizace ošetrovateľských diagnóz nastat problém, jak naplnit některé Fehringové definované podmínky pro experty. Především se jedná o požadavky týkající se diplomové a disertační práce z oblasti ošetrovateľské diagnostiky, publikovaný článek nebo účast na výzkumu v oblasti dané ošetrovateľské diagnózy. Není možné naplnit všechny Fehringova stanovené kritéria, kritéria byla modifikována tak, aby splňovala současný stav vzdělání sester v klinické praxi (Zeleníková, Žiaková, Čáp, Jarošová, Vrublová, 2010, s. 408-409).

V článku s názvem Návrh kritérií výběru expertů pro validizaci ošetrovatelských diagnóz v ČR a SK je uveden návrh kritérií výběrů expertů pro Českou republiku a Slovenskou republiku.

Tab. 2 – Modifikace Fehringova hodnotícího systému pro ČR a SK

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

3) Hodnocení etiologické korelace – Etiologic Correlational Ratings (ECR)

Tato korelace vyžaduje schopnost kvantifikovat a přesně stanovit diagnózy a předloženou etiologii souvisejících faktorů nebo rizikových faktorů. Vykonáním statistických korelací mezi diagnózami a etiologií se získá ECR skóre. Korelační koeficient se vypočítává na vyjádření síly schopnosti etiologie předpovědět existenci diagnózy (Zeleníková, Žiaková, 2010, s. 123).

4) Na pacienta zaměřený model klinické diagnostické validity

Model využívá informace získané přímo od pacienta. Pacienti, kteří mají ošetrovatelskou diagnózu psychologické nebo behaviorální povahy (např. Úzkost, Beznaděj, Bezmocnost). Tito pacienti jsou vyzváni k hodnocení definujících charakteristik, jak jednotlivé charakteristiky vypovídají o jejich pocitech a chování. Výpočet tohoto modelu a kroky jsou shodné s modelem validity diagnostického obsahu (Zeleníková, Žiaková, 2010, s. 123).

5) Diferenciální diagnostický validizační model – Differential Diagnostic Validation Model (DDV model)

V tomto modelu se vyberou dvě podobné ošetrovatelské diagnózy, a také soubor expertů, kteří budou hodnotit definující charakteristiky. Model se využívá na rozlišení úzce souvisejících diagnóz (např. Strach, Úzkost) popřípadě diagnóz různého stupně (např. mírná, střední, silná úzkost). „Definující charakteristiky obou diagnóz se spojí a sestry – experti hodnotí jejich význam pro každou diagnózu zvlášť, přičemž nevědí, že charakteristiky jsou spojené“. „Hodnoty pro každou charakteristiku jsou sčítané a potom vydělené celkovým počtem odpovědí pro výpočet váženého skóre každé charakteristiky“ (Zeleníková, Žiaková, 2010, s. 123-124).

Za hlavní jsou považované charakteristiky s váženým skórem 0, 80 a více. Skóre 0, 80-0,50 označujeme jako vedlejší charakteristiky. Charakteristiky, které mají skóre 0, 50 a méně nejsou považované za charakteristické pro danou diagnózu. DDV skóre jednotlivých diagnóz dosáhneme součtem skóre validizovaných charakteristik a vydělením počtu validizovaných charakteristik. DDV celkové skóre se porovná u každé diagnózy. Experti nejprve hodnotí soubor pacientů s jednou ošetrovatelskou

diagnózou a poté hodnotí soubor pacientů s podobnou ošetrovatelskou diagnózou (Zeleníková, Žiaková, 2010, s. 123-124).

Výběr uvedených modelů pro konkrétní validizační studii závisí na těchto podmínkách: zkušenosti výzkumníka, podmínky v dané krajině, typ studie, charakter diagnózy. Důležité je také získat adekvátní počet expertů nebo spolupracujících pacientů a také mnoho dalších faktorů (Zeleníková, Žiaková, 2010, s. 126). Pro výzkumné šetření v bakalářské práci bylo použito ošetrovatelské diagnózy Deficit sebepéče při koupání a hygieně.

1.6 Deficit sebepéče při koupání a hygieně

Ošetrovatelská diagnóza deficit sebepéče při koupání a hygieně podle NANDA International, by se dala zařadit k základním fyziologickým potřebám podle psychologa Maslowa.

Hygienickou péči ovlivňuje mnoho faktorů. Patří mezi ně například kultura, sociální, rodinné a individuální faktory každého jednotlivce. Všeobecné registrované sestry musí vědět, které hygienické činnosti si klient zvládne zajistit sám a při kterých musí zasáhnout sestra (Kozierová, 1995, s. 105).

Deficit sebepéče při koupání a hygieně s číselným kódem 00108 a třídou sebepéče se řadí do diagnostické domény č. 4 s názvem aktivita-odpočinek. Patří mezi aktuální ošetrovatelské diagnózy. Diagnostický algoritmus diagnózy uveden v příloze č. 3., s. 57.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíle práce

Pro bakalářskou práci byly zvoleny následující cíle.

- 1) Zjistit nejčastěji stanovené určující znaky a související faktory registrovanými všeobecnými sestrami u ošetrovatelské diagnózy systému NANDA - International "Deficit sebepéče při koupání a hygieně"- 00108.
- 2) Ověřit využitelnost ošetrovatelské diagnózy "Deficit sebepéče při koupání a hygieně 00108" v péči o pacienty na ošetrovací jednotce Fakultní nemocnice Olomouc.

2.2 Metodika práce

2.2.1 Metodika výzkumného šetření

Pro splnění cílů byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Dotazník obsahuje celkem 7 položek. Z toho první 4 položky jsou sestaveny podle postupu diagnostického algoritmu, při stanovení ošetrovatelské diagnózy. Tyto položky dále rozdělujeme do 3 oblastí. V položkách 5 až 7 byly zjišťovány demografické údaje, a to věk, vzdělání a délka praxe. Všechny položky v dotazníku tvořily formu uzavřených otázek. Respondenti, v našem případě všeobecné registrované sestry vyplňovaly dotazník anonymně.

2.2.2 Výzkumná otázka

Pro bakalářskou práci byla zvolena tato výzkumná otázka: „Které nejčastější určující znaky a související faktory využívají registrované všeobecné sestry při stanovení ošetrovatelské diagnózy systému NANDA - International "Deficit sebepéče při koupání a hygieně -00108" ve Fakultní nemocnici Olomouc.“

2.2.3 Charakteristika respondentů

Zkoumaný soubor tvořily všeobecné registrované sestry ve Fakultní nemocnici Olomouc, na klinikách I. a III. Interní kliniky.

2.2.4 Organizace výzkumného šetření

Důležitým krokem před zahájením výzkumného šetření bylo získání souhlasu ve Fakultní nemocnici Olomouc. Po získaném souhlasu mohl začít sběr dat. Výzkumné šetření probíhalo únor – březen 2011. Celkem se rozdalo 60 dotazníků, návratnost byla, ovšem pouze 30 dotazníků (50%). S tímto konečným vzorkem se dále pracovalo při zpracování výsledků.

2.3 Zpracování výsledků výzkumného šetření a jejich analýza

Následující tabulka uvádí návratnost dotazníků z jednotlivých klinik. Při zpracovávání výsledků z výzkumného šetření se počítalo celkově s 30 dotazníky.

Tab. 3 – Návratnost dotazníků z jednotlivých klinik

Klinika	Rozdáno	Návratnost
I. Interní klinika	33	20
III. Interní klinika	27	10

Níže uvádíme zpracování jednotlivých položek z dotazníku. Každá položka je nejprve vyhodnocena v tabulce. Z tabulky dále vyplývá graf.

K vyhodnocení položek používáme absolutní a relativní četnost. Pro zpracovávání výsledků byl použit vzorec pro výpočet relativní četnosti

$$f_i = n_i/n \cdot 100$$

n_i = absolutní četnost

n = celková četnost

f_i = relativní četnost

Relativní četnost podává informaci o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou hodnotu (Chráska, 2000, 48-49).

Jednotlivé položky z dotazníku jsou zpracovány operačním systémem Windows Vista, v programech Microsoft Office Excel 2007.

Oblast I. Zjištění příznaků (určujících znaků)

Položka č. 1

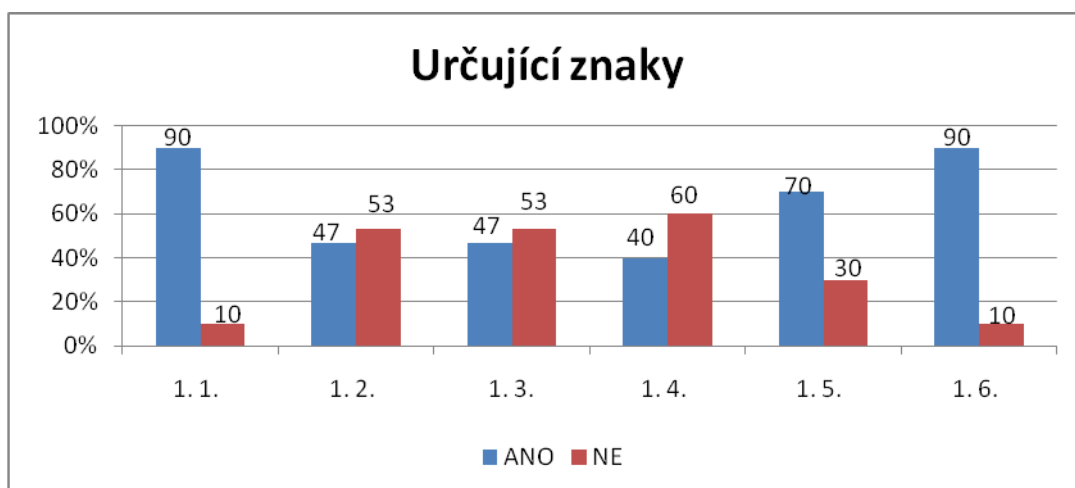
Pokud stanovujete u pacienta ošetrovatelskou diagnózu "deficit sebeděče při koupání a hygieně", které příznaky (určující znaky) u něj nacházíte? Vyberte z nabízených možností v tabulce a označte svoji volbu křížkem X.

Můžete označit libovolný počet Vámi vybraných příznaků (určujících znaků).

V této tabulce je již uváděn počet u jednotlivých určujících znaků.

Tab. 4 – Určující znaky

	Příznaky (určující znaky)	Absolutní četnost		Relativní četnost	
		Ano	Ne	Ano	Ne
1. 1.	Klient není schopen si umýt celé tělo nebo jeho části	27	3	90%	10%
1. 2.	Klient není schopný opatřit si a udržet zdroje vody	14	16	47%	53%
1. 3.	Klient není schopný regulovat teplotu nebo proud vody ke koupání	14	16	47%	53%
1. 4.	Klient není schopen zaopatřit si potřeby ke koupání	12	18	40%	60%
1. 5.	Klient není schopen osušit se	21	9	70%	30%
1. 6.	Klient není schopen se přemístit do koupelny nebo z ní	27	3	90%	10%



Graf 1 – Určující znaky

Ze souboru získaných odpovědí vyplývá, že nejvíce všeobecné sestry označují u stanovení ošetrovatelské diagnózy deficit sebepéče při koupání a hygieně následující:

27 (90%) sester uvádí, že při stanovení této diagnózy je určujícím znakem to, že klient není schopen si umýt celé tělo a jeho části. A rovněž shodné % sester uvádí další určující znak, klient není schopen se přemístit do koupelny nebo z ní. Z tohoto grafu jednoznačně vyplývá, že uvedené určující znaky patří mezi nejčastěji stanovené. 21 (70%) sester uvádí další určující znak, který zní, klient není schopen osušit se. 14 (47%) sester uvedlo, určující znak, že si klient není schopen opatřit a udržet zdroje vody a klient není schopen regulovat teplotu nebo proud vody ke koupání. 12 (40%) sester uvádí, že klient není schopen zaopatřit si potřeby ke koupání.

Položka č. 2

Posuzujete funkční úroveň klienta v oblasti sebepéče pomocí stupnice 0 – 4 (viz. tabulka)? (Marečková, 2006, s. 120-121)

Tab. 5 – Hodnocení funkční úrovně klienta

0	Plně soběstačný
1	Potřebuje pomocné prostředky
2	Potřebuje pomoc od další osoby, asistenci, dohled nebo edukaci
3	Potřebuje pomoc od další osoby a pomocné prostředky
4	Je závislý, na tělesné aktivitě se nepodílí

Z nabízených možností můžete vybrat více odpovědí. Prosím, Vámi vybrané odpovědi označte křížkem.

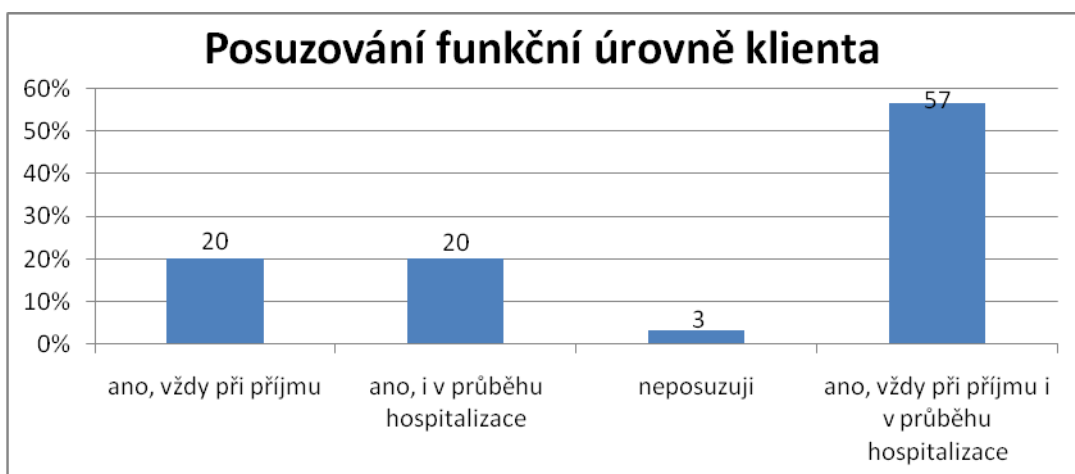
a) ano, vždy při příjmu

b) ano, i v průběhu hospitalizace

c) neposuzuji

Tab. 6 – Posuzování funkční úrovně klienta

Posuzování funkční úrovně klienta	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano, vždy při příjmu	6	20%
ano, i v průběhu hospitalizace	6	20%
neposuzuji	1	3%
ano, vždy při příjmu i v průběhu hospitalizace	17	57%
celkem	30	100%



Graf 2 – Posuzování funkční úrovně klienta

V této položce bylo zjišťováno, kdy sestry posuzují sebepéči klienta. Na výběr byly možnosti a) ano, vždy při příjmu. K této variantě odpovědi se připojilo 6 (20%) sester. Další možností výběru byla odpověď b) ano, i v průběhu hospitalizace. Tuto odpověď označilo shodné % sester. Poslední možností výběru, byla odpověď c) neposuzuji, k této odpovědi se přiklonila 1 (3%) sestra. V této položce měly správně sestry označit odpověď a) i b) zároveň. Tyto dvě odpovědi označilo pouze 17 (57%) sester.

Oblast II. Zjištění příčin (souvisejících faktorů)

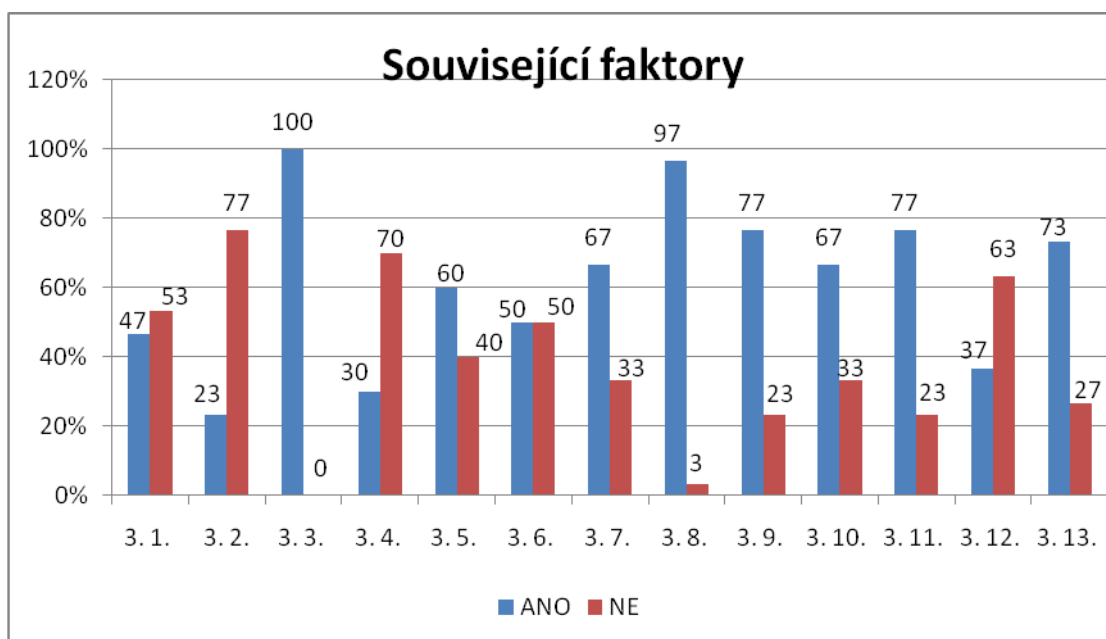
Položka č. 3

Pokud stanovujete u pacienta ošetrovatelskou diagnózu "deficit sebepéče při koupání a hygieně", které příčiny (související faktory) u něj nacházíte? Vyberte z nabízených možností v tabulce a označte svoji volbu křížkem X.

Můžete označit libovolný počet Vámi vybraných příznaků (určujících znaků).

Tab. 7 – Související faktory

	Příčiny (související faktory)	Absolutní četnost		Relativní četnost	
		Ano	Ne	Ano	Ne
3. 1.	Snížená motivace	14	16	47%	53%
3.2.	Nedostatečná motivace	7	23	23%	77%
3. 3.	Bolest	30	0	100%	0%
3. 4.	Silná úzkost	9	21	30%	70%
3. 5.	Neschopnost vnímat své tělo nebo jeho části	18	12	60%	40%
3. 6.	Poruchy vnímání (iluze, halucinace)	15	15	50%	50%
3. 7.	Kognitivní poruchy (např. myšlení, paměť, orientace, schopnost plánovat atd.)	20	10	67%	33%
3. 8.	Vyčerpanost	29	1	97%	3%
3. 9.	Únavnost	23	7	77%	23%
3. 10.	Neuromuskulární poškození	20	10	67%	33%
3. 11.	Muskuloskeletové poškození	23	7	77%	23%
3. 12.	Dyskomfort - nepohodlí	11	19	37%	63%
3. 13.	Bariéry prostředí např. koupelna není umístěna na pokoji, chybní madel v koupelně, protiskluzové podložky	22	8	73%	27%



Graf 3 – Související faktory

V této položce bylo cílem zjistit, které související faktory jsou pro sestry prioritní při stanovení ošetrovatelské diagnózy deficit sebepéče při koupání a hygieně. Jednoznačně 30 (100%) respondentů označilo související faktor bolest. Velké procento 29 (97%) se také přiklonilo k souvisejícímu faktoru, vyčerpání. 23 (77%) respondentů, označilo související faktor únavnost a muskuloskeletové poškození. V zápětí na tyto související faktory navazuje související faktor bariéry prostředí, který považuje za důležitý 22 (73%) sester.

Neuromuskulární poškození a kognitivní poruchy označilo 20 (67%) respondentek. 18 (60%) označilo související faktor neschopnost vnímat své tělo nebo jeho části. 15 (50%) respondentů označilo poruchy vnímání (iluze, halucinace). 14 (47%) sester označilo sníženou motivaci. 11 (37%) sester označilo dyskomfort. 9 (30%) sester se přiklonilo k úzkosti. Poslední související faktor nedostatečná motivace označilo 7 (23%) sester.

Oblast III. Ověření definice

Položka č. 4

Odpovídá definice ošetrovatelské diagnózy (viz. níže) úrovni schopností klienta, u kterého jste stanovili ošetrovatelský problém v oblasti koupání a hygieny?

Definice: Deficit sebepéče je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka se zhoršenou schopností se samostatně okoupat a vykonávat nebo dokončovat denní hygienu.

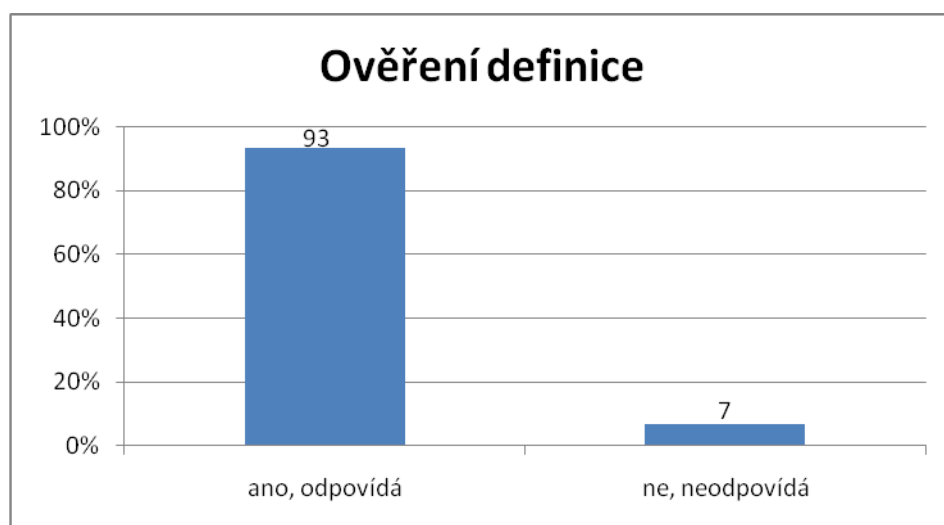
Prosím, Vámi vybranou odpověď označte křížkem.

a) ano, odpovídá

b) ne, neodpovídá

Tab. 8 – Ověření definice

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano, odpovídá	28	93%
ne, neodpovídá	2	7%
celkem	30	100%



Graf 4 – Ověření definice

Ve III. části dotazníku bylo zjišťováno ověření definice podle diagnostického algoritmu. Zda definice diagnózy deficitu sebezpečí při koupání a hygieně odpovídá úrovni schopnosti klienta, u kterého byly vybrány určující znaky a související faktory. Respondenti měli na výběr ze dvou možností. Ano odpovídá, k této odpovědi se přiklonilo 28 (93%) z nich, což je většina. Ne, neodpovídá, tuto odpověď označili 2 (7%) respondenti. Správná odpověď ověření definice je ano, odpovídá.

Oblast IV.

Tato oblast byla věnována demografickým údajům a obsahuje tři položky, a to věk, vzdělání a délka praxe v oboru jako všeobecná sestra.

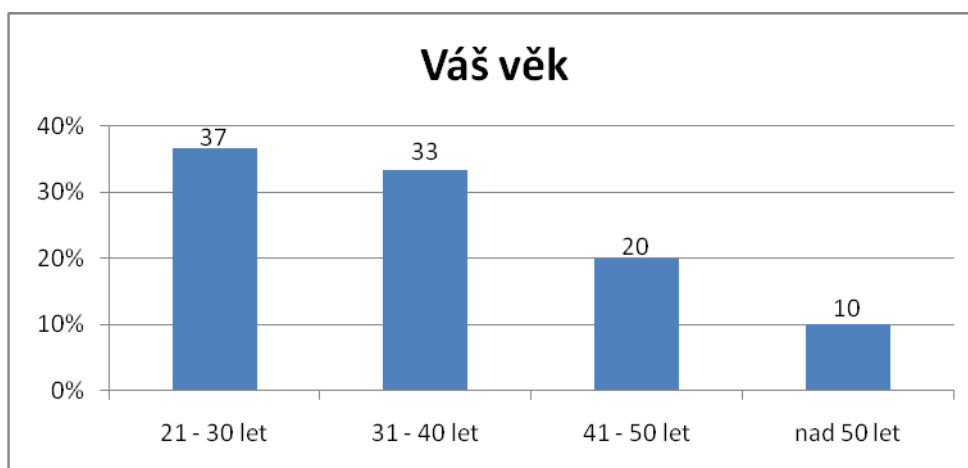
Položka č. 5

Váš věk

- a) 21-30 let
- b) 31-40 let
- c) 41-50 let
- d) nad 50 let

Tab. 9 – Váš věk

Váš věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
21 - 30 let	11	37%
31 - 40 let	10	33%
41 - 50 let	6	20%
nad 50 let	3	10%
celkem	30	100%



Graf 5 – Váš věk

Z tabulky a z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů vyplnilo dotazník ve věkovém rozmezí 21-30 let a to 11 (37%), mezi 31-40 lety vyplnilo dotazník 10 (33%), mezi 41-50 lety vyplnilo dotazník 6 (20%) sester a 3 (10%) sestry vyplnily dotazník nad 50 let.

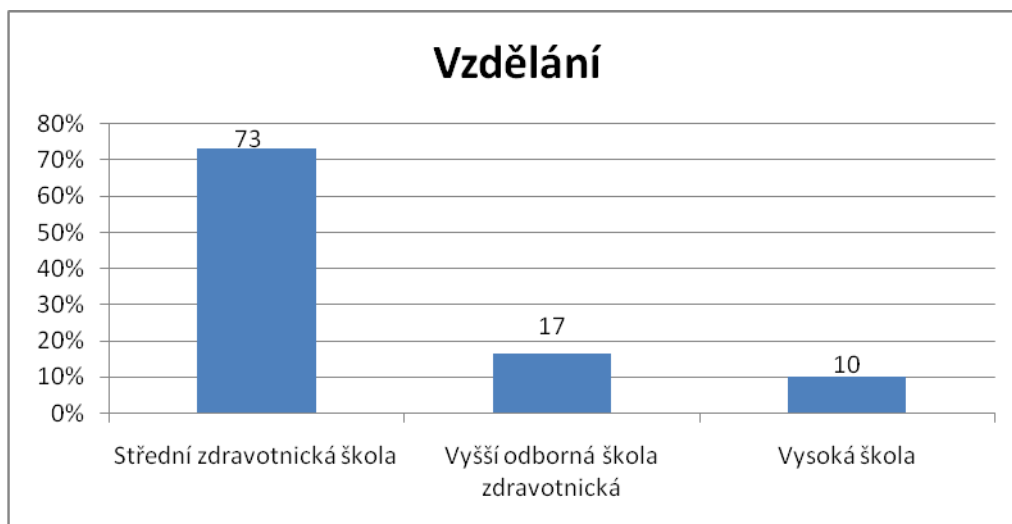
Položka č. 6

Vzdělání

- a) Střední zdravotnická škola
- b) Vyšší odborná škola zdravotnická
- c) Vysoká škola

Tab. 10 – Vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Střední zdravotnická škola	22	73%
Vyšší odborná škola zdravotnická	5	17%
Vysoká škola	3	10%
celkem	30	100%



Graf 6 – Vzdělání

V souboru respondentů bylo zjišťováno vzdělání. Střední zdravotnickou školu absolvovalo 22 (73%) sester. Vyšší odbornou školu zdravotnickou absolvovalo 5 (17%) sester, pouze 3 (10%) sestry vystudovaly vysokou školu.

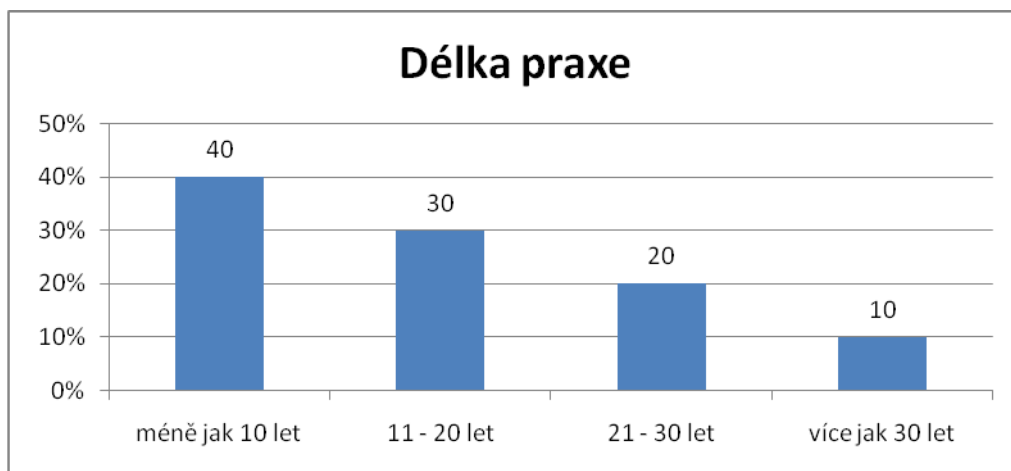
Položka č. 7

Jak dlouho pracuje jako všeobecná sestra?

- a) méně jak 10 let
- b) 11- 20 let
- c) 21- 30 let
- d) více jak 30 let

Tab. 11 – Délka praxe

Jak dlouho pracujete jako všeobecná sestra	Absolutní četnost	Relativní četnost
méně jak 10 let	12	40%
11 - 20 let	9	30%
21 - 30 let	6	20%
více jak 30 let	3	10%
celkem	30	100%



Graf 7 – Délka praxe

Poslední položkou v dotazníku, byla zjišťována délka praxe v oboru všeobecné sestry. 12 (40%) sester vyplnilo dotazník, tyto mají méně jak 10 let praxe. 9 (30%) sester z celkového počtu respondentů má 11-20 let praxe v oboru. 21-30 let praxe v oboru má 6 (20%) sester. Více jak 30 let praxe v oboru mají pouze 3 (10%) sestry.

DISKUSE

Vyhledávání relevantních zdrojů pro bakalářskou práci probíhalo v období listopad – únor. Pro vyhledávací strategii byla použita tato klíčová slova: diagnostický proces, validizace, deficit sebeděže při koupání a hygieně, bathing/hygiene self care deficit. Z českých online databází se využily následující online periodika – Kontakt, Profese-online, ve kterých jsme našli 3 relevantní zdroje ve slovenském jazyce. Využit byl také elektronický časopis s volným přístupem – Ošetrovatelství a porodní asistence, ve kterém jsme našli 2 relevantní zdroje ve slovenském jazyce. Podle klíčového hesla v google databázi nalezeno 117 000 odkazů. Z toho se dalo použít pouze jednoho relevantního zdroje v českém jazyce. Pro diskusi byly použity informační zdroje nalezené v online časopisu International Journal of Nursing Terminology and Classifications. Vyhledávání probíhalo pomocí zadání klíčového hesla bathing/hygiene self care deficit. V tomto online časopise bylo pomocí uvedeného klíčového hesla nalezeno 27 článků. Použitý byl jeden informační zdroj v anglickém jazyce.

Zahraniční studie o deficitu sebeděže při koupání a hygieně z roku 1990 od autorů McKeighen a Mehmert, která se zabývala validizací této ošetrovatelské diagnózy. Zaměřovala se konkrétně na vymezení určujících znaků a souvisejících faktorů u věkové skupiny od 9 až 92 let. Zkoumaný vzorek ve výzkumu z roku 1990, představoval pacienty z chirurgie, rehabilitace, ortopedie, porodnicko-gynekologického oddělení, psychiatrie a intenzivní péče.

Analýza sběru dat pro bakalářskou práci probíhala na jednotkách intenzivní péče a standardních odděleních I. a III. interní kliniky Fakultní nemocnice Olomouc. Ve zpracování výsledků bakalářské práce nebyl získaný vzorek rozdělen podle klinik.

V položce č. 1 byly zjišťovány nejčastější určující znaky

V analýze výsledků, označilo 27 (90%) respondentů určující znak, klient není schopen si umýt celé tělo nebo jeho části. Shodné procento respondentů, jako v předchozím údaji odpovědělo, že k nejčastějšímu určujícímu znaku při stanovení diagnózy deficit sebeděže při koupání a hygieně patří: klient není schopen se přemístit

do koupelny nebo z ní. Další velké procento 21 (70%) respondentů se přiklonilo k určujícímu znaku, klient není schopen osušit se. U těchto tří určujících znaků: výše uvedených se můžeme domnívat, že jsou nejvíce využitelné u klientů na interních odděleních Fakultní nemocnice Olomouc.

Další dva určující znaky, označilo 14 respondentů, tedy 47%. Jednalo se o následující určující znaky: klient není schopen opatřit si a udržet zdroje vody a klient není schopen regulovat teplotu nebo proud vody ke koupání. Poslední určující znak, klient není schopen zaopatřit si potřeby ke koupání, označilo 12 respondentů, tedy 40%. Z uvedených určujících znaků se můžeme domnívat, že tři výše jmenované nepatří u interních pacientů k prioritním při stanovení diagnózy deficit sebepečce při koupání a hygieně. Lze je u interních pacientů vyloučit.

V již výše zmiňované zahraniční studii s názvem Bathing/hygiene self-care deficit: defining characteristics and related factors across age groups and diagnosis-related groups in an acute care setting z časopisu International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, z roku 1990 uvedeno 84% respondentů určující znak, neschopnost umýt si celé tělo nebo jeho části. V téže studii je dále uveden nejčastější určující znak, klient není schopen opatřit si a udržet zdroje vody v 77%.

Položka č. 2 Posuzování funkční úrovně klienta

Výzkumným šetřením bylo zjišťováno, zda sestry provádějí hodnocení funkční úrovně klienta. Jestliže ano, tak kdy toto hodnocení provádějí. Respondenti měli na výběr ze tří možností a to: posuzování provádíme vždy při příjmu, v průběhu hospitalizace nebo vůbec neposuzují. Samozřejmostí je, že by se funkční úroveň klienta v oblasti sebepečce měla provádět při příjmu, ale i v průběhu hospitalizace. V průběhu hospitalizace může totiž dojít u klienta ke zlepšení funkční úrovně v oblasti sebepečce nebo naopak ke zhoršení. Všeobecná sestra nesmí opomenout posuzování funkční úrovně klienta.

Výzkumným šetřením pro bakalářskou práci bylo zjištěno, že 57% sester posuzuje funkční úroveň klienta v oblasti sebepečce vždy při příjmu i v průběhu hospitalizace.

Položka č. 3 Zjištění souvisejících faktorů

V této položce se zjišťovaly nejčastěji stanovené související faktory. Z výsledků výzkumného šetření bylo vyhodnoceno, že 30 (100%) respondentů určilo jako související faktor bolest. Související faktor vyčerpanost označilo 29 (97%) sester. Únavnost a muskuloskeletové poškození označilo 23 (77%) respondentů. Související faktor bariéry prostředí označilo 22 (73%) respondentů. U těchto souvisejících faktorů výše uvedených se můžeme domnívat, že tyto související faktory jsou prioritní při stanovení diagnózy deficit sebepečce při koupání a hygieně u interních pacientů. Následující související faktory, které byly vyhodnoceny pro bakalářskou práci: kognitivní poruchy, označilo 20 (67%) respondentů, totéž shodné procento označilo související faktor neuromuskulární poškození. 18 (60%) sester označilo související faktor, neschopnost vnímat své tělo nebo jeho části. 15 (50%) sester označilo související faktor vnímání. 14 (47%) sester označilo související faktor snížená motivace. 11 (37%) sester označilo související faktor dyskomfort. 9 (30%) sester označilo související faktor silná úzkost. Poslední související faktor nedostatečná motivace, označilo 7 (23%) sester. Související faktory, vyhodnoceny pro bakalářskou práci s výsledkem pod 70%, se můžeme domnívat, že nejsou využitelné při stanovení ošetrovatelské diagnózy deficit sebepečce při koupání a hygieně pro interní pacienty na uvedených klinikách, kde výzkumné šetření probíhalo.

V téže zahraniční studii zmiňované u první položky z roku 1990 nejsou uvedeny všechny související faktory, pro srovnání. Bolest v 59% je uváděna na chirurgickém oddělení. Muskuloskeletové poškození je uvedeno v 66% a to na ortopedii. Neuromuskulární poškození je uvedeno v 71% na oddělení rehabilitace. Kognitivní poruchy v 9%, opět uvedeny na chirurgickém oddělení.

Položka č. 4 Ověření definice

V této položce bylo zjišťováno ověření definice diagnózy deficitu sebepečce při koupání a hygieně. K variantě ano, odpovídá, se přiklonilo 28 (93%) sester. Samozřejmě tato odpověď je správná, protože je to třetí krok algoritmu tzv. ověření definice. Ne definice neodpovídá, označily 2 (7%) sestry.

Položky ke zjištění demografických údajů

Položky v dotazníku, pro zjištění demografických údajů byly: věk, vzdělání a délka praxe.

Položka č. 5 Váš věk

Věk mezi 21-30 lety se pohyboval u 11 (37%) respondentů. Věk mezi 31-40 lety uvedlo 10 (33%) respondentů. Určitě některé sestry ve věkovém rozmezí 21-40 studují a s touto problematikou se setkávají alespoň v průběhu studia. Pro vyšší věkovou kategorii je NANDA nepochopitelná a některé všeobecné registrované sestry nechtějí přijímat nové informace. Mezi 41-50 lety vyplnilo dotazník 6 (20%) sester. Nad 50 let vyplnily dotazník 3 (10%) sestry.

Položka č. 6 Vzdělání

Vzdělání má také určitou souvislost s informacemi týkající se NANDA diagnostiky. Převážná většina sester, která vyplnila dotazník, absolvovala střední zdravotnickou školu. Střední zdravotnickou školu vystudovalo 22 (73%) sester. Vyšší odbornou školu zdravotnickou absolvovalo 5 (17%) sester, zde se již můžeme domnívat, že se sestry v průběhu svého studia setkaly s problematikou NANDA. A pouze 3 (10%) sestry absolvovaly vysokou školu.

Položka č. 7 Jak dlouho pracujete jako všeobecná sestra

K poslední položce z dotazníku, patřilo zjištění délky praxe všeobecné sestry. Výsledky byly následující. Opět vyplnilo dotazník největší procento sester s menší jak 10letou praxí v oboru, a to 12 (40%). S délkou praxe 11-20 let, dotazník vyplnilo 9 (30%) sester. 6 (20%) sester vyplnilo dotazník s praxí od 21-30 let. A pouze 3 (10%) sestry vyplnily dotazník s praxí v oboru více jak 30 let. Můžeme usuzovat, že malé procento (10%) svědčí o tom, že tyto sestry jsou již v praxi mnoho let a tuto problematiku neznají. Také se můžeme domnívat, že se o novou problematiku nezajímají nebo může být pro ně složitá.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zaměřila na téma Diagnostický proces v ošetrovatelské péči s konkrétním zaměřením na deficit sebepéče při koupání a hygieně 00108 podle NANDA International.

K cílům práce patřilo zjistit nejčastěji stanovené určující znaky a související faktory registrovanými sestrami u již zmiňované ošetrovatelské diagnózy. Pro získání dat jsme použili anonymní dotazník, který byl poté vyhodnocen. Z výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že mezi nejčastější určující znaky patří: klient není schopen si umýt celé tělo nebo jeho části 90% a dalším určujícím znakem, který byl z dotazníkového šetření vyhodnocen jako nejčastější, tedy s největším procentem, klient není schopen se přemístit do koupelny nebo z ní. Tento určující znak označilo také 90% respondentů. Posledním určujícím znakem, který jsme usuzovali, jako nejčastější patří, klient není schopen osušit se a to v 70%. Uvedené výsledky bylo možné porovnat s výsledky výzkumného šetření z roku 1990, podrobněji uvedeno v diskusi.

O určujících znacích a souvisejících faktorech, které byly výzkumným šetřením pro bakalářskou práci vyhodnoceny pod 70%, můžeme hovořit jako o nevyužitelných pro interní pacienty.

Druhý cíl se zaměřil na využitelnost ošetrovatelské diagnózy „Deficit sebepéče při koupání a hygieně 00108 v péči o pacienta na ošetrovací jednotce Fakultní nemocnice Olomouc. Tento cíl, bylo nutno ověřit podle validizace dle Fehringa. Pro validizaci jsme použili model validity diagnostického obsahu (DCV). Uvedený Fehringův model patří k nejčastějším modelům používaných ve validizačních studiích (Zeleníková, Žiaková, 2010, s. 120). Výzkumným šetřením pro bakalářskou práci jsme předpokládali, že využitelné určující znaky a související faktory pro určení diagnózy deficit sebepéče při koupání a hygieně bude odpovídat 70-100%. Výzkumné šetření pro bakalářskou práci přineslo přehled nejčastějších určujících znaků a souvisejících faktorů u interních pacientů. Na základě výsledků došlo k vytvoření hodnotícího nástroje, který by mohl sloužit pro praxi k posouzení interních pacientů ve Fakultní

nemocnici Olomouc. Hodnotící nástroj pro interní pacienty seřazujeme podle priorit, jednotlivých určujících znaků a souvisejících faktorů. Hodnotící nástroj pro posouzení v praxi pro interní pacienty vložila jsem do přílohy č. 4., s. 59.

BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE

HERDMAN, H. *Ošetrovateľské diagnózy – Definície a klasifikácie 2009-2011*. Přel. Pavla Kudlová. Praha: Grada, 2010. 456 s. ISBN 978-80-247-3423-1.

HOLMANOVÁ, E.; ŽIAKOVÁ, K.; ČÁP, J. *Metodologické poznámky k problematike validizácie ošetrovateľských diagnóz* [online]. 1/2006, [cit. 2011- 02-07], s. 25-30. Dostupný na [www](http://www.zsf.jcu.cz/struktura/utvary/edicnioddeleni/periodika/kontakt/jednotlivacisla-casopisu-kontakt-podle-rocniku/kontakt06/):

<<http://www.zsf.jcu.cz/struktura/utvary/edicnioddeleni/periodika/kontakt/jednotlivacisla-casopisu-kontakt-podle-rocniku/kontakt06/>>. ISSN 1212-4117

HOLMANOVÁ, E.; ŽIAKOVÁ, K.; ČÁP, J. *Reflexia aplikácie ošetrovateľských diagnóz vo výskume*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2007. 105 s. 230-9. Dostupný na [www](http://zsf.osu.cz/uom/dokumenty/uom-publikace/ebn-2007.pdf): <<http://zsf.osu.cz/uom/dokumenty/uom-publikace/ebn-2007.pdf> ISBN 978- 80-7368>

CHRÁSKA, M. *Základy výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000. 257 s. ISBN 80-7076-798-9.

KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovateľstvo 1*. Přel. Anna Krišková, Mária Musilová, Vlasta Závodná. Martin: Vyd. Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménach*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

MAREČKOVÁ, J.; JAROŠOVÁ, D. *Nanda domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovateľského procesu*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta 2005. 86 s. ISBN 80-7368-058-0.

MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovateľství I. díl*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2003. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.

McKEIGHEN; MEHMERT. Bathing/Hygiene Self-care deficit: Defining Characteristics and related factors across age groups and Diagnosis-Related groups and Diagnosis- Related groups in an Acute care setting. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 10/12, 1990. ISSN 1744-618X.

PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3

STAŇKOVÁ, M. *Jak provádět ošetrovatelský proces – české ošetrovatelství 4*. 1.vyd. Brno: IDVZP, 1999. 66 s. ISBN 80-70-13-283-3.

TRACHTOVÁ, E a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.

Věstník 9/2004 Koncepce ošetrovatelství, Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupný na [www](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html):

<http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html>

ZELENÍKOVÁ, R.; ŽIAKOVÁ, K.; ČÁP, J.; JAROŠOVÁ, D.; VRUBLOVÁ, Y. *Návrh kritérií výberu expertov pre validizáciu ošetrovatelských diagnóz v ČR a SR* [online]. 4/2010, [cit. 2011-02-10], s. 407-413. Dostupný na [www](http://www.zsf.jcu.cz/struktura/utvary/edicni-oddeleni/periodika/kontakt/jednotlivacisla-casopisu-kontakt-podle-rocniku/kontakt-2010/4-2010/):

<<http://www.zsf.jcu.cz/struktura/utvary/edicni-oddeleni/periodika/kontakt/jednotlivacisla-casopisu-kontakt-podle-rocniku/kontakt-2010/4-2010/>> . ISSN 1804-7122.

ZELENÍKOVÁ, R.; ŽIAKOVÁ, K. *Validizačné štúdie ošetrovatelských diagnóz* [online]. 1/2010, roč. 1 [cit. 2011-02-07], s. 1-9. Dostupné na [www](http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-01/1_zelenikova.pdf):

<http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-01/1_zelenikova.pdf>

ZELENÍKOVÁ, R.; ŽIAKOVÁ, K. *Využitie Fehlingových modelov pri validizácii ošetrovatelských diagnóz* [online]. duben 2010, roč. III/2 [cit. 2010-12-13], s. 117-128. Dostupné na [www](http://profeseonline.upol.cz/vyuzitie-fehringovych-modelov-pri-validizacii-osetrovatelskych-diagnoz/): <<http://profeseonline.upol.cz/vyuzitie-fehringovych-modelov-pri-validizacii-osetrovatelskych-diagnoz/>>

SEZNAM ZKRATEK

WICHE - Western Interstate Commission on Higher Education

ANA – Americká asociace sester

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association, severoamerická asociace pro ošetrovatelské diagnózy

MKO – Mezinárodní klasifikace onemocnění

NIC – Nursing Interventions Classification – Klasifikace ošetrovatelských intervencí

NOC – Nursing Outcomes Classification – Klasifikace očekávaných výsledků ošetrovatelské péče

DCV – Model validity diagnostického obsahu - Diagnostic Content Validity Model

CDV – Model klinické diagnostické validity - Clinical Diagnostic Validity Model

ČR – Česká republika

SK – Slovenská republika

ECR – Hodnocení etiologické korelace – Etiologic Correlational Ratings

DDV – Diferenciální diagnostický validizační model – Differential Diagnostic Validation Model

atd. – a tak dále

např. – například

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 – Fehringův hodnotící systém expertů.....	24
Tab. 2 – Modifikace Fehringova hodnotícího systému v ČR a SK.....	25
Tab. 3 – Návratnost dotazníků z jednotlivých klinik.....	29
Tab. 4 – Určující znaky.....	30
Tab. 5 – Hodnocení funkční úrovně klienta.....	31
Tab. 6 – Posuzování funkční úrovně klienta.....	32
Tab. 7 – Související faktory.....	33
Tab. 8 – Ověření definice.....	35
Tab. 9 – Váš věk.....	36
Tab. 10 – Vzdělání.....	37
Tab. 11 – Délka praxe.....	38

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 –Určující znaky	31
Graf 2–Posuzování funkční úrovně klienta	32
Graf 3 – Související faktory	34
Graf 4 – Ověření definice	35
Graf 5 – Váš věk.....	37
Graf 6 – Vzdělání	38
Graf 7 – Délka praxe.....	39

SEZNAM PŘÍLOH

Příl. 1 – Dotazník.....	52
Příl. 2 – Souhlas s provedením výzkumného šetření.....	56
Příl. 3 – Algoritmus diagnózy Deficit sebepéče při koupání a hygieně 00108.....	57
Příl. 4 – Hodnotící nástroj pro posouzení v praxi pro interní pacienty.....	59

Příl. 1 – Dotazník

Vážené všeobecné sestry,

dostává se vám do rukou dotazník, který je vypracován pro výzkumné šetření k bakalářské práci na téma Diagnostický proces v ošetrovatelské péči u diagnózy deficit sebepéče při koupání a hygieně podle klasifikace ošetrovatelských diagnóz NANDA 2009-2011. Cílem výzkumného šetření je zjistit nejčastěji stanovené příznaky (určující znaky) a příčiny (související faktory) registrovanými všeobecnými sestrami u této ošetrovatelské diagnózy. A také ověřit využitelnost ošetrovatelské diagnózy deficit sebepéče při koupání a hygieně v péči o pacienty na ošetrovací jednotce Fakultní nemocnice Olomouc.

Dotazník je zcela anonymní a získané údaje budou použity výhradně ke zpracování výzkumného šetření v bakalářské práci.

Předem děkuji za spolupráci a za váš čas při vyplnění dotazníku

Barbora Laníková, studentka 3. ročníku

oboru Všeobecná sestra

prezenční studium, FZV UP v Olomouci

Oblast I. Zjištění příznaků (určujících znaků)

Položka č. 1

Pokud stanovujete u pacienta ošetrovatelskou diagnózu "deficit sebepéče při koupání a hygieně", které příznaky (určující znaky) u něj nacházíte? Vyberte z nabízených možností v tabulce a označte svoji volbu křížkem X.

Můžete označit libovolný počet Vámi vybraných příznaků (určujících znaků).

	Příznaky (určující znaky)	Ano	Ne
1. 1.	Klient není schopen si umýt celé tělo nebo jeho části		
1. 2.	Klient není schopný opatřit si a udržet zdroje vody		
1. 3.	Klient není schopný regulovat teplotu nebo proud vody ke koupání		
1. 4.	Klient není schopen zaopatřit si potřeby ke koupání		

1. 5.	Klient není schopen osušit se		
1. 6.	Klient není schopen se přemístit do koupelny nebo z ní		

Položka č. 2

Posuzujete funkční úroveň klienta v oblasti sebepéče pomocí stupnice 0 – 4 ⁷(viz. tabulka)?

0	Plně soběstačný
1	Potřebuje pomocné prostředky
2	Potřebuje pomoc od další osoby, asistenci, dohled nebo edukaci
3	Potřebuje pomoc od další osoby a pomocné prostředky
4	Je závislý, na tělesné aktivitě se nepodílí

Z nabízených možností můžete vybrat více odpovědí. Prosím, Vámi vybrané odpovědi označte křížkem.

- a) ano, vždy při příjmu
- b) ano, i v průběhu hospitalizace
- c) neposuzuji

Oblast II. Zjištění příčin (souvisejících faktorů)

Položka č. 3

Pokud stanovujete u pacienta ošetrovatelskou diagnózu "deficit sebepéče při koupání a hygieně", které příčiny (související faktory), u něj nacházíte? Vyberte z nabízených možností v tabulce a označte svoji volbu křížkem X.

Můžete označit libovolný počet Vámi vybraných příznaků (určujících znaků).

	Příčny (související faktory)	Ano	Ne
3. 1.	Snížená motivace		
3.2.	Nedostatečná motivace		
3. 3.	Bolest		
3. 4.	Silná úzkost		
3. 5.	Neschopnost vnímat své tělo nebo jeho části		

⁷ MAREČKOVÁ, J. Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách, s. 120-121

3. 6.	Poruchy vnímání (iluze, halucinace)		
3. 7.	Kognitivní poruchy (např. myšlení, paměť, orientace, schopnost plánovat atd.)		
3. 8.	Vyčerpanost		
3. 9.	Únavnost		
3. 10.	Neuromuskulární poškození		
3. 11.	Muskuloskeletové poškození		
3. 12.	Dyskomfort - nepohodlí		
3. 13.	Bariéry prostředí např. koupelna není umístěna na pokoji, chybění madel v koupelně, protiskluzové podložky		

Oblast III. Ověření definice

Položka č. 4

Odpovídá definice ošetřovatelské diagnózy (viz. níže) úrovni schopností klienta, u kterého jste stanovili ošetřovatelský problém v oblasti koupání a hygieny?

Definice: Deficit sebepéče je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka se zhoršenou schopností se samostatně okoupat a vykonávat nebo dokončovat denní hygienu.

Prosím, Vámi vybranou odpověď označte křížkem.

- a) ano, odpovídá
- b) ne, neodpovídá

Oblast IV.

Položka č. 5

Váš věk

- a) 21-30 let
- b) 31-40 let
- c) 41-50 let
- d) nad 50 let

Položka č. 6

Vzdělání

- a) Střední zdravotnická škola
- b) Vyšší odborná škola zdravotnická
- c) Vysoká škola

Položka č. 7

Jak dlouho pracuje jako všeobecná sestra?

- a) méně jak 10 let
- b) 11- 20 let
- c) 21- 30 let
- d) více jak 30 let

Příl. 2 – Souhlas s provedením výzkumného šetření

07-02-2011

Vážená paní
Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
Proděkanka pro studijní,
sociální a pedagogické záležitosti
ÚOPA FZV UP Olomouc
Tř. Svobody 8
771 11 Olomouc

V Olomouci dne 31. 1. 2011

Věc: Žádost o povolení sběru dat k výzkumnému šetření u registrovaných všeobecných sester ve Fakultní nemocnici Olomouc

Vážená paní proděkanko,
chtěla bych Vás požádat o povolení výzkumného šetření u registrovaných všeobecných sester k závěrečné bakalářské práci na téma Diagnostický proces v ošetrovatelské péči. Cílem bakalářské práce je:

1) Zjistit nejčastěji stanovené určující znaky a související faktory registrovanými všeobecnými sestrami u ošetrovatelské diagnózy systému NANDA - International „Deficit sebepéče při koupání a hygieně“ 00108.

2) Ověřit využitelnost ošetrovatelské diagnózy „Deficit sebepéče při koupání a hygieně“ 00108 v péči o pacienty na ošetrovací jednotce Fakultní nemocnice Olomouc.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který k žádosti přikládám.

Závěrečnou bakalářskou práci vypracovávám pod vedením Mgr. Lenky Mazalové ÚOPA FZV UP Olomouc, která též dohlíží na etická kritéria této práce.

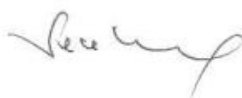
V případě zájmu Vám poskytnu více informací i výsledky šetření.
Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Barbora Laníková
3. ročník všeobecná sestra
prezenční forma, FZV UP Olomouc

Kontaktní adresa:
Mgr. Lenka Mazalová
ÚOPA FZV UP Olomouc
Tř. Svobody 8
771 11 Olomouc
Tel. 585632802
lenka.mazalova@upol.cz

Kontaktní adresa:
Štramberská 1350
742 58 Příbor
Tel. 732 484 893
lanikova.b@seznam.cz



Bc. Martin Zádava
manažer
nelékařské služby
FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUČ

71-02-2011

Příl. 3 –Algoritmus diagnózy Deficit sebepéče při koupání a hygieně 00108

I. krok stanovení určujících znaků

Určující znaky	Neschopnost:	Umýt si celé tělo nebo jeho části
		Opatřit si a udržet zdroje vody
		Regulovat teplotu nebo proud vody ke koupání
		Zaopatřit si potřeby ke koupání
		Osušit se
		Přemístit se do koupelny nebo z ní

Při stanovení diagnózy deficit sebepéče při koupání a hygieně je vhodné provést funkční hodnocení úrovně pacienta.

0	Plně soběstačný
1	Potřebuje pomocné prostředky
2	Potřebuje pomoc od další osoby, asistenci, dohled nebo edukaci
3	Potřebuje pomoc od další osoby a pomocné prostředky
4	Je závislý, na tělesné aktivitě se nepodílí

II. krok Stanovení souvisejících faktorů

Související faktory	Snížená nebo nedostatečná motivace
	Bolest
	Silná úzkost
	Neschopnost vnímat své tělo nebo jeho části
	Percepční nebo kognitivní poruchy
	Vyčerpanost nebo únavnost
	Neuromuskulární poškození
	Muskuloskeletové poškození
	Dyskomfort (nepohodlí)
	Bariéry prostředí

III. krok Ověření definice

„Deficit sebepečce při koupání a hygieně je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka se zhoršenou schopností se samostatně okoupat a vykonávat nebo dokončovat denní hygienu“ (Marečková, 2006, s. 120–121).

Příl. 4 – Hodnotící nástroj pro posouzení v praxi pro interní pacienty Fakultní nemocnice Olomouc

Určující znaky			
Nad 70% využitelné	Klient není schopen si umýt celé tělo nebo jeho části	Pod 70% nevyužitelné	Klient není schopný opatřit si a udržet zdroje vody
	Klient není schopen se přemístit do koupelny nebo z ní		Klient není schopný regulovat teplotu nebo proud vody ke koupání
	Klient není schopen osušit se		Klient není schopen zaopatřit si potřeby ke koupání

Související faktory			
Nad 70% využitelné	Bolest	Pod 70% nevyužitelné	Kognitivní poruchy (např. myšlení, paměť, orientace, schopnost plánovat atd.)
	Vyčerpanost		Neuromuskulární poškození
	Únavnost		Neschopnost vnímat své tělo nebo jeho části
	Muskuloskeletové poškození		Poruchy vnímání (iluze, halucinace)
	Bariéry prostředí např. koupelna není umístěna na pokoji, chybění madel v koupelně, protiskluzové podložky		Snížená motivace
			Dyskomfort - nepohodlí
			Silná úzkost
			Nedostatečná motivace