

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Pedagogická fakulta
Katedra antropologie a zdravotní vědy

Bc. Monika Koupilová
III. ročník – navazující magisterské prezenční studium
Obor: Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

**Návrh základního souboru ošetřovatelských
diagnóz u vybraných skupin klientů**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Jana Majerová

Olomouc 2011

„Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškeré prameny, které jsem použila.“

V Olomouci.....2011

.....
Bc. Monika Koupilová

Děkuji:

Mgr. Janě Majerové z Katedry antropologie a zdravotní pedagogiky Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, vedoucí své diplomové práce, za odborné vedení, cenné rady a velkou trpělivost, doc. PhDr. Janě Marečkové, Ph.D., děkance Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, za inspiraci a cenné rady, Mgr. Lence Mazalové za odborné konzultace, Ing. Alexandru Hlouškovi za pomoc s úpravou textu, Mgr. Haně Zrníkové, hlavní sestře Vojenské nemocnice Olomouc, za podporu a umožnění výzkumu, svým kolegyním a rodině za podporu a trpělivost.

Obsah

1 ÚVOD	6
2 CÍL PRÁCE	8
3 TEORETICKÉ POZNATKY	9
3.1 Obor ošetrovatelství	9
3.1.1 Holismus	10
3.1.2 Role ošetrovateľských profesionálů	11
3.1.3 Ošetrovateľský proces	13
3.1.3.1 Fáze ošetrovateľského procesu	15
3.1.3.2 Význam ošetrovateľského procesu	19
3.2 Ošetrovateľská diagnostika	20
3.2.1 Ošetrovateľská diagnóza.....	21
3.2.1.1 NANDA	22
3.2.1.2 Vývoj formy ošetrovateľské diagnózy	23
3.2.1.3 Taxonomie ošetrovateľských diagnóz	25
3.2.2 Klasifikační systém ošetrovateľských diagnóz NANDA-International, taxonomie verze II.....	26
3.2.2.1 Model funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon	29
3.2.2.2 Implementace klasifikačního systému NANDA-International do praxe	30
3.2.3 Diagnostický algoritmus a jeho fáze	31
3.3 Lidské potřeby	32
3.3.1 Maslowova teorie potřeb.....	33
3.3.2 Motivace a aktivizace.....	34
3.4 Charakteristika ošetrovateľské situace vybraných skupin klientů	35
3.4.1 Klienti s vertebrogenními poruchami.....	35
3.4.2 Klienti s ischemickou mozkovou příhodou.....	36
3.4.3 Klienti s roztroušenou mozkomíšní sklerózou	37
3.4.4 Klienti s vertigem	37
3.4.5 Klienti s Parkinsonovou chorobou	39
3.4.6 Klienti s epilepsií.....	40
3.4.7 Klienti s expanzivním intrakraniálním procesem	41
3.4.8 Klienti s cefaleou.....	42
3.4.9 Klienti s Bellovou obrnou	43
3.4.10 Klienti s polyneuropatií.....	44

3.4.11 Klienti s imobilizačním syndromem	45
3.4.12 Klienti s amyotrofickou laterální sklerózou	45
3.4.13 Klienti s torticollis	46
3.4.14 Klienti s myastenii gravis	47
3.4.15 Klienti s neuralgií trigeminu	47
4 METODIKA PRÁCE	49
4.1 Výzkumný soubor	49
4.2 Organizace výzkumu	50
4.3 Vlastní metodika výzkumu	50
5 VÝSLEDKY	53
5.1 Šetření u klientů s vertebrogenními poruchami	53
5.2 Šetření u klientů s ischemickou mozkovou příhodou	58
5.3 Šetření u klientů s roztroušenou mozkomíšní sklerózou	61
5.4 Šetření u klientů s vertigem	64
5.5 Šetření u klientů s Parkinsonovou chorobou	67
5.6 Šetření u klientů s epilepsií	70
5.7 Šetření u klientů s expanzivním intrakraniálním procesem	72
5.8 Šetření u klientů s cefaleou	76
5.9 Šetření u klientů s Bellovou obrnou	78
5.10 Šetření u klientů s polyneuropatií	79
5.11 Šetření u klientů s imobilizačním syndromem	80
5.12 Šetření u klientů s amyotrofickou laterální sklerózou	83
5.13 Šetření u klientů s torticollis	85
5.14 Šetření u klientů s myastenii gravis	86
5.15 Šetření u klientů s neuralgií trigeminu	87
5.16 Diskuse	88
6 ZÁVĚR	90
7 SOUHRN, SUMMARY	92
8 REFERENČNÍ SEZNAM	94
8.1 Použitá literatura	94
8.2 Internetové zdroje	98
9 PŘÍLOHY	99

1 ÚVOD

Motto:

*„Abyste mohli dělat věci jinak,
musíte je jinak i vidět.“*

Paul Allaire

V současnosti zaznamenává obor ošetrovatelství v souvislosti s rozvojem univerzitního ošetrovatelského školství bouřlivý vývoj. Na univerzitách se také soustředí ošetrovatelský výzkum. V praxi je zase v souvislosti se společenskými a ekonomickými změnami posledních dvou desetiletí stále více kladen důraz na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče.

Z uvedených determinant vyplývá požadavek na poskytování ošetrovatelské péče podle nejnovějších poznatků vědy. Aby bylo možné hodnotit kvalitu poskytnuté péče, je nutné její pečlivé a všem zúčastněným ošetrovatelským profesionálům srozumitelné dokumentování. Ošetrovatelská dokumentace je důležitým a nezastupitelným zdrojem informací o poskytnuté péči. Za tuto poskytnutou péči i za vedení ošetrovatelské dokumentace ošetrovatelští profesionálové přímo zodpovídají.

V souladu s nejnovějšími poznatky ošetrovatelské vědy je klasifikační systém ošetrovatelských diagnóz NANDA–International, taxonomie verze II, který poskytuje standardizované názvy ošetrovatelských problémů klienta formulované do ošetrovatelské diagnózy, která je opatřena číselným kódem. Tento klasifikační systém ve své současné podobě (druhá verze) je relativně nový, publikovaný v roce 2002. Taxonomie NANDA-I vydává publikaci *NANDA-I Ošetrovatelské diagnózy : definice & klasifikace* zahrnující nové poznatky vždy po dvou letech. V češtině je tento klasifikační systém dostupný v knize Jany Marečkové *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách* a nově v aktuálním překladu Pavly Kudlové *Ošetrovatelské diagnózy : definice a klasifikace 2009-2011*. Nyní tento klasifikační systém čeká implementace do praxe.

Teoretická část diplomové práce objasňuje výhody tohoto klasifikačního systému. Dle Marečkové by se nyní měla odborná ošetrovatelská veřejnost (v první fázi implementace tohoto systému do praxe) zaměřit na vytváření základních souborů

ošetřovatelských diagnóz pro modelové situace klientů v jednotlivých ošetřovatelských specializacích. Tyto soubory by měly vznikat na podkladě testování a výzkumem doložitelných faktů. Na základě tohoto odborného požadavku a výzkumného šetření budou v praktické části práce navrženy základní soubory ošetřovatelských diagnóz u vybraných skupin klientů s neurologickým onemocněním. Zkoumaným souborem budou klienti Vojenské nemocnice Olomouc, hospitalizovaní na neurologickém oddělení v roce 2009. Obsahovou analýzou zdravotnické dokumentace zkoumaného souboru klientů budou získána data pro rozdělení klientů do podsouborů dle typu neurologického onemocnění. U těchto podsouborů klientů bude zjištěna frekvence ošetřovatelských diagnóz, nestandardizované názvy diagnóz budou převedeny do standardizované terminologie. Následnou analýzou dat budou vytvořeny základní soubory ošetřovatelských diagnóz v klasifikačním systému NANDA-International, taxonomie verze II, které by na výstupu měly být ve stavu použitelném pro testování v praxi.

Hlavní kapitoly teoretické části se zabývají vědním oborem ošetřovatelství, diferenciální ošetřovatelskou diagnostikou jako druhou fází ošetřovatelského procesu, lidskými potřebami, na které je ošetřovatelství zaměřeno a charakteristikami ošetřovatelských situací jednotlivých skupin klientů.

Pro toto téma jsem se rozhodla na základě výše zmíněného odborného požadavku a dále na základě rozporů v názvech skutečně stanovovaných ošetřovatelských diagnóz a deficitu používání standardizovaných názvů ošetřovatelských diagnóz v praxi. Výběr zkoumaného souboru vyplývá z mé dlouholeté práce na neurologických odděleních a tedy z bohatých praktických zkušeností s touto problematikou.

2 CÍL PRÁCE

Hlavní cíl výzkumu:

- návrh základního souboru ošetřovatelských diagnóz v klasifikačním systému ošetřovatelských diagnóz NANDA-International, taxonomie verze II pro ošetřovatelskou diagnostiku u vybraných skupin klientů s neurologickým onemocněním

Dílčí cíle výzkumu:

- 1.návrh převodní tabulky názvů skutečně stanovených ošetřovatelských diagnóz do klasifikačního systému ošetřovatelských diagnóz NANDA-International, taxonomie verze II
- 2.zjištění frekvence identifikovaných ošetřovatelských problémů u skupin klientů hospitalizovaných na oddělení neurologie Vojenské nemocnice Olomouc v roce 2009 a její procentuální vyjádření

3 TEORETICKÉ POZNATKY

3.1 Obor ošetřovatelství

Definice oboru dle WHO: „Ošetřovatelství je systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodiny a celého společenství, v němž žijí, které jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu.“ (Staňková, et al., 2005).

Moderní ošetřovatelství je samostatná vědní disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Je založeno na samostatnosti sestry, úzce spolupracuje s lékaři, dalšími zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky. Cílem ošetřovatelství je podpora a upevnění zdraví, podílení se na navrácení zdraví, zmírnění utrpení nemocného člověka a zajištění klidného umírání a důstojné smrti (Koncepce ošetřovatelství, 2004).

„Ošetřovatelství vyhledává, předchází a odstraňuje či zmírňuje problémy v oblasti lidských potřeb a současně tím podporuje odborné zaměření dalších profesí multidisciplinárního zdravotnického týmu ve prospěch zdraví populace. Tímto pojetím ošetřovatelství respektuje definici zdraví WHO: zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnosti nemoci či vady“ (Marečková, Jarošová, 2005, s. 6).

V rovině vědecko-teoretické je ošetřovatelství multidisciplinárním oborem s vlastní teoretickou základnou a její praktickou aplikací. Každý vědní obor je charakterizován vědními prvky. V oboru ošetřovatelství to jsou:

- filozofie – výchozí filozofií je **holismus** – filozofie celostnosti
- metaparadigma – globální pohled na obsahové zaměření vědní disciplíny, tvoří první úroveň rozlišení mezi vědními disciplínami – předmět zkoumání – obsahuje čtyři pojmy – čtyři metaparadigmatické koncepce:
 1. **člověk** – jako příjemce ošetřovatelské péče – jedinec, rodina, skupina, komunita, společnost

2. **zdraví** – různé rozpětí stavu příjemce ošetrovatelské péče od tělesné a duševní pohody po až po nemoc
3. **prostředí** – aktuální prostředí příjemce ošetrovatelské péče a jeho blízkých osob, fyzické, sociální a kulturní prostředí
4. **ošetrovatelské činnosti** – aktivity sester a porodních asistentek prováděné v zájmu příjemce ošetrovatelské péče a ve spolupráci s ním
 - paradigma – koncepční modely a teorie oboru – vzory pro uvažování v oboru
 - metodologie – nauka o vědeckých metodách oboru – metodou praxe je **ošetrovatelský proces**
 - výzkum – orientovaný na předmět zkoumání oboru (Mastiliaková, 2005, Pavlíková, 2006).

„Ošetrovatelskou péči poskytují zdravotničtí pracovníci v oboru ošetrovatelství (všeobecné sestry a porodní asistentky), které mají zákonem vymezené kompetence (tzv. regulované nelékařské profese s koordinovanou odbornou přípravou na úrovni EU, mezinárodní označení – sestry 1. úrovně). Jsou to osoby, které získaly profesní kvalifikaci ve studijních programech na vysokých školách, které byly akreditovány v souladu se směrnicemi EU. Všeobecné sestry a porodní asistentky se po získání profesní kvalifikace specializují a nepřetržitě kontinuálně vzdělávají“ (Boroňová, 2010, s.11).

3.1.1 Holismus

Termín holismus pochází z řeckého slova *holos*, které znamená celek. Holismus je filozofický směr, idealistická „filozofie celistvosti“, je blízký teorii emergentního vývoje. Tento termín poprvé použil ve své knize „Holismus a evoluce“ v roce 1926 jihoafrický politik a generál J. Ch. Smuts (Mastiliaková, 2007).

Podle Smutse je celek neredukovatelný, nehmotný a nepoznatelný, lze jej rozdělit na části, ale tímto rozdělením celkovost zanikne (Archalousová, 2006).

Holistická teorie považuje všechny živé organismy za jednotné celky v interakci, celek je zde více než pouhý součet jejich částí. Z toho plyne, že jakákoli porucha v jedné části ovlivňuje další části a narušuje tak celý systém. Tato koncepce aplikovaná

v ošetrovatelství znamená, že sestry musí vidět klienta jako celek, jako bio-psycho-sociální jednotu. Hovoříme o bio-psycho-sociálním modelu zdraví a nemoci (Trachtová, et al., 2001).

„Holistické zdraví zahrnuje celou osobnost – celé lidské bytí a kvalitu životního stylu (tělesnou zdatnost, primární prevenci negativních fyzických a emocionálních stavů, zvládání stresu, reakce na prostředí, sebepojetí a spiritualitu“ (Boroňová, 2010, s. 47).

Holistický přístup k člověku začaly sestry v klinické praxi prosazovat ve snaze o zachování rovnováhy mezi technickým pokrokem a potřebami člověka. Vývoj medicínské praxe vyústil do stádia vysoké závislosti na složitých diagnostických a léčebných intervencích, které dostaly prioritu před člověkem jako lidskou bytostí. Role sestry se takto obohatila i na individuální ochránkyně práv pacienta s důrazem na etické principy kvality života (Mastiliaková, 2007).

Sestry nepečují o izolované části a funkce člověka, ale o úplnou holisticky pojatou bytosť. Důležitým aspektem holistické péče v době zdraví i nemoci je skutečnost, že pomáhá člověku převzít odpovědnost za své zdraví (Mastiliaková, 2007).

3.1.2 Role ošetrovatelských profesionálů

Jak uvádí Marečková a Jarošová (2005), termín ošetrovatelství profesionálové označuje dvě regulované zdravotnické profese, tj. všeobecné sestry a porodní asistentky. Obě tyto profese patří pod vědní obor ošetrovatelství, protože užívají jeho terminologii, diagnostické a metodické postupy, výsledky výzkumných šetření apod. Ve své praxi plní čtyři role, které by měly být obsaženy v náplni práce všech zdravotnických institucí:

1. **role autonomní** – zahrnuje diagnostiku ošetrovatelských problémů v oblasti lidských potřeb, užívání ošetrovatelské terminologie a diagnostických pojmů, tvorbu plánů ošetrovatelské péče, včetně intervencí vyplývajících z ošetrovatelské diferenciatní diagnostiky, které mohou konat bez indikace lékaře, vedení denních záznamů o realizované péči, zpracování propouštěcích ošetrovatelských zpráv, prevenci vzniku ošetrovatelských problémů, onemocnění a deficitu ve zdraví, poskytování informací a edukaci odpovídající

jejich kompetenci, podporu a provázení osob a rodin v krizových a zdraví odlišných situacích

2. **role kooperativní** – zahrnuje spolupráci na opatřeních zdravotnického týmu ve prospěch zdraví klienta (plnění ordinace lékařů a dalších odborníků), účelnou komunikaci při spolupráci se zdravotnickým týmem (předávání informací o klientech, diskuse při hledání týmového postupu apod.), respektování rolí profesionálů týmu interdisciplinárního (složeného z ošetrovatelských profesionálů) a multidisciplinárního (složeného z představitelů různých profesí – lékařů, fyzioterapeutů, psychologů a dalších, kteří mají podíl na péči o uživatele zdravotnických služeb), respektování vlastních ošetrovatelských kompetencí a jejich nepřesahování
3. **role výzkumná a rozvojová** – zahrnuje využívání nových poznatků oboru a výsledků výzkumných a rozvojových aktivit, zájem o odbornou literaturu a získávání informací z odborných periodik, spolupráci nebo vedení rozvojových a výzkumných projektů, účast na tvorbě standardů ošetrovatelské péče či porodní asistence, vývoj formulářů důsledné ošetrovatelské dokumentace, kontinuální celoživotní vzdělávání, podporu a využívání principu *evidence based nursing* (ošetrovatelství založené na důkazech), využívání poznatků z elektronických databází, rozvoj všech oblastí ošetrovatelství a porodní asistence včetně terminologie i komunitní péče
4. **role koordinační a řídicí** – zahrnuje koordinaci práce ošetrovatelského týmu v roli primární sestry nebo primární porodní asistentky zaměřenou k přidruženým nebo skupinovým sestrám a porodním asistentkám, zdravotnickým asistentům a ošetrovatelkám ve prospěch skupiny klientů dané primární sestry nebo porodní asistentky, zavádění skupinové a primární ošetrovatelské péče, sledování efektivity ošetrovatelských činností u klientů své primární skupiny, řízení nebo účast v ošetrovatelském auditu, hodnocení, řízení a vzdělávání podřízených pracovníků, mentorování, užívání informačních a komunikačních technologií k důsledné práci s daty ošetrovatelské reality a jejich využívání pro sledování nákladovosti ošetrovatelské péče (Marečková, Jarošová, 2005).

3.1.3 Ošetrovatelský proces

Motto:

*„Nic nemůže zastavit myšlenku,
pro niž nastal čas...“*

Viktor Hugo

Výraz *proces* znamená zákonitě, postupně na sebe navazující a vnitřně vzájemně spojené změny jevů, věcí a systémů (Kraus et al., 2005).

Ošetrovatelská péče realizovaná v určitém čase je procesem, neboť každá činnost v čase je procesem (Boroňová, 2010).

„Proces je série plánovaných činností či operací zaměřených na určitý výsledek“
(Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 166).

V zahraničí pracují sestry metodou ošetrovatelského procesu již více než čtyřicet let. V České republice se prvky ošetrovatelského procesu začínaly postupně zavádět do ošetrovatelské praxe až ke konci 90. let minulého století. V současné době je v některých nemocnicích ošetrovatelský proces již úspěšně realizován, v jiných je realizován částečně a někde ještě nebyly nastartovány ani počáteční fáze umožňující zavedení ošetrovatelského procesu do praxe (Tóthová, et al., 2009).

Závazný dokument *Koncepce ošetrovatelství Ministerstva zdravotnictví ČR* stanovuje, že ošetrovatelští profesionálové jsou povinni pracovat dle metody ošetrovatelský proces (Koncepce ošetrovatelství, 2004).

Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků č. 55/2011 Sb. stanovuje, že **všeobecná sestra** vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 (poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy, dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu s právními předpisy upravujícími ochranu veřejného zdraví, vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající z jiných právních předpisů, pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení, poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře, podílí se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných středními školami a vyššími odbornými školami, v akreditovaných zdravotnických

studijních programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v České republice a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů, podílí se na přípravě standardů) a dále bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem **poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu** (Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

Definice ošetrovatelského procesu: Ošetrovatelský proces je racionální metoda poskytování ošetrovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které ošetrovatelští profesionálové používají k posouzení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity, k plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti ošetrovatelské péče (Marečková, 2006).

Z teoretického hlediska jde o metodologii oboru ošetrovatelství, o systémovou teorii aplikovanou na postup řešící určitý problém s očekávanými výsledky (Mastiliaková, 2005).

Cílem využití této metody je prevence, odstranění nebo zmírnění ošetrovatelských problémů v oblasti individuálních potřeb klientů (Marečková, 2006).

Základním důvodem využívání techniky ošetrovatelského procesu v naplňování lidských potřeb je fakt, že jde o účinnou metodu usnadňující klinické rozhodování a řešení problematických situací (Šamánková, et al., 2011).

Před vývojem metody ošetrovatelského procesu se ošetrovatelská péče poskytovaná sestrami zaměřovala především na plnění ordinací lékaře, který se více zabýval zvláštnostmi chorobného stavu než příjemcem poskytované péče. Ošetrovatelská praxe poskytovaná nezávisle od ordinací lékaře byla založena více na intuici a zkušenosti než na vědecké metodě (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995).

Charakteristika ošetrovatelského procesu:

- systém je otevřený, přizpůsobivý a dynamický
- individualizuje přístup k potřebám každého pacienta
- je plánovaný
- je cílený
- přizpůsobuje se specifickým potřebám pacienta, rodiny, společnosti
- umožňuje tvořivý přístup sestry a pacienta při hledání řešení zdravotního problému

- je interpersonální – vyžaduje, aby sestra přímo a důsledně komunikovala s pacienty s cílem uspokojení jejich potřeb
- je cyklický – všechny jeho kroky jsou ve vzájemném vztahu, nemá nikdy absolutní začátek ani konec
- zdůrazňuje zpětnou vazbu, která vede k opětovnému posouzení nebo revizi plánu péče
- je všeobecně použitelný jako rámec ošetrovatelské péče ve všech typech prostředí zdravotnické péče, s pacienty všech věkových skupin (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995).

„Ošetrovatelský proces vyžaduje:

- *systematicky shromažďovat údaje o pacientovi a jeho problémech*
- *rozpoznat problémy (analýza dat)*
- *plánovat (kladení cílů, volba řešení)*
- *realizovat (uskutečnění cílů)*
- *hodnotit (posouzení účinnosti plánu a změna plánu, pokud to vyžadují aktuální potřeby)*

Všechny tyto dovednosti, třebaže jsou jmenovány samostatně jako různé činnosti spolu úzce souvisejí a vytvářejí neustálý koloběh myšlení a jednání“ (Šamánková, et al., 2011, s.11).

Základními fázemi ošetrovatelského procesu je tedy posouzení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení ošetrovatelské péče. Těchto pět fází ošetrovatelského procesu nelze chápat odděleně, jde o kontinuální subprocessy, které se vzájemně překrývají. Každá jeho fáze se musí přizpůsobovat neustále se měnící situaci, neboť zdraví i nemoc není statickou veličinou, nýbrž neustále se měnícím dynamickým procesem (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995).

3.1.3.1 Fáze ošetrovatelského procesu

I. fáze: POSOUZENÍ

Posouzení zahrnuje sběr, ověřování a třídění subjektivních a objektivních informací o zdravotním stavu pacienta. Informace zahrnují pacientovy tělesné, emocionální,

vývojové a duchovní aspekty, lze je získat z různých zdrojů (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995).

Posuzování je součástí všech činností prováděných sestrou pro pacienta nebo s pacientem. Jedná se o nepřetržitý proces probíhající ve všech fázích ošetrovatelského procesu, jehož cílem je založení databáze informací o pacientovi. Vytvoření přesné databáze a předcházení předčasným závěrům dále vyžaduje validizaci předpokladů o pacientově fyzickém a emocionálním chování. Opomenutí tohoto procesu může vést k přijetí neověřených předpokladů považovaných za skutečnost a tím k chybnému poznatku sestry. Informace shromážděné během této fáze tedy musí být úplné, faktické a přesné (Boroňová, 2010).

Primárním zdrojem informací je pacient, sekundárními zdroji mohou být jeho blízké osoby, zdravotničtí pracovníci, spolupacienti, zdravotní a jiné záznamy a zprávy a literatura. Typy informací mohou být:

- objektivní – zjištěné pozorovatelem nebo testované porovnáním se standardy, nazýváme je vnější projevy (např. TK)
- subjektivní – jsou zřejmé jen dané osobě, která jediná je může popsat nebo potvrdit, nazýváme je vnitřní projevy (např. bolest)
- proměnlivé – dynamické (např. TK)
- konstantní – statické (např. datum narození) (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995).

Standard „*Aplikace metody ošetrovatelského procesu do ošetrovatelské praxe*“ ministerstva zdravotnictví ČR uvádí, že v první fázi ošetrovatelského procesu se provádí zejména:

- zjištění anamnestických údajů – informace a anamnestická data ze zdravotnické dokumentace, anamnestický rozhovor k získání informací o individuálních potřebách v předchozím období (před přijímáním do ošetrovatelské péče), informace od rodiny či partnera, informování klienta o významu pravdivosti jeho údajů a zachování důvěrnosti získaných údajů
- zjištění objektivních a subjektivních příznaků a problémů – strukturovaný rozhovor k získání informací o aktuálním stavu individuálních potřeb, pozorování k posouzení aktuálního stavu individuálních potřeb, fyzikální screening s využitím základních fyzikálních vyšetřovacích metod, vyšetření užitím testů a škál, případně dotazníků, posouzení funkční schopnosti, posouzení

psychického stavu, posouzení sociální oblasti a spirituálních potřeb, informace od rodiny či jiných subjektů

- dokumentování všech získaných údajů a provedených činností v ošetrovatelské části zdravotnické dokumentace.

V první fázi tedy **zjišťujeme stav individuálních potřeb** klienta. Zjistíme-li, že některá z biologických, psychosociálních, kulturních nebo duchovních potřeb klienta není ve funkční podobě (odpovídající věku, vývoji a kultuře) a je to tedy potřeba dysfunkční, mluvíme o **ošetřovatelském problému**. Fázi posouzení je nutné provádět podle účelné struktury. Takovou strukturu představuje klasifikační systém ošetrovatelských diagnóz NANDA-International, taxonomie verze II (Marečková, 2006).

II. fáze: DIAGNOSTIKA

Diagnostika představuje uplatnění klinického úsudku, shrnutého do sesterské diagnózy, o pacientových potenciálních nebo aktuálních problémech, které je registrovaná sestra oprávněná a schopná řešit (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995).

Úkolem této fáze je **identifikace ošetrovatelských problémů** klientů. Ošetrovatelský problém je označen názvem ošetrovatelské diagnózy, která má svůj číselný kód. V dané situaci a specializaci sestry vyhledává a prioritně řeší ty ošetrovatelské problémy, které se k této situaci a specializaci vztahují. Opět je nutná dokumentace zjištěných závěrů (Marečková, 2006).

III. fáze: PLÁNOVÁNÍ

Plánováním rozumíme sérii kroků, ve kterých sestra ve spolupráci s pacientem vytyčuje priority, zaznamenává cíle a očekávané výsledky, vytváří písemný plán péče na odstranění nebo zmírnění identifikovaných problémů pacienta a koordinuje péči poskytovanou všemi členy zdravotnického týmu. Spolupracuje s pacientem také na formulaci ošetrovatelských intervencí specifických pro každou sesterskou diagnózu (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995).

V této fázi po nalezení ošetrovatelských diagnóz je nutno naplánovat jejich řešení. To spočívá v sestavení individuálního písemného plánu ošetrovatelské péče v písemné formě pro každého klienta. Součástí plánu ošetrovatelské péče musí být následující položky:

1. ošetrovatelské diagnózy + číselný kód

2. ošetrovatelské ciele s kritérii pro hodnocení
3. ošetrovatelské intervence
4. plán realizace (hodina, datum, ...)
5. data pro vyhodnocení

Individuální plán ošetrovatelské péče je třeba vytvořit ihned po stanovení diagnostického závěru (Marečková, 2006).

IV. fáze: REALIZACE

Realizaci rozumíme provedení ošetrovatelského plánu. Současně sestra stále shromažďuje a vyhodnocuje informace, vykonává ošetrovatelské činnosti, deleguje péči na další členy zdravotnického týmu a schvaluje plán péče. Průběžný sběr informací má význam pro sledování průběžných změn zdravotního stavu pacienta a tím současně pro průběžné vyhodnocení dosažených cílů, čímž zasahuje do následující fáze ošetrovatelského procesu (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995).

„Realizace čili provedení nebo zásah je uplatnění ošetrovatelských strategií, zaznamenaných v plánu ošetrovatelské péče, v praxi. Je to ošetrovatelská činnost zaměřená na dosažení žádoucího výsledku nebo pacientových cílů“ (Boroňová, 2010, s. 76).

V této fázi je poskytována cílená individualizovaná ošetrovatelská péče. Tato péče má vést k prevenci vzniku ošetrovatelských problémů, jejich odstranění nebo snížení jejich intenzity. Při realizaci naplánované ošetrovatelské péče je nutné, aby službu konající sestra provedla:

1. **ověření**, zda je v dané situaci skutečně vhodné naplánovanou činnost realizovat
2. **provedení** plánovaných ošetrovatelských činností, jejichž provedení je v konkrétní situaci účelné
3. **sběr informací** v průběhu ošetrovatelské činnosti a písemnou dokumentací výsledků nebo změn (Marečková, 2006).

V. fáze: VYHODNOCENÍ

Vyhodnocení znamená posouzení pacientovy reakce na poskytnuté ošetřovatelské intervence a její porovnání se stanovenými normami (výslednými kritérii). Sestra zjišťuje rozsah splnění cílů. Pokud nebylo cíle dosaženo, je to podnětem pro revizi plánu péče (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995).

Vyhodnocení jako cílevědomá organizovaná činnost svými závěry určuje, zda mají být specifické ošetřovatelské zásahy ukončeny, zda mají pokračovat, zda je nutno je revidovat nebo změnit (Boroňová, 2010).

Posledním krokem ošetřovatelského procesu je tedy analýza efektu péče, která byla v závislosti na posouzení a diferenciální diagnostice stavu potřeb klienta naplánována a provedena. To znamená zjistit, jestli stanovené cíle byly splnitelné, jestli a do jaké míry byly splněny a jestli byly naplánované intervence vhodné ke splnění těchto cílů. Typy prováděných vyhodnocení:

1. **dílčí** vyhodnocení – prováděné ke konkrétnímu datu nebo hodině
2. **finální** vyhodnocení – prováděné při odstranění problému, propuštění nebo překlada klienta (Marečková, 2006).

3.1.3.2 Význam ošetřovatelského procesu

Je velice důležité, aby sestry ošetřovatelský proces přijaly, aby si uvědomily, že ošetřovatelskou péčí dnes nelze realizovat pouze podle naučených stereotypů ošetřovatelských činností a plněním lékařských ordinací, ale že je nutné dosáhnout takové úrovně ošetřovatelské péče, která komplexně zabezpečí všechny potřeby příjemce této péče. K tomu je nutné, aby sestra měla o konkrétním pacientovi co nejvíce informací ze všech oblastí. Toho docílí systematickým shromažďováním informací, na jejichž základě může rozpoznat co nejpřesnější ošetřovatelskou diagnózu, s jejíž pomocí si stanoví cíle péče a ošetřovatelské aktivity vedoucí k dosažení cílů, priority výkonů a jejich časové rozvržení (Tóthová, et al., 2009).

Ošetřovatelský proces doplňuje postupy ostatních profesí soustředěním se na reakce jedince. Tím, že ošetřovatelství a ošetřovatelský proces vychází z holistické filozofie, je zaručeno, že poskytovaná péče, která je naplánovaná ve třetí fázi ošetřovatelského

procesu, je zaměřena na jedince jako na celek a nikoli pouze na chorobu nebo jednotlivý problém (Tóthová, et al., 2009).

Poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu umožňuje reagovat na aktuální i potenciální problémy klienta tvorbou individualizovaného plánu ošetrovatelské péče, z toho vyplývá požadavek na přesnou dokumentaci. Odpovědné, pečlivé a erudované vedení ošetrovatelské dokumentace je velmi důležité pro zlepšení komunikace mezi různými poskytovateli ošetrovatelské péče, ke snížení počtu chyb a omylů i prevencí duplicitních výkonů (Tóthová, et al., 2009).

„Ošetrovatelský proces je dnes mezinárodním standardem ošetrovatelské praxe“
(Mastiliaková, 2005, s. 119).

3.2 Ošetrovatelská diagnostika

Diagnostika je proces, který vyústí v nějaký diagnostický závěr, v našem případě v ošetrovatelskou diagnózu. Tvorba diagnózy je analyticko-syntetický proces. V diagnostickém procesu sestra využívá všech subjektivních a objektivních údajů získaných a ověřených během fáze posouzení a na tomto základě vyslovuje diagnostický závěr (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995).

Ošetrovatelská diferenciální diagnostika patří do autonomní role oboru ošetrovatelství (Marečková, Jarošová, 2005).

Ošetrovatelská diagnostika je druhým krokem ošetrovatelského procesu a navazuje na fázi posouzení, ve které jsme zjistili stav individuálních potřeb klienta. Jejím cílem je rozpoznání a zhodnocení reakce klienta na nemoc. Úkolem ošetrovatelské diagnostiky je tyto problémy identifikovat ve všech souvislostech, včetně toho, jak klient sám svůj problém vnímá (Tóthová, et al., 2009, Marečková, 2006).

Před zahájením ošetrovatelské diagnostiky je vhodné, ale nikoli nutné, zjistit údaje z lékařské dokumentace, neboť pro ošetrovatelskou diagnostiku není onemocnění klienta problémem zásadní – zásadním úkolem je diagnostikovat stav jeho potřeb. Posuzování stavu potřeb klienta (není-li v akutní a život nebo zdraví ohrožující situaci)

zahajujeme po jeho přijetí na oddělení. Postupujeme dle kroků diagnostického algoritmu a naším cílem je konstatovat diagnostický závěr (Marečková, 2006).

3.2.1 Ošetrovatelská diagnóza

„Pojem diagnóza znamená v obecném slova smyslu identifikaci, poznání, rozpoznání, určení něčeho pomocí vhodných metod. K diagnóze se dospěje diagnostickým procesem – diagnostikou“ (Tóthová, et al., 2009, s. 64).

Termín diagnóza vznikl z řeckého slova *diagignoskein*, což znamená rozlišovat (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995).

Termín ošetrovatelská diagnóza (v některých publikacích se setkáme s pojmem sesterská diagnóza) se objevil v 50. letech minulého století a používal se k označení pacientových problémů a potřeb. Definic ošetrovatelské diagnózy vznikla celá řada, nejstarší formulovala Abdellahová v roce 1957: *„Je to určení charakteru a rozsahu ošetrovatelských problémů, které vznikly u jednotlivých pacientů nebo rodin, kterým je poskytovaná ošetrovatelská péče“ (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995).*

„Definice ošetrovatelské diagnózy dle NANDA z roku 1990: Ošetrovatelská diagnóza je klinický závěr o reakcích jednotlivce, rodiny nebo komunity na aktuální nebo potenciální zdravotní problémy nebo životní proces. Ošetrovatelské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetrovatelských zásahů k dosažení výsledků, za které zodpovídá sestra“ (Mastiliaková, 2005, s. 124).

Z uvedených definic ošetrovatelské diagnózy vyplývají její následující charakteristiky:

- za vypracování ošetrovatelských diagnóz jsou zodpovědné registrované sestry, je to jejich výlučná pravomoc
- zdravotní problém znamená jakýkoli stav nebo situaci, kdy pacient vyžaduje pomoc při upevňování, udržování nebo znovuzískání zdraví nebo při zabezpečení pokojné smrti
- ošetrovatelské diagnózy mohou odrážet buď skutečné zdravotní problémy, potenciální zdravotní problémy nebo se uplatnit v oblasti obohacení osobního růstu

- oblast ošetrovatelské diagnózy zahrnuje pouze takové stavy, které jsou sestry schopné a oprávněné řešit
- ošetrovatelská diagnóza je závěr, který lze formulovat pouze po pečlivém a systematickém procesu sběru informací (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995).

Rozdíl mezi lékařskou a ošetrovatelskou diagnózou je zásadní. Lékařská diagnóza popisuje specifický chorobný proces, je zaměřená na patologii, nemění se během trvání choroby a má dobře vyvinutý klasifikační systém. Ošetrovatelská diagnóza popisuje odpověď jednotlivce na chorobný proces, stav nebo situaci, je zaměřená na jednotlivce, mění se v závislosti na reakci pacienta a její klasifikační systém se stále vyvíjí (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995).

Ošetrovatelská diagnóza vyjadřuje problém klienta odbornou terminologií, která ulehčuje komunikaci v ošetrovatelském týmu a mezi poskytovateli ošetrovatelské péče. K rozpoznání diagnózy musí sestra disponovat rozsáhlými vědomostmi, dovednostmi a zkušenostmi (Tóthová, et al., 2009).

Ošetrovatelská diagnóza představuje standardní pojmenování problému klienta, tj. jakékoli situace, ve které klient potřebuje pomoc nebo podporu (Mastiliaková, 2005).

Margaret Lunney: „Ošetrovatelské diagnózy jsou vědeckými interpretacemi hodnotících údajů, které se používají jako návod k ošetrovatelskému plánování, k realizaci a vyhodnocení“ (Herdman, 2010).

3.2.1.1 NANDA

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association – Severoamerická asociace pro sesterské diagnózy) je profesionální organizace sester pro standardizaci sesterské terminologie, která byla založena v roce 1982 (NANDA – Encyklopedie zdravotní sestry, 2009).

Cílem činnosti této organizace je vývoj nomenklatury, kritérií a taxonomie ošetrovatelských diagnóz (Boroňová, 2010).

V roce 2002 se NANDA přejmenovala na NANDA–International, aby odrážela rostoucí celosvětový zájem v oblasti terminologie ošetrovatelské diagnózy. Jejím posláním je podpora rozvoje, šíření a využívání standardizované ošetrovatelské diagnostické

terminologie po celém světě. NANDA–International schválila více než 200 ošetrovatelských diagnóz pro klinické použití, testování a vylepšování. NANDA-International vydává od roku 2002 čtvrtletně časopis *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications (IJNTC)* (NANDA-I History, 2010).

3.2.1.2 Vývoj formy ošetrovatelské diagnózy

V publikaci *Ošetrovatelstvo* (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995) se uvádí, že při formulaci ošetrovatelské diagnózy sestra zvažuje její tři komponenty (shrnuté do zkratky PES):

1. Termín popisující problém (P) – tato část se týká názvu diagnostické kategorie, popisuje problém pacienta (aktuální nebo potenciální), který vyžaduje ošetrovatelskou péči.
2. Etiologie problému (E) – tato část identifikuje jednu či více pravděpodobných příčin problému. Rozlišení možných příčin je důležité, neboť různé příčiny stejného problému vyžadují různé ošetrovatelské intervence. Identifikace etiologie problému tedy směřuje ošetrovatelskou péči určitým směrem.
3. Charakteristiky pro seskupování znaků a symptomů (S) – určující charakteristiky poskytují informace potřebné ke stanovení diagnostické kategorie – první komponenty ošetrovatelské diagnózy. Hlavní znaky a příznaky jsou ty, kterými se diagnóza validizuje. Vedlejší charakteristiky mohou, ale nemusí být přítomny.

Diagnostický závěr lze zapsat ve formě dvousložkové nebo třísložkové. Dvousložková diagnóza obsahuje:

1. problém (P) – pacientovy reakce
2. etiologii (E) – faktory přispívající k reakcím nebo pravděpodobně zapříčiňující reakce.

Dvě části diagnózy (P+E) spojují slova „vzhledem k“ nebo „ve spojitosti s“.

Třísložková diagnóza obsahuje:

1. problém (P) – pacientovy reakce
2. etiologii (E) – faktory přispívající k reakcím nebo pravděpodobně zapříčiňující reakce
3. znaky a příznaky – symptomy (S) – určité charakteristiky u pacienta.

Třísložkový diagnostický závěr (PES) tedy obsahuje problém, etiologii a pozorované symptomy pacienta.

Aktuální ošetrovatelská diagnóza se zapisuje třísložkovou formou s použitím formulace „vzhledem k“ pro etiologii a „projevující se“ pro symptomy. Např. narušená sebeúcta (P) vzhledem k tělesné újmě – amputace horní končetiny (E) projevující se plačtivostí a zlostí (S).

Potenciální ošetrovatelská diagnóza se užívá při předpokládaných reakcích pacienta nebo když upevnění zdraví může přispět k jeho pohodě. Např. riziko infekce (P) vzhledem k zavedení permanentního močového katetru (E).

Pravděpodobná ošetrovatelská diagnóza se užívá, je-li důkaz o reakci nedostatečný nebo nejsou známé podporující faktory. Do doby než sestra získá další informace, zapíše diagnózu jako pravděpodobnou ve vztahu k neznámé etiologii.

Charakteristiky diagnostických závěrů mají být:

- jasné, stručné, přesné
- specifické, zaměřené na pacienta
- vztahující se k jednomu problému pacienta
- vycházející ze spolehlivých a podstatných informací.

V publikaci *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu* Marečková a Jarošová (2005) uvádí komponenty strukturální definice ošetrovatelské diagnózy dle Gordonové takto: nezbytné komponenty ošetrovatelské diagnózy jsou dány:

1. *PES strukturou* – písmeno P představuje název ošetrovatelského problému (název ošetrovatelské diagnózy s kódem), E označuje etiologické neboli související faktory, S charakteristické znaky či symptomy. Tato struktura se užívá k formulaci individuální ošetrovatelské diagnózy, která se v současnosti u klienta vyskytuje.
2. *PRF strukturou* – písmeno P představuje potenciální ošetrovatelský problém (název potenciální ošetrovatelské diagnózy s kódem) a RF jsou první písmena slov rizikové faktory. Potenciální ošetrovatelské problémy jsou ty, které se ještě u klienta nevyskytují, ale nalezené rizikové faktory ukazují na vysoké riziko jejich vzniku. Tato struktura se užívá k formulaci diagnóz, které se v současnosti

u klienta nevyskytují, ale je riziko, že se vyskytnout mohou, tedy individuálních potenciálních ošetřovatelských diagnóz.

V publikaci *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách* (Marečková, 2006) se uvádí, že vývojem oboru ošetřovatelství nastaly změny v některých pojmech diagnostických prvků v NANDA-International diagnostickém systému. Termín „symptomy“ byl nahrazen termínem „určující znaky“, termín „etiologie“ byl nahrazen termínem „související faktory“. Termín „rizikové faktory“ byl zachován. Smyslem těchto změn je vytvořit co nejpřesnější diagnostický systém s vymezením specificky ošetřovatelských termínů. K potvrzení přítomnosti aktuální diagnózy ověřujeme výskyt určujících znaků a souvisejících faktorů, k potvrzení přítomnosti potenciální diagnózy ověřujeme výskyt rizikových faktorů, k potvrzení přítomnosti diagnóz k podpoře zdraví postupujeme jako u potvrzení aktuálních diagnóz.

3.2.1.3 Taxonomie ošetřovatelských diagnóz

„Taxonomie označuje klasifikační systém skupin, tříd a sérií. Taxonomii je nutno testovat na spolehlivost a validitu. Validizace znamená potvrzení, že diagnóza přesně odráží problém pacienta, že i metody používané ke sběru dat jsou správné a že diagnostický závěr sesbírané údaje potvrzují“ (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 200-202).

Dle vyjádření Americké asociace sester z roku 1999 označuje pojem taxonomie klasifikaci podle předpokládaných přirozených vztahů mezi typy a podtypy (Herdman, 2010).

„Klasifikace je systematická organizace souvisejících jevů do skupin a nebo tříd na základě znaků, které mají předměty společné“ (Herdman, 2010, s. 408).

První taxonomie ošetřovatelských diagnóz vznikla na první národní konferenci o klasifikaci ošetřovatelských diagnóz konané v St. Louis v USA v roce 1973, obsahovala 31 diagnostických kategorií, diagnózy byly řazené abecedně. Na této konferenci byla založena Národní konferenční skupina, ze které posléze v roce 1982 vznikla asociace NANDA (viz kapitola 3.3.2) (Herdman, 2010, Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995).

V roce 1982 skupina sester teoretiček pod vedením Callisty Royové předložila výboru pro taxonomii asociace NANDA nový rámec ošetřovatelské diagnostiky nazvaný Vzorce unitárního člověka, později přejmenované na Vzorce unitární lidské bytosti. V roce 1984 došlo opět k opravě a přejmenování na Vzorce lidských reakcí. Devět vzorců lidských reakcí obsahovalo tyto kategorie: výměna, komunikace, vztahování, výběr, oceňování, pohyb, vnímání, vědění a cítění (Marečková, Jarošová, 2005, Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995).

V roce 1986 byla přijata Taxonomie I, po revizi z roku 1988 přejmenovaná na Taxonomie I, revidovaná. Všechny přijaté diagnózy se staly subkategoriemi devíti vzorců lidských reakcí (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995).

Testováním taxonomie I v praxi se zjistila nízká míra její klinické využitelnosti. Proto NANDA v roce 2000 předložila nový systém založený na struktuře diagnostických domén vycházející z Funkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové – FHP, u nás známý jako model M. Gordonové. Tato vyšší verze klasifikace ošetřovatelských diagnóz nese název NANDA taxonomie II (Marečková, Jarošová, 2005).

„Platná taxonomie ošetřovatelských diagnóz by měla definovat rozsah nezávislé ošetřovatelské praxe, ulehčovat ošetřovatelský výzkum a komunikaci mezi sestrami a jinými zdravotnickými pracovníky“ (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 203).

„Rozvoj taxonomie ošetřovatelských diagnóz je neustále pokračujícím procesem“ (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 203).

3.2.2 Klasifikační systém ošetřovatelských diagnóz NANDA-International, taxonomie verze II

Klasifikační systém ošetřovatelských diagnóz NANDA–International, taxonomie verze II, je aktuální vývojovou verzí diagnostické klasifikace produkované asociací NANDA-International. Pojetí tohoto systému vychází ze Vzorců zdraví Marjory Gordonové. Poznatky systému mohou využít ošetřovatelští profesionálové všech specializací ke zjištění stavu potřeb klienta (Marečková, 2006).

System je založen na posuzování určujících znaků, souvisejících nebo rizikových faktorů. Ošetrovatelské diagnózy označuje číselnými kódy, které jsou zahrnuty v mezinárodní klasifikaci ošetrovatelských diagnóz NANDA–International (obdobně jako jsou medicínské diagnózy zahrnuty v mezinárodní klasifikaci nemocí MKN). Názvy ošetrovatelských diagnóz s mezinárodním číselným kódem představují standardní pojmenování ošetrovatelských problémů (Marečková, 2006).

Určující znaky, související nebo rizikové faktory, definice diagnóz a jejich číselné kódy nazýváme **diagnostické prvky** (Marečková, 2006).

Ošetrovatelské problémy mohou být aktuální, potenciální nebo edukační:

- **aktuální** – klientova potřeba je v současnosti dysfunkční – tyto ošetrovatelské problémy rozpoznáme podle určujících znaků v kombinaci se souvisejícími faktory
- **potenciální** – klientova potřeba není v současnosti dysfunkční, ale v současnosti je klient ohrožen vznikem dysfunkce v této potřebě – tyto ošetrovatelské problémy rozpoznáme podle rizikových faktorů
- **edukační** – klientova potřeba není v současnosti dysfunkční ani v současnosti klient není ohrožen vznikem dysfunkce v této potřebě, ale edukací a podporou lze fungování této potřeby zlepšit – tyto ošetrovatelské problémy rozpoznáme podle určujících znaků a někdy i podle souvisejících faktorů (Marečková, 2006).

Diagnostické prvky jsou obsaženy ve třinácti specifických oblastech chování a projevů člověka, které nazýváme **diagnostické domény**. Domény jsou rozděleny na **třídy**, každá z tříd obsahuje podklady pro diagnostiku ošetrovatelských problémů v rámci jedné lidské potřeby (Marečková, 2006).

Třináct diagnostických domén obsahuje tyto třídy:

1. doména: PODPORA ZDRAVÍ
 - třída: management zdraví
2. doména: VÝŽIVA
 - třída: přijímání potravy
 - třída: hydratace
3. doména: VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA
 - třída: vyprazdňování moči
 - třída: gastrointestinální funkce

- třída: respirační funkce
- 4. doména: AKTIVITA – ODPOČINEK
 - třída: spánek – odpočinek
 - třída: aktivita – pohyb
 - třída: energetická rovnováha
 - třída: kardiovaskulární a pulmonální odezva
 - třída: sebepéče
- 5. doména: VNÍMÁNÍ – POZNÁVÁNÍ
 - třída: pozornost
 - třída: orientace
 - třída: čítí – vnímání
 - třída: poznávání
 - třída: komunikace
- 6. doména: VNÍMÁNÍ SEBE SAMA
 - třída: sebepojetí
 - třída: sebeúcta
 - třída: tělesný obraz
- 7. doména: VZTAHY
 - třída: role pečovatele
 - třída: rodinné vztahy
 - třída: vykonávání rolí
- 8. doména: SEXUALITA
 - třída: sexuální funkce
- 9. doména: ODOLNOST VŮČI STRESU
 - třída: posttraumatická odezva
 - třída: reakce na zvládání zátěže
 - třída: neurobehaviorální stres
- 10. doména: ŽIVOTNÍ PRINCIP
 - třída: přesvědčení
 - třída: soulad hodnot, přesvědčení a činů
- 11. doména: BEZPEČNOST – OCHRANA
 - třída: infekce
 - třída: tělesné poškození
 - třída: násilí

- třída: rizika prostředí
- třída: obranné procesy
- třída: termoregulace

12. doména: KOMFORT

- třída: tělesný komfort
- třída: sociální komfort

13. doména: RŮST/VÝVOJ

- třída: růst
- třída: vývoj (Marečková, 2006).

3.2.2.1 Model funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon

Konceptuální modely ošetřovatelství představují různé pohledy na ošetřovatelství, různé uchopení čtyř metaparadigmatických koncepcí – jsou tedy různými paradigmaty vycházejícími z metaparadigmatu ošetřovatelství. Koncepční model v ošetřovatelství nabízí orientaci pro praxi, výzkum a vzdělávání (Pavlíková, 2006).

Marjory Gordon byla profesorkou na Boston College v Massachusetts v USA. Věnovala se výuce, studiu a výzkumu diagnostiky v ošetřovatelství, významně přispěla k testování ošetřovatelské diagnostiky v praxi (Žiaková, Jarošová, Čáp, et al., 2006).

Konceptuální modely chápe Gordonová jako základ pro rozhodování o tom, jak nazírat na interakci klienta s prostředím, jaké ošetřovatelské cíle a intervence v souvislosti s pojetím daného modelu zvolit. Vyvinula a publikovala systém nazvaný *Functional Health Patterns* (Funkční vzorce zdraví) jako strukturu pro vytvoření databáze informací o klientovi, s myšlenkou možnosti využití údajů z této databáze v libovolném konceptuálním modelu (Žiaková, Jarošová, Čáp, et al., 2006).

Vzorec zdraví Gordonová definuje jako sled chování nebo vystupování jedince směrem ke zdraví napříč časem. Komplex vzorců představuje sumu variant chování, kterou ovlivňuje životní styl jedince, rodiny a komunity (Marečková, 2006).

Model vychází z interakce osoba/prostředí. Zdravotní stav jedince je zde vyjádřením bio–psycho–sociální interakce. Jednotlivý vzorec představuje část zdraví, úsek chování člověka v určitém čase. Tento úsek může být funkční nebo dysfunkční. Dysfunkční vzorec může znamenat aktuální nebo potenciální problém klienta. Při posuzování

vzorců zdraví Gordonová navrhuje porovnávat data s individuálním výchozím stavem klienta (tzv. bázi), normami stanovenými pro danou věkovou skupinu, normami kulturními, společenskými a jinými (Pavlíková, 2006).

Vzorce zdraví dle Gordonové nelze chápat izolovaně, neboť existují ve vzájemné interakci a závislosti. Úkolem sestry v první fázi ošetrovatelského procesu je konstatovat, jsou-li vzorce zdraví klienta funkční a nalézt jeho dysfunkční vzorce zdraví. Jedenáct vzorců zdraví obsahuje tyto oblasti:

1. vzorec vnímání zdraví – management zdraví
2. vzorec nutriční – metabolický
3. vzorec eliminace
4. vzorec aktivit – cvičení
5. vzorec spánku – odpočinku
6. vzorec poznávání – vnímání
7. vzorec vnímání sebe sama - sebepojetí
8. vzorec role – vztahy
9. vzorec sexuálně - reproduktivní
10. vzorec zvládání zátěže – odolnost vůči stresu
11. vzorec hodnoty – víra (přesvědčení)

Analýza dysfunkčních vzorců zdraví ve druhé fázi ošetrovatelského procesu vyústí v konstatování výskytu ošetrovatelských diagnóz (Žiaková, Jarošová, Čáp, et al., 2006).

Model funkčních vzorců zdraví je označován za nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství z pohledu holistické filozofie a splňuje požadavek na rámcový standard pro systematické ošetrovatelské hodnocení zdravotního enta v jakémkoli systému zdravotní péče (Pavlíková, 2006).

3.2.2.2 Implementace klasifikačního systému NANDA-International do praxe

Pojem implementace znamená naplnění, uskutečnění, využití, zavádění něčeho do provozu, do praxe (Kraus, et al., 2005).

„Proces implementace klasifikačního systému NANDA-International do praxe je vhodné rozdělit na dvě etapy. V rámci první etapy by bylo optimální vytvořit soubory

diagnóz pro modelové situace klientů v jednotlivých ošetrovatelských specializacích. Seznam ošetrovatelských diagnóz, spadající ke konkrétní situaci v rámci ošetrovatelské specializace, by měl plnit funkci pouze „základního diagnostického souboru“. Měl by vzniknout na podkladě testování a na podkladě výzkumem doložitelných výsledků. Druhá etapa implementace zahrnuje aplikaci diagnostického algoritmu ve specifické ošetrovatelské situaci“ (Marečková, 2006, s. 33, 34).

„Implementace ošetrovatelských diagnóz zlepšuje všechny aspekty ošetrovatelské praxe od nabývání profesionální úcty i zajišťování přesné dokumentace pro proplácení zdravotní péče“ (Herdman, 2010).

3.2.3 Diagnostický algoritmus a jeho fáze

K rozlišení stavu potřeb klienta používáme diagnostický algoritmus – specifickou metodiku k určení ošetrovatelských problémů. Při posouzení klienta postupujeme systematicky po doménách a jejich třídách. Diagnostický algoritmus obsahuje tyto fáze:

- 1. nalezení aktuálních diagnóz**
 - I. KROK – vyhledání určujících znaků – pokud nalezneme minimálně jeden určující znak, přistoupíme ke druhému kroku – pokud nenalezneme žádný, klient tuto ošetrovatelskou diagnózu nemá – pokračujeme zahájením prvního kroku diagnostického algoritmu k rozpoznání další diagnózy
 - II. KROK – vyhledání souvisejících faktorů – pokud nalezneme minimálně jeden související faktor, přistoupíme ke třetímu kroku – pokud nenalezneme žádný, klient tuto ošetrovatelskou diagnózu nemá – pokračujeme zahájením prvního kroku diagnostického algoritmu k rozpoznání další diagnózy
 - III. KROK – ověření diagnózy – k němu přistoupíme, pokud jsme našli kombinaci minimálně jednoho určujícího znaku s minimálně jedním souvisejícím faktorem – ověříme, zda je klient skutečně v situaci nebo ve stavu popsaném definicí této ošetrovatelské diagnózy

2. nalezení potenciálních diagnóz

- I. KROK – vyhledání rizikových faktorů – pokud nalezneme minimálně jeden, přistoupíme ke druhému kroku – pokud nenalezneme žádný, klient tuto ošetrovatelskou diagnózu nemá – pokračujeme zahájením prvního kroku diagnostického algoritmu k rozpoznání další diagnózy
 - II. KROK – ověření diagnózy – k němu přistoupíme, pokud jsme našli minimálně jeden rizikový faktor – ověříme, zda je klient skutečně v situaci nebo ve stavu popsaném definicí této ošetrovatelské diagnózy
3. **nalezení edukačních diagnóz** – viz první fáze – odvíjí se od toho, zda jsou pro konkrétní diagnózu stanoveny pouze určující znaky nebo také související faktory (Marečková, 2006).

3.3 Lidské potřeby

Pojem potřeba znamená projev nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je pro člověka žádoucí. Potřeba nutí člověka k vyhledávání podmínek nezbytných pro život nebo k vyhýbání se tomu, co je pro život nepříznivé. Pokud člověk prožívá nedostatek, má to vliv na jeho veškerou psychickou činnost a tím se vytváří jeho vzorec chování. Všichni lidé mají společné potřeby, ovšem tyto potřeby uspokojují různými způsoby života. Lidské potřeby se vyvíjejí a kultivují, v průběhu života se mění v kvantitě i kvalitě (Trachtová, et al., 2001).

„Potřeby člověka chápeme jako stav organismu charakterizovaný napětím a dynamickou silou, vzniklou z nedostatku či přebytku a směřující znovu k obnovení homeostázy – životní rovnováhy – pohody. Můžeme říct, že u nemocného je touto rovnováhou a pohodou myšleno zdraví“ (Staňková, 2005, s. 13).

Vědomé vnímání určité potřeby vzniká na podkladě pocitu nedostatku jejího naplnění, pocitu nadbytku jejího naplnění nebo touhy něčeho dosáhnout. Množství a intenzita potřeb je závislá na různých faktorech jako je věk, pohlaví, inteligence, zdravotní stav, životní zkušenosti, kulturní a společenská úroveň jedince, prostředí, kde vyrůstal, kde žije a dalších (Šamánková, et al., 2011).

Akcelerace technologického vývoje a pokroku v medicíně ovlivňující ošetrovatelskou praxi v 2. polovině minulého století vedla k potlačení základní funkce ošetrovatelství, kterou je péče o potřeby druhých. Ošetrovatelství pod vlivem medicíny reagovalo na potřeby lékařů, sestry přebíraly úkony, které dříve nebyly v jejich kompetenci. Ošetrovatelství se tak rozvíjelo více instrumentálním směrem, orientovalo se na jednotlivé výkony, místo na člověka jako celostní bytost (Tóthová, et al., 2009).

„Uplatňování holistického přístupu k člověku napomůže pochopení lidských potřeb v jejich složitosti, biologické, psychické, sociální i spirituální determinovanosti“ (Boroňová, 2010, s. 47).

„Pojetí ošetrovatelství se od pojetí medicíny liší právě svým zaměřením na lidské potřeby. Ošetrovatelští profesionálové vyhledávají, odstraňují, zmírňují a předcházejí problémům v oblasti lidských potřeb. Současně tím podporují odborné zaměření dalších profesí multidisciplinárního zdravotnického týmu ve prospěch zdraví populace. Tímto pojetím ošetrovatelství respektuje definici zdraví WHO „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci či vady“ (Marečková, 2006, s. 6).

„Metodou moderního ošetrovatelství je ošetrovatelský proces. Tato péče nesmí být intuitivní, ale založená na uváženém a organizovaném uspokojování potřeb a řešení problémů. Principy, které jsou výchozí myšlenkou ošetrovatelského procesu, zahrnují rozpoznání potřeb lidí vyžadujících ošetrovatelskou péči“ (Tóthová, et al., 2009, s. 15).

Při studiu potřeb v ošetrovatelství vycházíme z Maslowovy teorie potřeb, v níž jsou potřeby uspořádány do hierarchické klasifikace, tzv. pyramidy potřeb (Marečková, 2006).

„Při naplňování všech potřeb je nutné respektovat práva pacienta“ (Boroňová, 2010, s. 56).

3.3.1 Maslowova teorie potřeb

A. H. Maslow: „Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje.“

Abraham Harold Maslow (1908-1970) byl americký psycholog, jeden ze zakladatelů humanistické psychologie. Vytvořil teorii motivace, z níž vychází jeho hierarchická teorie potřeb (Trachtová, et al., 2002).

Maslowova teorie potřeb je tedy humanistickou teorií motivace. Tvrdí, že lidé jsou motivováni potřebami, jejichž naplnění determinuje biologické přežití. Lidskou přirozenost zase charakterizuje touha růst a vyvíjet se směrem k naplnění svého potenciálu (Maslow označuje pojmem sebeaktualizace). Maslowova hierarchie je navržena od nižších úrovní základních potřeb k vyšším úrovním psychologických a sebeaktualizačních potřeb. První úroveň tzv. pyramidy potřeb obsahuje potřeby fyziologické, druhá úroveň potřeby jistoty a bezpečí, třetí úroveň potřeby lásky a sounáležitosti, čtvrtá uznání a sebeúcty a pátá úroveň potřeby sebeaktualizace. Dle této teorie se člověk může přesouvat do vyšších úrovní až tehdy, má-li nižší úrovně přiměřeně uspokojeny (Hill, 2004).

3.3.2 Motivace a aktivizace

„Potřeba jako projev nedostatku vyjadřuje stav organismu, který startuje proces motivace – mluvíme o motivačním napětí“ (Trachtová, et al., 2001, s. 11).

Pojem motivace znamená vyjádření toho, proč se člověk chová tím nebo jiným způsobem, znamená proces určující směr, sílu a trvání nějakého chování. Pro člověka jako biologickou a zároveň společenskou bytost platí, že jeho motivace, potřeby a jejich uspokojování podléhají vlivům kultury a společnosti, ve které žije a ve které byl vychován (Trachtová, et al., 2001).

Motivace je hybnou silou jednání a konání jedince. Na jejím základě vznikají motivy – osobní příčiny určitého chování. Za jejich základní formu jsou pokládány potřeby. Touha po uspokojení určité potřeby vede k aktivizaci jedince k činnosti trvající tak dlouho, dokud potřeba není uspokojena nebo dokud jedinec nepřijme fakt, že potřebu uspokojit nelze (Šamánková, et al., 2011).

„Motivaci nemocných k překonávání zdravotních problémů by měl každý poskytovatel jakéhokoliv typu péče intenzivně vyhledávat, podporovat a pomáhat hledat nové cesty k naplnění potřeby“ (Šamánková, et al., 2011, s. 17).

3.4 Charakteristika ošetřovatelské situace vybraných skupin klientů

3.4.1 Klienti s vertebrogenními poruchami

Vertebrogenní poruchy patří mezi nejčastější nemoci s převahou výskytu ve středních věkových skupinách. Jsou to poruchy, u kterých je páteř hlavním patogenetickým faktorem. Páteř tvoří funkční celek se svalovým a vazivovým aparátem a má úzký vztah k míše a míšním kořenům, všechny tyto struktury mohou být také postiženy. Páteř může být postižena stejně jako jiné kostní a kloubní struktury nádory a záněty, nejčastěji se ale setkáváme s degenerativními změnami jako je dekalcinace, změny na ploténkách a kloubech, ztráta pružnosti vazivového aparátu a svalová atrofie. Obecným znakem vertebrogenních poruch je často chronicko-intermitentní průběh, recidivy po prochlazení a interkurentní infekci, provokujícím momentem vzniku může být prudký pohyb, kašel apod., dále trauma nebo chronická mikrotraumatizace páteře. Obtíže jsou vázány na určitou polohu nebo způsob zátěže. Projevem jsou nejčastěji bolesti, omezená hybnost, poruchy čítí, mohou se vyskytnout sfinkterové poruchy nebo vertigo (Ambler, 2006).

Zajímavostí je, že degenerativní změny na páteři často nekorespondují s klinickými projevy onemocnění. Jsou nemocní s výraznými projevy a s minimálním nebo žádným RTG nálezem a naopak nemocní s významným nálezem mohou být zcela bez obtíží. Bolesti se také mohou stěhovat mezi jednotlivými úseky páteře. Původně zdravý úsek kompenzuje funkční nedostatečnost postiženého úseku a je-li delší dobu přetěžován, vzniká tímto mechanismem nová patologická léze (Seidl, 2008).

Vertebrogenními poruchami je postiženo během života okolo 80% naší populace. Z toho vyplývá i nezanedbatelná ekonomická zátěž společnosti a důraz na prevenci (Seidl, 2008).

3.4.2 Klienti s ischemickou mozkovou příhodou

Jedná se o náhle vzniklou poruchu cerebrální cirkulace způsobenou ischemií z různých příčin. Rizikovými faktory je především ateroskleróza, hypertenze, ischemická choroba srdeční a diabetes mellitus. Symptomatika je velmi variabilní dle lokalizace, rozsahu a trvání léze. Projevem může být náhle vzniklá hemiparéza, hemiplegie, poruchy čítí hemicharakteru, afázie, dysartrie, epileptický záchvat, porucha vědomí, psychické poruchy, poruchy zraku, závratě, zvracení, porucha rovnováhy, ataxie. Dle časového průběhu se mozkové ischemie dělí na tranzitorní ischemické ataky (TIA), vyvíjející se příhody (progredující) a dokončené ischemické příhody, kdy dochází k definitivnímu zániku neuronů a ztrátě funkce postižené oblasti. Asi u 40 % nemocných dochází k trvalé invalidizaci a stávají se částečně nebo úplně závislí na pomoci druhé osoby (Ambler, 2006).

Důležitá je role primární prevence mozkových příhod. Významnými rizikovými faktory jsou arteriální hypertenze, různá onemocnění srdce, diabetes mellitus, stenotické aterosklerotické procesy magistrálních mozkových tepen, hyperlipoproteinémie. Patří sem režimová opatření jako je zákaz kouření, omezení konzumace alkoholu, uvážlivé užívání hormonální antikoncepce, redukce nadváhy, dostatek fyzické aktivity a vyvarování se stresových situací (Nevšimalová, Růžička, Tichý, et al., 2002).

Léčba akutního stadia vyžaduje co nejrychlejší zahájení adekvátní terapie, časový interval do zahájení léčby by neměl být delší než 3 hodiny (Nevšimalová, Růžička, Tichý, et al., 2002).

Sekundární prevence má za cíl snížení rizika vzniku recidivy mozkové příhody, zaměřuje se na potlačení rozvoje aterotrombotického poškození cévní stěny a zlepšení reologických vlastností krve. Důležitá je také soustavná intenzivní rehabilitace, včetně lázeňské léčby a psychoterapie. Samozřejmostí je eliminace rizikových faktorů popsanych u primární prevence (Nevšimalová, Růžička, Tichý, et al., 2002).

3.4.3 Klienti s roztroušenou mozkomíšní sklerózou

Roztroušená skleróza je autoimunitní onemocnění bílé hmoty CNS, které ústí ve ztrátu myelinu v zánětlivých ložiscích a posléze v difúzní ztrátu axonů (Nevšimalová, Růžička, Tichý, et al., 2002).

Jedná se o chronické onemocnění, začíná obvykle mezi 20. - 30. rokem, typicky probíhá v atakách a remisích. V atace se rozvíjí fokální nebo multifokální neurologická dysfunkce v závislosti na převažující lokalizaci demyelinizačních ložisek. Nejčastější projevy onemocnění: jednostranná porucha vidění, nystagmus, dvojitě vidění, parestézie a dysestézie v dolních i horních končetinách, únava, nejistota při chůzi, slabost nebo neobratnost ruky, poruchy rovnováhy, třes, poruchy močení, sexuální poruchy, změny nálad, později inkontinence, parézy, spastické poruchy. Vývoj choroby je variabilní, existují maligní i benigní formy. S léčbou se přidávají vedlejší účinky léků, především kortikoidů (Ambler, 2006).

Součástí terapeutického režimu od počátku choroby by mělo být pravidelné cvičení. Důležitá je léčba deprese a anxiózy, která je u nemocných častá, jak farmakologicky tak psychoterapeuticky. Je nutné se vyvarovat infekcí, všechny fokusy musí být sanovány. Přes pokroky v léčebných možnostech progredující invalidita stále postihuje velkou část nemocných (Nevšimalová, Růžička, Tichý, et al., 2002).

3.4.4 Klienti s vertigem

Vertigo (závrat) lze popsat jako iluzi pohybu vlastního těla nebo jeho okolí, která není vyvolána odpovídajícím podnětem. Často je přítomna nauzea a zvracení, pocení, nejistota při stoji a chůzi, poruchy vidění (Ambler, 2006).

Na udržení rovnováhy se podílí řada systémů CNS. Nejvýznamnější je kontinuální vestibulární aferentace z rovnovážného ústrojí vnitřního ucha, propioceptivní aferentace z kloubů, šlach a svalů hlavně dolních končetin a optická aferentace s možnou účastí propiocepce z okohybných svalů. Významně se podílí také mozeček se systémech mozečkových drah. Poruchy propioceptivního a mozečkového systému

se projevují ataxií bez subjektivního pocitu závratí nemocným. Naopak příčina závratí v důsledku léze periferní nebo kmenových částí vestibulárního analyzátoru je nemocným lokalizována subjektivně jednoznačně do hlavy (Urbánek, 1997).

Dle Urbánka rozlišujeme několik druhů závratí:

- **Systematická (rotační) závrat'** – nemocný udává pocit točení hlavy nebo otáčení okolí kolem sebe jedním směrem, tento směr obvykle dokáže určit (pocit jako při jízdě na kolotoči). Nejčastěji se jedná o jednostrannou afekci periferního vestibulárního aparátu případně vestibulárního nervu. Méně často se vyskytuje u drobné ložiskové léze dorzolaterální oblongáty. Jsou-li přítomny vegetativní symptomy (nauzea, zvracení, pocení, nutkání na mikci a defekaci) nebo symptomy sluchové (tinnitus, hypoakuze), jedná se o periferní původ závratí. Pro oblongátovou lokalizaci léze je typická nezávislost na poloze hlavy a spojení s dalšími ložiskovými kmenovými symptomy (hemidysestézie v obličeji homolaterálně nebo na končetinách a trupu kontralaterálně, dysartrie, dysfonie, kmenový typ nystagmu apod.).
- **Nesystematická (nerotační) závrat'** – nemocný udává pocit houpání okolí nebo otáčení prostoru různými směry (pocit jako při silné opilosti). Je přítomna u oboustranných afekcí periferního vestibulárního aparátu, kdy je spojena s nauzeou, zvracením a dalšími vegetativními jevy. Častá je také při kmenových lézích, kdy obvykle chybí subjektivní nepříjemný pocit. Vegetativní symptomy jsou přítomny také u nesystematického vertiga smíšeného původu periferního a centrálního, které vzniká poruchou perfúze ve vertebrobasilárním povodí.
- **Ortostatická závrat'** – objevuje se při sedání nebo vstávání z polohy vleže, je nesystematická, obvykle není nauzea ani zvracení. Typicky se objevuje u lehčí formy intermitentní cerebrovaskulární insuficience vertebrobasilárního povodí, ve vyšším věku, kdy je deficit reflexních vazomotorických reakcí umožňujících fyziologické přerozdělení krevního průtoku mezi splachnickou a kraniální oblastí.
- **Poziční závrat'** – krátkodobá, zpravidla rotační, objevuje se pouze při pohybech hlavou (rotace, předklon, záklon, vzpřímení z polohy vleže, ulehnutí, otočení v poloze vleže apod.). Příčinou je porucha v periferním vestibulárním aparátu, nazývá se *benigní poziční vertigo*. Častá je po úrazech hlavy, virových infekcích a jiných chorobách u disponovaných jedinců.

- **Nepravá závrat'** – nesystematická, spojená s pocitem celkové slabosti, malátnosti, chvěním, někdy s paresteziemi (pocit na omdlení). Provází stavy spojené s poklesem TK (prekolapsové stavy), metabolické tetanie, intoxikace, panické a jiné neurotické záchvatové poruchy.

3.4.5 Klienti s Parkinsonovou chorobou

Tzv. **parkinsonský syndrom** (hypokineticko-hypertonický nebo hypokineticko-rigidní syndrom) je porucha hybnosti, která se projevuje hypokinezí neboli snížením rozsahu pohybů (akineze - porucha startu volných pohybů, bradykineze zpomalený průběh pohybů), rigiditou (zvýšení svalového napětí), dále ve většině případů třesem a posturálními abnormalitami (poruchy stoje a chůze). Vzniká na podkladě nigrostriatálního dopaminergního přenosu nebo defektu navazujících vnitřních spojů systému bazálních ganglií. V 80 % je parkinsonský syndrom způsoben Parkinsonovou nemocí, 20 % tvoří jiné neurodegenerativní, cévní, metabolické a jiné choroby nebo intoxikace a polékové projevy (Nevšimalová, Růžička, Tichý, et al., 2002).

Parkinsonova nemoc je chronické progresivní onemocnění nervové soustavy. Patří mezi tzv. extrapyramidová onemocnění, vznikající při postižení bazálních ganglií. Jsou velmi častá. Pokladem je degenerativní zánik neuronů v substantia nigra, což vede k nedostatku dopaminu ve striatu (Nevšimalová, Růžička, Tichý, et al., 2002).

Po několikaletém bezpříznakovém období dochází k nespecifickým příznakům, jako jsou kloubní a svalové bolesti, deprese apod., až poté se postupně rozvíjí typické příznaky. Nejvíce nemocného omezuje hypokineze, bradykineze a akineze. Důsledkem jsou rostoucí obtíže při zvládnání běžných denních aktivit a nutnost pomoci druhé osoby. Hypokinetické příznaky obvykle provází rigidita. Typický je klidový tremor ustupující při volném pohybu a ve spánku, zvyrazňuje se stresem a únavou. Posturální poruchy vedou často k pádům. Mimo tyto hlavní příznaky se vyskytuje postižení vegetativního nervstva (seborrhoea, obstipace, poruchy polykání a trávení, hypersalivace, zvýšené pocení, ortostatická hypotenze, mikční a sexuální poruchy) a psychické změny (deprese – u více než 50% nemocných, poruchy kognitivních funkcí až demence). Komplikace se mohou objevit po několika letech, jsou projevem progresu choroby a dlouhodobé lékové

stimulace dopaminergních receptorů (zkrácené trvání nebo úplná ztráta účinku jednotlivých dávek léků, polékové dyskineze a psychotické projevy). Léčba Parkinsonovy nemoci je kombinací léčebných postupů farmakologických, neurochirurgických, léčebné rehabilitace, pohybové reedukace a sociální podpory (Nevšímalová, Růžička, Tichý, et al., 2002).

3.4.6 Klienti s epilepsií

Epilepsie jako choroba se projevuje opakovaným výskytem epileptických záchvatů, ojedinělý záchvat ještě nemusí znamenat onemocnění epilepsií, ale může být reakcí organismu na mimořádný podnět (např. spánková deprivace, alkohol apod.). Záchvat se projeví poruchou vědomí, motorickými, senzitivně-senzorickými, vegetativními a psychickými příznaky nebo jejich různou kombinací (Nevšímalová, Růžička, Tichý, et al., 2002).

Nejčastější formou záchvatu, se kterou se můžeme v nemocnici setkat, jsou generalizované tonicko-klonické záchvaty (dříve označované grand mal). Záchvat začíná náhlou ztrátou vědomí s pádem a tonickou křečí kosterního svalstva. Křeč dechového svalstva vede k zástavě dechu a progredující cyanóze. Důsledkem křeče žvýkacího svalstva může dojít k poranění jazyka a rtů, následuje klonická fáze projevující se záškuby svalstva. Relaxací sfinkterů může dojít k pomočení i pokálení. Následuje klidové stadium, motorické projevy odeznívají, dechové funkce se normalizují a dostavuje se hluboký spánek. Po probuzení je častá zmatenost, bradypsychie, silné bolesti hlavy a svalstva. Při záchvatu tohoto typu často může dojít k traumatu následkem pádu, křečí nebo zmatenosti. Záchvatu někdy předchází prodromální stadium, které upozorňuje na blížící se záchvat (změny nálad, bolesti hlavy apod.) (Nevšímalová, Růžička, Tichý, et al., 2002).

Kumulace epileptických záchvatů delší než 30 minut, kdy u nemocného nenastává návrat k plnému vědomí, nazýváme **status epilepticus**. Nejnebezpečnější je u záchvatů typu grand mal, jedná se o život ohrožující stav doprovázený horečkou, leukocytózou, acidózou, nemocný je ohrožen energetickým vyčerpáním, mozkovou hypoxií

z respirační hypoventilace a mozkovým edémem. Nutná je hospitalizace na JIP nebo ARO (Ambler, 2006).

Kvalita života epileptiků je značně snížena (omezený výběr povolání, zákaz řízení motorových vozidel, ztížený výběr partnera, u žen obavy z těhotenství, nutnost dodržování režimových opatření - absolutní zákaz alkoholu, pravidelný spánkový režim, časté pocity únavy a snížené koncentrace vlivem medikace) (Nevšímalová, Růžička, Tichý, et al., 2002).

3.4.7 Klienti s expanzivním intrakraniálním procesem

Expanzivní intrakraniální procesy je souborný název procesů, které zvyšují intrakraniální obsah a zároveň s tím intrakraniální tlak. Nejčastěji se jedná o nádory, hematomy, otok mozku apod. Intrakraniální obsah tvoří mozek, likvor a krev v cévách. Při zvyšování intrakraniálního tlaku vážně krevní zásobování, zhoršuje se mozkový metabolismus, čímž dochází k otoku mozku, který opět vede k narůstání intrakraniálního tlaku. Soubor příznaků tohoto stavu nazýváme **syndrom nitrolební hypertenze**. Hlavním projevem jsou progredující bolesti hlavy, špatně reagující na analgetika a někdy se zvyšují při poloze vleže a při použití břišního lisu, časté jsou ráno po probuzení a ustupují po vertikalizaci. Dalším důležitým projevem je zvracení, někdy náhlé a bez přítomnosti nauzey, dále bývají závrativé stavy. Při progresi stavu vznikají kvalitativní i kvantitativní poruchy vědomí. Dle lokalizace léze nastupují ložiskové příznaky. Těžší nitrolební hypertenze způsobuje hypoventilaci s následnou hypoxií a hyperkapnií, které opět mají za následek další zvýšení nitrolebního tlaku. Syndrom nitrolební hypertenze vyžaduje pečlivou monitoraci základních životních funkcí, neboť dekompenzace stavu ohrožuje klienta na životě a vyžaduje urgentní neurochirurgický zákrok (Ambler, 2006).

Do určité výše intrakraniálního tlaku se mohou uplatňovat kompenzační mechanismy, po jejichž vyčerpání intrakraniální tlak roste exponenciálně. Perfúze mozku závisí na perfúzním tlaku, tento je dán rozdílem mezi arteriálním tlakem přitékající krve a intrakraniálním tlakem. Při stoupání intrakraniálního tlaku se tento rozdíl zmenšuje a z toho plyne pokles perfúzního tlaku. Tímto mechanismem dochází k ložiskové,

víceložiskové nebo difúzní mozkové hypoperfúzi. Současně se zhoršuje žilní odtok, mozkový metabolismus, zvyšuje se anaerobní glykolýza a acidóza. V důsledku toho dochází k rozvoji mozkového edému, který opět zvyšuje nitrolební hypertenzi. Může dojít také k bloádě likvorových cest a hydrocefalu. Důležitým faktorem diagnostiky nitrolební hypertenze je rychlost jejího vzniku a intenzita progresu (Ambler, Bednařík, Růžička, et al., 2004).

Cenným, i když vzácným symptomem jsou tzv. *ventilové bolesti hlavy* a nucené držení hlavy v mírném předklonu. Ventilová bolest je charakteristická recidivami záchvatovité bolesti s pozvolným začátkem, během několika minut graduje do nesnesitelnosti a následně rychle vymizí. Způsobuje ji ventilová bloád nitromozkových likvorových cest, obvykle nádor v jejich blízkosti (Urbánek, 1997).

Základem péče o nemocného s nitrolební hypertenzí je elevace hlavy a trupu o 30 stupňů, tuto pozici je nutno zachovávat při jakékoli manipulaci s nemocným včetně transportů na vyšetření (Ambler, Bednařík, Růžička, et al., 2004).

Bolest, neklid a úzkost nemocného výrazně zvyšují intrakraniální tlak. Analgezie a sedace tak tvoří důležitou součást terapie, stejně jako léčba mozkového edému (Kalina, 2000).

3.4.8 Klienti s cefaleou

Bolesti hlavy mají mnoho forem a příčin. Nejčastějším mechanismem vzniku bolesti je přímý tlak, trakce nebo torze, poškození senzitivních nervů nebo drah, vazodilatace, záněty, déletrvající kontrakce hlavového a šíjového svalstva a psychogenní reakce. Možná je kombinace příčin. Idiopatické (primární) bolesti hlavy nejsou projevem nějaké další choroby, jejich hlavním rysem je chronicita. Bolesti symptomatické (sekundární) se vyskytují jako příznak nějakého onemocnění, příčina může být v kraniální i extrakraniální oblasti. Bolestem hlavy je nutno vždy věnovat pozornost, zvláště bolestem náhle a nově vzniklým, které mohou signalizovat organickou intrakraniální lézi (Ambler, 2006).

Dle mezinárodní klasifikace bolestí hlavy (dle IHS – International Headache Society) z roku 1988 rozlišujeme **bolesti primární a sekundární**. Mezi primární patří migréna,

tenzní bolesti hlavy, cluster headache a chronická paroxysmální hemikranie, různé bolesti hlavy bez strukturálního postižení. Mezi sekundární patří bolest hlavy spojená s úrazem, s cévním onemocněním, s nevaskulárním intrakraniálním onemocněním, způsobená chemickými látkami nebo jejich vynecháním, spojená s infekcí mimo mozek, s poruchami metabolismu, bolest hlavy nebo v obličeji spojená s onemocněním lebky, krku, očí, uší, sinusů, zubů nebo jiných obličejových či hlavových struktur, neuralgie, bolesti nervového kmene a deaferentační bolesti. Základním cílem léčby je ovlivnění nebo nejlépe odstranění příčiny vyvolávající bolest (Nevšímalová, Růžička, Tichý, et al., 2002).

3.4.9 Klienti s Bellovou obrnou

Lící nerv (n. facialis – VII. hlavový nerv) motoricky inervuje obličejové svalstvo a m. platysma, sensoricky chuťová vlákna předních dvou třetin jazyka, vegetativně slznou žlázu a slinné žlázy a senzitivně vnější zvukovod, bubínek a část boltce (Seidl, 2008).

Periferní léze se projevuje hybným postižením celé poloviny tváře, naopak centrální pouze hybným postižením dolní větve lícího nervu (Nevšímalová, Růžička, Tichý, et al., 2002).

Bellova obrna je obrna lícího nervu periferního typu (Tichý, 1997).

Bellova obrna (Bellova paréza – nazývaná také idiopatická, esenciální) je nejčastější příčinou poruchy lícího nervu. Vzniká náhle, často předchází infekce nebo prochlazení, někdy předchází mírné bolesti kolem ucha, projeví se typickou jednostrannou periferní lézí lícího nervu s parézou mimických svalů na celé polovině obličeje, s lagoftalmem (nedovírání oční štěrbin) a poklesem koutku (Ambler, 2006).

Rozsah poruchy může kolísat od nepatrných změn až po úplnou plegii. Tvář na postižené straně je plochá, vrásky na čele vyhlazené, obočí pokleslé, dolní víčko odstává, oko nemrká a slzí, slzy normálně neodtékají, je vyhlazena nazolabiální rýha. Když se nemocný pokusí zavřít oko, bulbus se stáčí vzhůru a zevně (Bellův příznak). Nemocný má problémy s artikulací, nenašpulí rty, nevycení zuby, nenafoukne tváře, tekutiny mohou vytékat z úst (Tichý, 1997).

Prognóza je závislá na tíži postižení. Důsledkem lagofthalmu může být vysychání rohovky, proto je nutné krytí oka a aplikace kapek nebo mastí. Velmi důležitou částí terapie je léčebná rehabilitace, kterou nemocný musí provádět i po propuštění do domácího ošetřování (Ambler, 2006).

V průběhu hojení se mohou objevit kontraktury nebo synkinézy (mimovolní pohyby) nežádoucích svalových skupin. K zabránění poškození rohovky je někdy nutné provést parciální tarsorhafii (sešití víček). Průběh choroby je obvykle benigní, úprava však může trvat až jeden rok. Asi u 5 % nemocných přetrvávají trvalé změny v inervační oblasti (Tichý, 1997).

3.4.10 Klienti s polyneuropatií

Polyneuropatie je afekcí většího počtu periferních nervů s různým stupněm postižení. Přejít mezi mononeuropatií a polyneuropatií nazýváme syndrom mnohočetných mononeuropatií, bývá u diabetu nebo vaskulitid (Nevšímalová, Růžička, Tichý, et al., 2002).

Polyneuropatie je jedna z nejčastějších neurologických chorob, postiženy jsou hlavně dlouhé nervy dolních končetin převážně v distální části. Projevem choroby může být bolest, pálení, brnění, mravenčení, pocity chladu, snížená citlivost, svalová slabost, zvýšená únava končetin, svalové spazmy, myalgie nebo nejistá chůze (Ambler, 2006).

Jedná se o široké spektrum metabolických, endotoxických, exotoxických a dysendokrinních difúzních poškození periferní nervové soustavy, které se klinicky projevují podobně. Nemoc je charakteristická pozvolným začátkem a dlouhodobým průběhem. Z endotoxických polyneuropatií je nejčastější diabetická a nefrotoxická, z exotoxických polyneuropatií alkoholická nebo vzniklá dlouhodobým užíváním některých léků. Léčba má úspěch obvykle pouze tehdy, je-li úspěšně léčeno základní onemocnění nebo po eliminaci vyvolávající noxy. Není-li známá vyvolávající příčina, léčba se soustředí na podporu funkce periferního nervstva (Urbánek, 2000).

3.4.11 Klienti s imobilizačním syndromem

Imobilizační syndrom označuje soubor negativních důsledků dlouhodobé pohybové inaktivity. Rozvíjí se ortostatická hypotenze, komplexní přestavba cirkulace se snížením srdečního výdeje a klidovou tachykardií, dochází k oblenění krevního oběhu, vzniku flebotrombózy a riziku plicní embolie, plicní hypoventilaci se stagnací hlenu a rizikem pneumonie, vzniku dekubitů, svalové atrofii s poklesem svalové síly, vzniku flekčních kontraktur, zhoršení pohybové koordinace při chůzi, rozvoji osteoporózy, obstipaci nebo inkontinenci stolice, poruchám mikce ve smyslu retence i inkontinence, psychickým poruchám jako je delirium, deprese, deprivace. Při zanedbání péče hrozí dehydratace a malnutrice (Kalvach, et al., 2008).

3.4.12 Klienti s amyotrofickou laterální sklerózou

Amyotrofická laterální skleróza je degenerativní onemocnění nervového systému. Jedná se o jednu z nejvážnějších chorob s neblahou prognózou, průměrná doba přežití je 3-5 let. Projevy onemocnění jsou svalová slabost, svalová hypotrofie, spasticita, dysartrie, dysfagie, hypersalivace. Při progredujících poruchách polykání dochází k malnutrici, kdy je často nutné zavedení perkutánní gastrostomie. Dechová nedostatečnost může vést až k nutnosti zavedení řízené ventilace s tracheotomií. Při výrazném postižení řeči je ještě po určitou dobu zachována možnost psaní nebo ukazování na tabulce písmen, nakonec zbývá možnost komunikace pohledem a mrkáním. Nemoc provází depresivní syndrom, nejvýrazněji po sdělení diagnózy (Ambler, 2006).

Choroba je kombinací postižení centrálního a periferního motoneuronu, popisujeme tzv. amyotrofický syndrom. Rozpadají se motoneurony kortexu a předních rohů míšních, dochází k degeneraci kortikospinálních drah, postižena jsou také jádra distálních motorických nervů. Etiologie je neznámá, u velmi malé části nemocných se uplatňuje genetická predispozice. Choroba má progresivní průběh a končí vždy letálně. Obvykle začíná mezi 35. a 50. rokem, častěji u mužů. První příznaky se objevují nejčastěji na drobných svalech ruky. Vzniká porucha jemné motoriky se snížením

svalové síly, svalové atrofie a fascikulace. Posléze přichází slabost žvýkacího svalstva. Narůstá bulbární symptomatologie a progreduje hybné postižení a kachektizace. Choroba končí bulbární zástavou dechu a centrální poruchy srdeční akce při plně zachovaném vědomí nemocného (Nevšimalová, Růžička, Tichý, et al., 2002).

3.4.13 Klienti s torticollis

Torticollis spastica (cervikální dystonie) nejčastěji vzniká ve 4. a 5. dekádě, u osob v produktivním věku, které významným způsobem invalidizuje (dystonie je přetrvávající svalový stah působící kroucení a opakované pohyby nebo abnormální postavení postižených částí těla). Projevuje se mimovolnými pohyby hlavy, opakovaným stereotypním stáčením hlavy (rotacollis), ukláněním do stran (laterocollis), dopředu (procollis), dozadu (retrocollis) nebo fixací v abnormální poloze. K tomuto dochází ve vazbě na určitou činnost nebo trvale. Stáčení hlavy a snahu o návrat do přímé polohy může provázet třes nebo myoklonus (prudké záškuby svalů nepravidelného rytmu). Ve spánku dystonické projevy ustupují. Někteří nemocní si vytvoří tzv. *geste antagoniste* – to je vlastní způsob, kterým dokáží abnormální postavení opravit (např. dotek na bradě, jinde na hlavě nebo složitější manévry) (Nevšimalová, Růžička, Tichý, et al., 2002).

Onemocnění nastupuje plíživě poruchou hybnosti svalů šíje. Pacient pociťuje nejprve nepříjemné napětí za krkem, které se postupně mění v bolest, až později dochází ke stáčení či uklánění hlavy. Jak se toto stáčení zvětšuje, objevují se doprovodné příznaky, jako jsou bolesti ramen nebo bolesti za krkem vystřelující do některé horní končetiny. Může být přítomna závrať, někdy s nauzeou, porucha prostorové orientace, nejistá chůze, porucha polykání a nechutenství (Kaňovský, Herzig, et al., 2007)

Sekundární (symptomatické) dystonie se objevují u řady chorob a stavů postihujících mimo jiné nebo výlučně bazální ganglia. Na možnost kauzálně léčitelné sekundární dystonie je nutno myslet vždy. Objevuje se např. u Wilsonovy choroby (porucha metabolismu mědi), hypoparatyreózy, různých intoxikací apod. (Nevšimalová, Růžička, Tichý, et al., 2002).

3.4.14 Klienti s myastenii gravis

Myastenia gravis je nepříliš časté autoimunitní onemocnění, patří mezi choroby s poruchou nervosvalového přenosu. Při správné léčbě má dobrou prognózu. Projevem je únava a slabost kosterního svalstva, která může gradovat až do úplného vyčerpání s neschopností pohybu a obrazem parézy. Dále mohou být oslabené i svaly okohybné, žvýkácí, mimické, řečové, polykácí, šíjové i dýchací. Může dojít až k myastenické krizi vyžadující řízenou ventilaci (Ambler, 2006).

Další život ohrožující stav může nastat při nástupu cholinergní krize (při léčbě vyššími dávkami inhibitory cholinesterázy). Myastenickou a cholinergní krizi je obtížné od sebe odlišit, obě mohou vyústit v respirační selhání a bulbární, případně kompletní paralýzu (Ševčík, Černý, Vítovec, et al., 2003).

Při této chorobě dochází ke snížení počtu acetylcholinových receptorů na nervosvalové ploténce kosterního svalstva. Asi 90 % nemocných má protilátky proti těmto receptorům. 75 % nemocných má histologické změny tymu (hyperplazie), v 10 % je přítomen tymom, obvykle benigní. S myastenii gravis bývají častěji spojeny určité autoimunitní choroby (nemoci štítné žlázy, revmatoidní artritida, systémový lupus erythematoses, perniciozní anémie) (Ševčík, Černý, Vítovec, et al., 2003).

3.4.15 Klienti s neuralgií trigeminu

Pojem neuralgie označuje silnou pálivou nebo bodavou bolest, která často kopíruje průběh nervu (Výkladový ošetřovatelský slovník, 2007).

Pod název neuralgie trigeminu zahrnujeme esenciální neboli primární neuralgii (je v naprosté většině případů způsobena neurovaskulární kompresí v místě výstupu trigeminu z mozkového kmene), ale i sekundární neuralgie, které jsou v podstatě neuritidami. Projevem choroby jsou krátkodobé záchvaty kruté bolesti v oblasti inervované jednou nebo dvěma větvemi trigeminu. Bolest vzniká ve zlomku sekundy a po několika sekundách opět náhle ustává, je provokována žvýkáním, polykáním, mluvením, dotykem v obličeji, ale i závanem větru, nemocný se proto úzkostlivě

vyhýbá podobným situacím. Záchvaty se postupně vrací v kratších intervalech a kumulují se do skupin, někdy bývá neustávající bolest i několik minut nebo hodin. Bolest je tak krutá, že nemocný může spáchat suicidium (Urbánek, 2000).

U primární neuralgie při záchvatu dochází k bolestivému stahu mimického svalstva, tzv. *bolestivému tiku*. Na okrsku kůže v obličeji nebo sliznice dutiny ústní existuje tzv. *spoušťová zóna*, jejíž podráždění bolest vyvolává. U sekundární neuralgie spoušťová zóna ani bolestivý tik není. Terapie je zaměřena na odstranění příčiny, pokud je to možné, dále na symptomatickou medikamentózní léčbu, při jejím neúspěchu je možný neurochirurgický zásah (Nevšímalová, Růžička, Tichý, et al., 2002).

4 METODIKA PRÁCE

4.1 Výzkumný soubor

Jako výzkumný soubor byli zvoleni klienti neurologického oddělení Vojenské nemocnice Olomouc, hospitalizovaní na tomto oddělení v roce 2009. Výzkumný soubor byl rozdělen na podsoubory – skupiny klientů dle typu neurologického onemocnění. Při tomto rozdělení je předpoklad podobných ošetrovatelských problémů.

Tabulka 1. Výzkumný soubor

Číslo skupiny	Skupina klientů s:	Počet klientů ve skupině	%
1	vertebrogenními poruchami	659	87,28%
2	ischemickou mozkovou příhodou	23	3,05%
3	roztroušenou mozkomíšní sklerózou	13	1,72%
4	vertigem	11	1,46%
5	Parkinsonovou chorobou	11	1,46%
6	epilepsií	8	1,06%
7	expanzivním intrakraniálním procesem	8	1,06%
8	cefaleou	5	0,66%
9	Bellovou obrnou	5	0,66%
10	polyneuropatií	4	0,53%
11	imobilizačním syndromem	3	0,40%
12	amyotrofickou laterální sklerózou	2	0,26%
13	torticollis	1	0,13%
14	myastenii gravis	1	0,13%
15	neuralgií trigeminu	1	0,13%
Počet hospitalizovaných klientů na oddělení neurologie VN Olomouc v roce 2009		755	

4.2 Organizace výzkumu

I.fáze šetření

- zpětný sběr dat (skutečně stanovené ošetrovatelské diagnózy) u výzkumného souboru (všichni klienti hospitalizovaní na oddělení neurologie Vojenské nemocnice Olomouc v roce 2009)
- rozdělení hospitalizovaných klientů do podsouborů (skupiny klientů) dle typu onemocnění, stanovení frekvence typu onemocnění a její procentuální vyjádření

II.fáze šetření

- převod názvů skutečně stanovených ošetrovatelských diagnóz do klasifikačního systému ošetrovatelských diagnóz NANDA-International, taxonomie verze II.

III.fáze šetření

- stanovení frekvence ošetrovatelského problému vyjádřeného standardizovaným názvem ošetrovatelské diagnózy klasifikačního systému ošetrovatelských diagnóz NANDA-International, taxonomie verze II.

IV.fáze šetření

- návrh základního souboru ošetrovatelských diagnóz u podsouborů klientů (jako kritérium pro zařazení diagnózy do tohoto souboru byl stanoven výskyt diagnózy vztahující se k základnímu onemocnění alespoň u dvou různých klientů v daném podsouboru)

4.3 Vlastní metodika výzkumu

Výzkumné šetření bylo realizováno obsahovou analýzou písemných dokumentů. Takto se analyzují takové dokumenty, které nebyly vytvořeny za účelem plánovaného výzkumu. (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2008).

U zvoleného souboru probandů byly prostudovány chorobopisy a ošetrovatelská dokumentace. Zkoumaný soubor byl rozdělen na 15 podsouborů dle typu

neurologického onemocnění. Rozdělení vycházelo ze standardních plánů ošetrovatelské péče (příloha 4–15), které byly vytvořeny sestrami na zvoleném pracovišti. V těchto plánech jsou předtištěné ošetrovatelské diagnózy vztahující se k základnímu onemocnění, které se vyskytují u jednotlivých skupin klientů nejčastěji. Následuje volné místo pro ruční doplnění dalších diagnóz u jednotlivého klienta.

Standardní plány ošetrovatelské péče obsahují oddíly pro ošetrovatelské diagnózy a s nimi související cíle, intervence a hodnocení ošetrovatelské péče. Ošetrovatelské diagnózy jsou zde tvořeny PES nebo PRF strukturou (viz kapitola 3.2.1.2). Informačním zdrojem pro formulaci ošetrovatelských diagnóz byly obě vydání publikace *Kapesní průvodce zdravotní sestry* (Doenges, Moorhouse, 1996, 2001).

Výskyt ošetrovatelských problémů, které sestry u svých klientů rozpoznaly, byl zaznamenán potvrzením ošetrovatelské diagnózy do standardního plánu ošetrovatelské péče individuálně pro každého klienta. Pokud sestry rozpoznaly ošetrovatelský problém, který ve standardním plánu zahrnut nebyl, snažily se tento problém vyjádřit ošetrovatelskou diagnózou nalezenou v *Kapesním průvodci zdravotní sestry*. V případě, že pro určitý problém nenalezly vhodné vyjádření v tomto zdroji, snažily se dle svých možností o vlastní formulaci ošetrovatelské diagnózy tak, aby všechny podstatné ošetrovatelské problémy klienta byly zdokumentovány a vyřešeny. Takto formulované ošetrovatelské diagnózy byly zahrnuty do plánu péče individuálně pro každého klienta.

Souhrn diagnóz z předtištěných standardních plánů ošetrovatelské péče a formulovaných samotnými sestrami je v této práci dále uváděn jako *skutečně stanovené diagnózy*.

Pro hlavní cíl šetření bylo nutné skutečně stanovené diagnózy převést do aktuální standardizované ošetrovatelské terminologie. Tuto terminologii obsahuje klasifikační systém ošetrovatelských diagnóz NANDA-International, taxonomie verze II. Postupováno bylo dle diagnostického algoritmu Marečkové, kdy za diagnostické prvky algoritmu byla dosazena data nalezená v ošetrovatelské dokumentaci jednotlivých klientů. Touto cestou se podařilo identifikovat pro každou skutečně stanovenou ošetrovatelskou diagnózu odpovídající standardizovaný název.

Zdrojem standardizovaných názvů ošetrovatelských diagnóz byly publikace *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách* (Marečková, 2006) a *Ošetrovatelské diagnózy : definice & klasifikace 2009-2011*(Herdman, 2010) v aktuálním překladu

Kudlové. Pokud se tyto dva zdroje ve formulacích ošetrovatelských diagnóz liší, byla dána přednost aktuálnější verzi. Pouze u ošetrovatelské diagnózy s kódem 00040 byla upřednostněna formulace Marečkové *Riziko imobilizačního syndromu* před formulací Kudlové *Riziko syndromu nepoužívání („muskuloskeletálního systému“)*, neboť pojem *imobilizační syndrom* je v našich podmínkách pojmem všeobecně známým a zažitým a setkáváme se s ním i v odborné literatuře, např. v publikaci *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient* (Kalvach, et al., 2008). Převodní tabulky ošetrovatelských diagnóz byly vytvořeny pro každou skupinu klientů.

Následně byly pro každou skupinu klientů vytvořeny tabulky vyhodnocující frekvenci výskytu ošetrovatelských diagnóz ve standardizované formulaci.

Závěrem výzkumného šetření bylo navržení základního souboru ošetrovatelských diagnóz u jednotlivých skupin klientů, které splnily předem stanovené kritérium (výskyt diagnózy vztahující se k základnímu onemocnění alespoň u dvou různých klientů v daném podsouboru).

Data pro určení vztahu ošetrovatelské diagnózy k základnímu onemocnění byla nalezena v ošetrovatelské dokumentaci v plánu péče pod formulkou „z důvodu“ vyjadřující v PES a PRF struktuře etiologii ošetrovatelského problému. Tato etiologie může být známá nebo neznámá.

Stanovené kritérium (výskyt diagnózy vztahující se k základnímu onemocnění alespoň u dvou různých klientů v daném podsouboru) nesplnily 4 skupiny klientů, základní soubory ošetrovatelských diagnóz byly navrženy pro 11 skupin klientů.

5 VÝSLEDKY

Pro přehlednost a možnost praktického využití výzkumného šetření jsou výsledky prezentovány v kapitolách dle jednotlivých skupin klientů (1-15) sestupně od nejčetnější skupiny klientů. Každá kapitola obsahuje převodní tabulku názvů ošetřovatelských diagnóz, tabulku frekvence ošetřovatelských diagnóz, návrh základního souboru ošetřovatelských diagnóz (pokud byl vytvořen) a komentář k zjištěným výsledkům.

5.1 Šetření u klientů s vertebrogenními poruchami

Tabulka 2. Převodní tabulka názvů ošetřovatelských diagnóz u klientů s vertebrogenními poruchami

Ošetřovatelská diagnóza NANDA-I s kódem	Skutečně stanovená ošetřovatelská diagnóza
(00132) Akutní bolest	Akutní bolest Cefalea sekundární Bolestivý hematom v kubitální jamce PHK
(00133) Chronická bolest	Chronická bolest
(00162) Snaha zlepšit péči o vlastní zdraví	Poruchy správného držení těla (RHB)
(00095) Nespavost	Porucha spánku
(00179) Riziko nestabilní glykémie	Výživa porušená Porušená výživa Porucha výživy Porucha glukózové tolerance Porucha metabolismu Dietní režim č. 9 Dodržování dietního režimu
(00163) Snaha zlepšit výživu	Výživa porušená Porušená výživa Porucha výživy

	<p>Výživa porušená (diety 4, 7) Poruchy hodnot cholesterolu Zvýšené hodnoty cholesterolu Zvýšená hodnota tuků a cholesterolu</p>
(00197) Riziko dysfunkční gastrointestinální motility	<p>Chronické onemocnění žlučníku – riziko GIT obtíží Chronické onemocnění slinivky břišní – riziko ataky onemocnění GIT potíže Zažívací potíže při chronickém onemocnění žlučníku, alergie na mléko Výživa porušená Porušená výživa Porucha výživy</p>
(00029) Snížený srdeční výdej	<p>Porucha hodnot TK (HN) Riziko nestability fyziologických funkcí Nestabilita fyziologických funkcí Porucha stability TK Porucha stability fyziologických funkcí Kontrola TK pro hypertenzi V osobní anamnéze zvýšený TK s medikací – nestabilita fyziologických funkcí Sledování fyziologických funkcí Riziko nestability TK Porušený TK – hypertoniik Kolísavé hodnoty TK Hypertenze</p>
(00015) Riziko zácpy	<p>Porucha vyprazdňování stolice</p>
(00109) Deficit sebekpěče při oblékání (00108) Deficit sebekpěče při koupání (00110) Deficit sebekpěče při vyprazdňování (00085) Zhoršená tělesná pohyblivost (00090) Zhoršená schopnost přemísťování se (00088) Zhoršená chůze	<p>Porucha soběstačnosti</p>
(00146) Úzkost	<p>Pocit psychické nepohody</p>
(00046) Narušená integrita kůže	<p>Porucha integrity kůže (oprúzenina) Kožní integrita porušená (pooperační rána) Porucha kožní integrity (furunkl) Porucha kožní integrity (neznámý důvod, štípnutí hmyzem, excize ateromu, alergie, lupénka)</p>
(00016) Zhoršené vylučování moči	<p>Porucha vyprazdňování moče – únik Močová inkontinence Porucha močení (časté močení) Porucha vyprazdňování močového měchýře</p>

(00001) Nevyvážená výživa: více, než je potřeba organismu	Zvýšená váha Středně vysoká nadváha s BMI 29.9 Nadměrná výživa
(00004) Riziko infekce	Riziko infekce (PŽK) Porucha kožní integrity (PŽK) Riziko poškození integrity kůže (PŽK) Porucha integrity kůže (PŽK) Potenciální riziko a narušení integrity kůže (PŽK) Riziko infekce (PMK)
(00155) Riziko pádů	Nestabilita při chůzi (pád v osobní anamnéze), chůze o 1 FH Riziko pádu (vertigo) Porucha stability (vertigo) Riziko traumatu (vertigo) Dg. epilepsie v anamnéze, t.č. bez záchvatu
(00007) Hypertermie	Hypertermie Porucha termoregulace Febrilní stav
(00002) Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu	Váhový úbytek (nechutenství) Snížený příjem potravy asi 1 měsíc, při úbytku hmotnosti 6 kg (stp. Tu Grawitz 1997)
(00036) Riziko udušení	Porucha vědomí (epi)
(00033) Zhoršená spontánní ventilace	Poruchy dýchání (interní onemocnění) Dušnost

Tabulka 3. Frekvence ošetrovatelských diagnóz u klientů s vertebrogenními poruchami

(kód) Ošetrovatelská diagnóza NANDA-I (souvislost se základním nebo jiným onemocněním)	frekvence	%
(00132) Akutní bolest (vertebrogenní poruchy) (00133) Chronická bolest (vertebrogenní poruchy)	657	99,69%
(00162) Snaha zlepšit péči o vlastní zdraví (rehabilitace)	657	99,69%
(00095) Nespavost (bolest)	380	57,66%
(00179) Riziko nestabilní glykémie (interní onemocnění) (00163) Snaha zlepšit výživu (interní onemocnění) (00197) Riziko dysfunkční gastrointestinální motility (interní onemocnění)	176	26,70%
(00029) Snížený srdeční výdej (interní onemocnění)	129	19,57%
(00015) Riziko zácpy (změna prostředí, stravy, vliv medikace)	109	16,54%
(00109) Deficit sebepéče při oblékání (bolest)	106	16,08%
(00108) Deficit sebepéče při koupání (bolest)	106	16,08%
(00110) Deficit sebepéče při vyprazdňování (bolest)	106	16,08%
(00085) Zhoršená tělesná pohyblivost (bolest)	106	16,08%
(00090) Zhoršená schopnost přemístování se (bolest)	106	16,08%
(00088) Zhoršená chůze (bolest)	106	16,08%
(00146) Úzkost (psychosomatizace)	49	7,43%
(00046) Narušená integrita kůže (kožní onemocnění, operační rána)	12	1,82%
(00016) Zhoršené vylučování moči (inkontinence, PMK)	8	1,21%
(00001) Nevyvážená výživa: více, než je potřeba organismu (interní onemocnění)	8	1,21%
(00004) Riziko infekce (zavedení PŽK, PMK)	7	1,06%
(00155) Riziko pádů (vertigo, epilepsie)	7	1,06%
(00007) Hypertermie (viróza)	4	0,60%
(00002) Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu (onkologické onemocnění)	3	0,45%
(00036) Riziko udušení (epilepsie)	3	0,45%
(00033) Zhoršená spontánní ventilace (interní onemocnění)	2	0,30%
(00132) Akutní bolest (hematom)	1	0,15%
Počet klientů s vertebrogenními poruchami	659	

Ošetřovatelské diagnózy (00132) Akutní bolest a (00133) Chronická bolest nebyly v prostudované dokumentaci vždy jasně rozlišovány, nebylo tedy možné zjistit jejich jednotlivou frekvenci. Proto jsou v tabulce 3 uváděny společně.

Ošetřovatelské diagnózy (00179) Riziko nestabilní glykemie, (00163) Snaha zlepšit výživu (00197) Riziko dysfunkční gastrointestinální motility nebyly v prostudované dokumentaci vždy jasně rozlišovány, nebylo tedy možné zjistit jejich jednotlivou frekvenci. Proto jsou v tabulce 3 uváděny společně.

Tabulka 4. Návrh souboru ošetřovatelských diagnóz u klientů s vertebrogenními poruchami

Doména	Třída	Kód	Ošetřovatelská diagnóza
1. Podpora zdraví	Management zdraví	00162	Snaha zlepšit péči o vlastní zdraví
3. Vylučování a výměna	Vyprazdňování moči	00016	Zhoršené vylučování moči
	Gastrointestinální funkce	00015	Riziko zácpy
4. Aktivita – odpočinek	Spánek – odpočinek	00095	Nespavost
	Aktivita – pohyb	00085	Zhoršená tělesná pohyblivost
		00090	Zhoršená schopnost přemísťování se
		00088	Zhoršená chůze
	Sebepéče	00109	Deficit sebepéče při oblékání
		00108	Deficit sebepéče při koupání
00110		Deficit sebepéče při vyprazdňování	
9. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu	Reakce na zvládání zátěže	00146	Úzkost
11. Bezpečnost – ochrana	Tělesné poškození	00155	Riziko pádů
12. Komfort	Tělesný komfort	00132	Akutní bolest
		00133	Chronická bolest

Zkoumaný podsoubor klientů s vertebrogenními poruchami tvořilo 659 probandů, což je 87,28% z celkového počtu probandů. Pro tuto skupinu klientů byl navržen základní soubor ošetřovatelských diagnóz, jehož kritériu vyhovělo 14 ošetřovatelských diagnóz.

5.2 Šetření u klientů s ischemickou mozkovou příhodou

Tabulka 5. Převodní tabulka názvů ošetřovatelských diagnóz u klientů s ischemickou mozkovou příhodou

Ošetřovatelská diagnóza NANDA-I s kódem	Skutečně stanovená ošetřovatelská diagnóza
(00088) Zhoršená chůze (00085) Zhoršená tělesná pohyblivost (00091) Zhoršená pohyblivost na lůžku	Zhoršená mobilita
(00029) Snížený srdeční výdej	Porucha hodnot krevního tlaku
(00109) Deficit sebeděže při oblékání (00108) Deficit sebeděže při koupání (00110) Deficit sebeděže při vyprazdňování	Deficit sebeděže v hygieně a oblékání
(00095) Nespavost	Porucha spánku
(00028) Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00002) Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu (00102) Deficit sebeděže při stravování	Potenciální malnutrice a dehydratace
(00132) Akutní bolest	Bolest akutní
(00133) Chronická bolest	Bolest chronická
(00051) Zhoršená verbální komunikace	Zhoršená verbální komunikace
(00018) Reflexní inkontinence moči	Reflexní inkontinence moči
(00015) Riziko zácpy	Změny ve vylučování stolice
(00046) Narušená integrita kůže	Porucha kožní integrity
(00040) Riziko imobilizačního syndromu	Potenciální riziko vzniku TEN
(00004) Riziko infekce	Riziko infekce (PŽK, PMK)
(00179) Riziko nestabilní glykémie	Výživa porušená (dieta 9) Porucha výživy
(00004) Riziko infekce (00039) Riziko aspirace	Samočisticí schopností dýchacích cest porušená
(00005) Riziko nerovnováhy tělesné teploty	Porucha stability TT

Tabulka 6. Frekvence ošetrovatelských diagnóz u klientů s ischemickou s mozkovou příhodou

(kód) Ošetrovatelská diagnóza NANDA-I (souvislost se základním nebo jiným onemocněním)	frekvence	%
(00088) Zhoršená chůze (CMP) (00085) Zhoršená tělesná pohyblivost (CMP) (00091) Zhoršená pohyblivost na lůžku (CMP)	23	100,00%
(00029) Snížený srdeční výdej (CMP)	23	100,00%
(00109) Deficit sebepěče při oblékání (CMP)	22	95,65%
(00108) Deficit sebepěče při koupání (CMP)	22	95,65%
(00110) Deficit sebepěče při vyprazdňování (CMP)	22	95,65%
(00095) Nespavost (CMP, chronická nespavost)	16	69,56%
(00028) Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (CMP)	15	65,21%
(00102) Deficit sebepěče při stravování (CMP)	15	65,21%
(00132) Akutní bolest (CMP)	15	65,21%
(00051) Zhoršená verbální komunikace (CMP)	13	56,52%
(00018) Reflexní inkontinence moči (CMP)	11	47,82%
(00015) Riziko zácpy (CMP)	11	47,82%
(00046) Narušená integrita kůže (imobilizace – CMP)	10	43,47%
(00040) Riziko imobilizačního syndromu (CMP)	10	43,47%
(00133) Chronická bolest (jiné onemocnění)	10	43,47%
(00004) Riziko infekce (PŽK, PMK)	10	43,47%
(00179) Riziko nestabilní glykémie (interní onemocnění)	6	26,08%
(00039) Riziko aspirace (CMP)	4	17,39%
(00005) Riziko nerovnováhy tělesné teploty (infekce)	1	4,34%
Počet klientů s ischemickou mozkovou příhodou	23	

Ošetrovatelské diagnózy (00088) Zhoršená chůze, (00085) Zhoršená tělesná pohyblivost a (00091) Zhoršená pohyblivost na lůžku (CMP) nebyly v prostudované dokumentaci rozlišovány, nebylo tedy možné zjistit jejich jednotlivou frekvenci. Proto jsou v tabulce 6 uváděny společně.

Tabulka 7. Návrh souboru ošetrovatelských diagnóz u klientů s ischemickou mozkovou příhodou

Doména	Třída	Kód	Ošetrovatelská diagnóza
2. Výživa	Hydratace	00028	Riziko sníženého objemu tekutin v organismu
3. Vylučování a výměna	Vyprazdňování moči	00018	Reflexní inkontinence moči
	Gastrointestinální funkce	00015	Riziko zácpy
4. Aktivita – odpočinek	Spánek – odpočinek	00095	Nespavost
	Aktivita – pohyb	00085	Zhoršená tělesná pohyblivost
		00091	Zhoršená pohyblivost na lůžku
		00088	Zhoršená chůze
		00040	Riziko imobilizačního syndromu
	Srdeční-plicní odezva	00029	Snížený srdeční výdej
	Sebepéče	00109	Deficit sebepéče při oblékání
		00108	Deficit sebepéče při koupání
		00102	Deficit sebepéče při stravování
00110		Deficit sebepéče při vyprazdňování	
5. Vnímání – poznávání	Komunikace	00051	Zhoršená verbální komunikace
11. Bezpečnost – ochrana	Infekce	00004	Riziko infekce
	Tělesné poškození	00046	Narušená integrita kůže
		00039	Riziko aspirace
12. Komfort	Tělesný komfort	00132	Akutní bolest

Zkoumaný podsoubor klientů s ischemickou mozkovou příhodou tvořilo 23 probandů, což je 3,05% z celkového počtu probandů. Pro tuto skupinu klientů byl navržen základní soubor ošetrovatelských diagnóz, jehož kritériu vyhovělo 19 ošetrovatelských diagnóz.

5.3 Šetření u klientů s roztroušenou mozkomíšní sklerózou

Tabulka 8. Převodní tabulka ošetřovatelských diagnóz u klientů s roztroušenou mozkomíšní sklerózou

Ošetřovatelská diagnóza NANDA-I s kódem	Skutečně stanovená ošetřovatelská diagnóza
(00088) Zhoršená chůze (00085) Zhoršená tělesná pohyblivost (00091) Zhoršená pohyblivost na lůžku	Zhoršená mobilita
(00132) Akutní bolest	Bolest akutní
(00133) Chronická bolest	Bolest chronická
(00109) Deficit sebeděže při oblékání (00108) Deficit sebeděže při koupání (00110) Deficit sebeděže při vyprazdňování	Deficit sebeděže v hygieně a oblékání
(00046) Narušená integrita kůže	Porucha kožní integrity
(00029) Snížený srdeční výdej	Porucha hodnot krevního tlaku
(00018) Reflexní inkontinence moči	Reflexní inkontinence moči
(00040) Riziko imobilizačního syndromu	Potenciální riziko vzniku TEN
(00015) Riziko zácpy	Změny ve vylučování stolice
(00028) Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00102) Deficit sebeděže při stravování	Potenciální malnutrice a dehydratace
(00095) Nespavost	Porucha spánku
(00179) Riziko nestabilní glykémie	Výživa porušená (dieta 9 - kortikoidy)
(00004) Riziko infekce	Riziko infekce (PŽK, PMK)
(00122) Narušené smyslové vnímání vizuální	Porucha periferního vidění

Tabulka 9. Frekvence ošetřovatelských diagnóz u klientů s roztroušenou mozkomíšni sklerózou

(kód) Ošetřovatelská diagnóza NANDA-I (souvislost se základním nebo jiným onemocněním)	frekvence	%
(00088) Zhoršená chůze (RS) (00085) Zhoršená tělesná pohyblivost (RS) (00091) Zhoršená pohyblivost na lůžku (RS)	13	100,00%
(00132) Akutní bolest (RS) (00133) Chronická bolest (RS)	10	76,92%
(00004) Riziko infekce (PMK, PŽK)	10	76,92%
(00109) Deficit sebepéče při oblékání (RS)	8	61,53%
(00108) Deficit sebepéče při koupání (RS)	8	61,53%
(00110) Deficit sebepéče při vyprazdňování (RS)	8	61,53%
(00046) Narušená integrita kůže (imobilizace – RS)	8	61,53%
(00029) Snížený srdeční výdej (interní onemocnění, vliv medikace – RS)	7	53,84%
(00018) Reflexní inkontinence moči (RS)	7	53,84%
(00040) Riziko imobilizačního syndromu (RS)	6	46,15%
(00015) Riziko zácpy (imobilizace – RS)	5	38,46%
(00028) Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (RS)	5	38,46%
(00102) Deficit sebepéče při stravování	5	38,46%
(00095) Nespavost (RS, chronická nespavost)	5	38,46%
(00179) Riziko nestabilní glykémie (interní onemocnění, vliv medikace – RS)	4	30,76%
(00122) Narušené smyslové vnímání vizuální (RS)	1	7,69%
Počet klientů s roztroušenou mozkomíšni sklerózou	13	

Ošetřovatelské diagnózy (00088) Zhoršená chůze, (00085) Zhoršená tělesná pohyblivost a (00091) Zhoršená pohyblivost na lůžku (CMP) nebyly v prostudované dokumentaci rozlišovány, nebylo tedy možné zjistit jejich jednotlivou frekvenci. Proto jsou v tabulce 9 uváděny společně.

Ošetřovatelské diagnózy (00132) Akutní bolest a (00133) a Chronická bolest nebyly v prostudované dokumentaci vždy jasně rozlišovány, nebylo tedy možné zjistit jejich jednotlivou frekvenci. Proto jsou v tabulce 9 uváděny společně.

Tabulka 10. Návrh souboru ošetrovatelských diagnóz u klientů s roztroušenou mozkomíšni sklerózou

Doména	Třída	Kód	Ošetrovatelská diagnóza
2. Výživa	Přijímání potravy	00002	Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu
	Metabolismus	00179	Riziko nestabilní glykémie
	Hydratace	00028	Riziko sníženého objemu tekutin v organismu
3. Vylučování a výměna	Vyprazdňování moči	00016	Reflexní inkontinence moči
	Gastrointestinální funkce	00015	Riziko zácpy
	Spánek – odpočinek	00095	Nespavost
	Aktivita – pohyb	00085	Zhoršená tělesná pohyblivost
		00091	Zhoršená pohyblivost na lůžku
		00088	Zhoršená chůze
		00040	Riziko imobilizačního syndromu
	Srdeční-plicní odezva	00029	Snížený srdeční výdej
	Sebepéče	00109	Deficit sebepéče při oblékání
		00108	Deficit sebepéče při koupání
00110		Deficit sebepéče při vyprazdňování	
Tělesné poškození	00046	Narušená integrita kůže	
12. Komfort	Tělesný komfort	00132	Akutní bolest
		00133	Chronická bolest

Zkoumaný podsoubor klientů s roztroušenou mozkomíšni sklerózou tvořilo 13 probandů, což je 1,72% z celkového počtu probandů. Pro tuto skupinu klientů byl navržen základní soubor ošetrovatelských diagnóz, jehož kritériu vyhovělo 17 ošetrovatelských diagnóz.

5.4 Šetření u klientů s vertigem

Tabulka 11. Převodní tabulka ošetřovatelských diagnóz u klientů s vertigem

Ošetřovatelská diagnóza NANDA-I s kódem	Skutečně stanovená ošetřovatelská diagnóza
(00155) Riziko pádů	Trauma – zvýšené riziko Riziko traumatu
(00122) Narušené smyslové vnímání kinestetické	Změny smyslového vnímání – zrak, rovnováha
(00179) Riziko nestabilní glykémie	Porušená výživa Výživa porušená
(00197) Riziko dysfunkční gastrointestinální motility	Výživa porušená (dieta 4)
(00163) Snaha zlepšit výživu	Zvýšené hodnoty cholesterolu
(00002) Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu	Výživa porušená ze sníženého příjmu potravy
(00028) Riziko sníženého objemu tekutin v organismu	Hydratace – riziko porušení
(00109) Deficit sebeděže při oblékání (00108) Deficit sebeděže při koupání (00110) Deficit sebeděže při vyprazdňování	Porucha sebeděže v oblasti osobní hygieny, oblékání
(00134) Nauzea	Nauzea, vomitus
(00148) Strach	Strach
(00132) Akutní bolest	Bolest
(00004) Riziko infekce	Riziko infekce (PŽK)
(00029) Snížený srdeční výdej	Nestabilita fyziologických funkcí (HN) Hypertenze
(00013) Průjem	Porucha vyprazdňování (m. Crohn)
(00146) Úzkost	Porucha psychické rovnováhy (úzkostná porucha)
(00007) Hypertermie	TT zvýšená (nachlazení)

Tabulka 12. Frekvence ošetřovatelských diagnóz u klientů s vertigem

(kód) Ošetřovatelská diagnóza NANDA-I (souvislost se základním nebo jiným onemocněním)	frekvence	%
(00155) Riziko pádů (vertigo)	11	100,00%
(00122) Narušené smyslové vnímání kinestetické (vertigo)	10	90,90%
(00028) Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (vertigo)	8	72,72%
(00109) Deficit sebepéče při oblékání (vertigo)	8	72,72%
(00108) Deficit sebepéče při koupání (vertigo)	8	72,72%
(00110) Deficit sebepéče při vyprazdňování (vertigo)	8	72,72%
(00134) Nauzea (vertigo)	7	63,63%
(00002) Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu (vertigo)	6	54,54%
(00132) Akutní bolest (vertigo)	4	36,36%
(00179) Riziko nestabilní glykémie (interní onemocnění) (00197) Riziko dysfunkční gastrointestinální motility (interní onemocnění) (00163) Snaha zlepšit výživu (interní onemocnění)	4	36,36%
(00148) Strach(vertigo)	3	27,27%
(00004) Riziko infekce (PŽK)	2	18,18%
(00029) Snížený srdeční výdej (vertigo)	2	18,18%
(00013) Průjem (interní onemocnění)	1	9,09%
(00146) Úzkost (psychiatrické onemocnění)	1	9,09%
(00007) Hypertermie (viróza)	1	9,09%
Počet klientů s vertigem	11	

Ošetřovatelské diagnózy (00179) Riziko nestabilní glykémie, (00197) Riziko dysfunkční gastrointestinální motility a (00163) Snaha zlepšit výživu nebyly v prostudované dokumentaci jasně rozlišovány, nebylo tedy možné zjistit jejich jednotlivou frekvenci. Proto jsou v tabulce 12 uváděny společně.

Tabulka 13. Návrh souboru ošetrovatelských diagnóz u klientů s vertigem

Doména	Třída	Kód	Ošetrovatelská diagnóza
2. Výživa	Přijímání potravy	00002	Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu
	Hydratace	00028	Riziko sníženého objemu tekutin v organismu
5. Aktivita - odpočinek	Srdeční – plicní odezva	00029	Snížený srdeční výdej
		00109	Deficit sebeděže při oblékání
	Sebeděže	00108	Deficit sebeděže při koupání
		00110	Deficit sebeděže při vyprazdňování
5. Vnímání -poznávání	Čítí – vnímání	00122	Narušené smyslové vnímání kinestetické
9. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu	Reakce na zvládání zátěže	00148	Strach
11. Bezpečnost - ochrana	Tělesné poškození	00155	Riziko pádů
12. Komfort	Tělesný komfort	00132	Akutní bolest
		00134	Nauzea

Zkoumaný podsoubor klientů s vertigem tvořilo 11 probandů, což je 1,46% z celkového počtu probandů. Pro tuto skupinu klientů byl navržen základní soubor ošetrovatelských diagnóz, jehož kritériu vyhovělo 11 ošetrovatelských diagnóz.

5.5 Šetření u klientů s Parkinsonovou chorobou

Tabulka 14. Převodní tabulka názvů ošetrovatelských diagnóz u klientů s Parkinsonovou chorobou

Ošetrovatelská diagnóza NANDA-I s kódem	Skutečně stanovená ošetrovatelská diagnóza
(00088) Zhoršená chůze (00085) Zhoršená tělesná pohyblivost	Poruchy tělesné hybnosti
(00109) Deficit sebepéče při oblékání (00108) Deficit sebepéče při koupání (00110) Deficit sebepéče při vyprazdňování (00102) Deficit sebepéče při jídle	Porucha soběstačnosti při osobní hygieně, při příjmu potravy, v péči o vyprazdňování, při oblékání
(00131) Zhoršená paměť	Porucha psychické rovnováhy
(00029) Snížený srdeční výdej	Porucha hodnot krevního tlaku
(00015) Riziko zácpy	Porucha vyprazdňování
(00133) Chronická bolest	Bolest chronická
(00051) Zhoršená verbální komunikace	Porucha verbální komunikace
(00103) Porucha polykání	Porucha polykání
(000095) Nespavost	Porucha spánku
(00016) Zhoršené vylučování moči	Porucha močení
(00179) Riziko nestabilní glykémie	Výživa porušená (DM) Porucha glukózové tolerance
(00046) Riziko narušení integrity kůže	Změny povrchu kůže

Tabulka 15. Frekvence ošetrovatelských diagnóz u klientů s Parkinsonovou chorobou

(kód) Ošetrovatelská diagnóza NANDA-I (souvislost se základním nebo jiným onemocněním)	frekvence	%
(00088) Zhoršená chůze (Parkinson. choroba)	10	90,90%
(00085) Zhoršená tělesná pohyblivost (Parkinson. choroba)	10	90,90%
(00109) Deficit sebepěče při oblékání (Parkinson. choroba)	8	72,72%
(00108) Deficit sebepěče při koupání (Parkinson. choroba)	8	72,72%
(00110) Deficit sebepěče při vyprazdňování (Parkinson. choroba)	8	72,72%
(00102) Deficit sebepěče při jídle (Parkinson. choroba)	8	72,72%
(00131) Zhoršená paměť (Parkinson. choroba)	7	63,63%
(00029) Snížený srdeční výdej (Parkinson. choroba)	6	54,54%
(00015) Riziko zácpy (Parkinson. choroba)	5	45,45%
(00133) Chronická bolest (Parkinson. choroba)	5	45,45%
(00051) Zhoršená verbální komunikace (Parkinson. choroba)	4	36,36%
(00103) Porucha polykání (Parkinson. choroba)	3	27,27%
(00095) Nespavost (Parkinson. choroba)	3	27,27%
(00016) Zhoršené vylučování moči (Parkinson. choroba)	3	27,27%
(00179) Riziko nestabilní glykémie (interní onemocnění)	3	27,27%
(00047) Riziko narušení integrity kůže (Parkinson. choroba)	2	18,18%
Počet klientů s Parkinsonovou chorobou	11	

Tabulka 16. Návrh souboru ošetřovatelských diagnóz u klientů s Parkinsonovou chorobou

Doména	Třída	Kód	Ošetřovatelská diagnóza
2. Výživa	Přijímání potravy	00103	Porucha polykání
3. Vylučování a výměna	Vyprazdňování moči	00016	Zhoršené vylučování moči
	Gastrointestinální funkce	00015	Riziko zácpy
5. Aktivita - odpočinek	Spánek – odpočinek	00095	Nespavost
	Aktivita – pohyb	00085	Zhoršená tělesná pohyblivost
		00088	Zhoršená chůze
	Srdeční – plicní odezva	00029	Snížený srdeční výdej
	Sebepéče	00109	Deficit sebepéče při oblékání
		00108	Deficit sebepéče při koupání
		00102	Deficit sebepéče při jídle
00110		Deficit sebepéče při vyprazdňování	
5. Vnímání - poznávání	Poznávání	00131	Zhoršená paměť
	Komunikace	00051	Zhoršená verbální komunikace
11. Bezpečnost - ochrana	Tělesné poškození	00047	Riziko narušení integrity kůže
12. Komfort	Tělesný komfort	00133	Chronická bolest

Zkoumaný podsoubor klientů s Parkinsonovou chorobou tvořilo 11 probandů, což je 1,46% z celkového počtu probandů. Pro tuto skupinu klientů byl navržen základní soubor ošetřovatelských diagnóz, jehož kritériu vyhovělo 15 ošetřovatelských diagnóz.

5.6 Šetření u klientů s epilepsií

Tabulka 17. Převodní tabulka ošetrovatelských diagnóz u klientů s epilepsií

Ošetrovatelská diagnóza NANDA-I s kódem	Skutečně stanovená ošetrovatelská diagnóza
(00155) Riziko pádů	Potenciální riziko traumatu
(00036) Riziko udušení	Potenciální riziko dušení
(00128) Akutní zmatenost	Potenciální riziko akutní zmatenosti
(00004) Riziko infekce	Riziko infekce (PŽK)
(00109) Deficit sebepěče při oblékání (00108) Deficit sebepěče při koupání (00110) Deficit sebepěče při vyprazdňování	Porucha soběstačnosti v důsledku stavu po proběhlém záchvatu Soběstačnost porušená v důsledku zdravotního stavu po prodělaném epiparoxu
(00132) Akutní bolest	Bolest v důsledku pádu při záchvatu
(00118) Narušený obraz těla	Porucha přijetí vlastního těla
(00163) Snaha zlepšit výživu	Porucha výživy (dieta 7)
(00029) Snížený srdeční výdej	Nestabilita fyziologických funkcí

Tabulka 18. Frekvence ošetrovatelských diagnóz u klientů s epilepsií

(kód) Ošetrovatelská diagnóza NANDA-I (souvislost se základním nebo jiným onemocněním)	frekvence	%
(00155) Riziko pádů (epilepsie)	8	100,00%
(00036) Riziko udušení (epilepsie)	7	87,50%
(00128) Akutní zmatenost (epilepsie)	7	87,50%
(00004) Riziko infekce (PŽK)	3	37,50%
(00109) Deficit sebepěče při oblékání (epilepsie)	2	25,00%
(00108) Deficit sebepěče při koupání (epilepsie)	2	25,00%
(00110) Deficit sebepěče při vyprazdňování (epilepsie)	2	25,00%
(00132) Akutní bolest (epilepsie)	2	25,00%
(00118) Narušený obraz těla (epilepsie)	1	12,50%
(00163) Snaha zlepšit výživu (interní onemocnění)	1	12,50%
(00029) Snížený srdeční výdej (interní onemocnění)	1	12,50%
Počet klientů s epilepsií	8	

Tabulka 19. Návrh souboru ošetrovatelských diagnóz u klientů s epilepsií

Doména	Třída	Kód	Ošetrovatelská diagnóza
4. Aktivita - odpočinek	Sebepéče	00109	Deficit sebepéče při oblékání
		00108	Deficit sebepéče při koupání
		00110	Deficit sebepéče při vyprazdňování
5. Vnímání – poznávání	Poznávání	00128	Akutní zmatenost
11. Bezpečnost - ochrana	Tělesné poškození	00155	Riziko pádů
		00036	Riziko udušení
12. Komfort	Tělesný komfort	00132	Akutní bolest

Zkoumaný podsoubor klientů s epilepsií tvořilo 8 probandů, což je 1,06% z celkového počtu probandů. Pro tuto skupinu klientů byl navržen základní soubor ošetrovatelských diagnóz, jehož kritériu vyhovělo 7 ošetrovatelských diagnóz.

5.7 Šetření u klientů s expanzivním intrakraniálním procesem

Tabulka 20. Převodní tabulka ošetřovatelských diagnóz u klientů s expanzivním intrakraniálním procesem: nádory (3), hematomy (3), neuroinfekce (2)

Ošetřovatelská diagnóza NANDA-I s kódem	Skutečně stanovená ošetřovatelská diagnóza
(00132) Akutní bolest	Bolesti hlavy
(00133) Chronická bolest	Bolest hlavy chronická
(00109) Deficit sebeděže při oblékání (00108) Deficit sebeděže při koupání (00110) Deficit sebeděže při vyprazdňování (00102) Deficit sebeděže při stravování	Poruchy soběstačnosti při příjmu potravy, osobní hygieně, oblékání a úpravě zevnějšku, v péči o vyprazdňování Poruchy sebeděže v oblasti osobní hygieny, oblékání Porucha sebeděže
(00134) Nauzea	Nauzea, zvracení
(00155) Riziko pádů	Riziko vzniku traumatu Trauma – zvýšené riziko
(00005) Riziko nerovnováhy tělesné teploty	Riziko poruchy termoregulace Termoregulace – riziko porušení
(00051) Zhoršená verbální komunikace	Poruchy verbální komunikace Porucha řeči
(00201) Riziko neefektivní cerebrální tkáňové perfuze	Potenciální riziko poruch vědomí
(00028) Riziko sníženého objemu tekutin v organismu	Riziko snížení objemu tělesných tekutin
(00095) Nespavost	Porucha spánku
(00029) Snížený srdeční výdej	Porucha hodnot TK
(00085) Zhoršená tělesná pohyblivost (00091) Zhoršená pohyblivost na lůžku (00122) Narušené smyslové vnímání taktilní	Hybnost a citlivost porušená
(00128) Akutní zmatenost	Alterace kognitivních funkcí
(00179) Riziko nestabilní glykémie	Výživa porušená (dieta 9)
(00004) Riziko infekce	Riziko infekce (PMK, PŽK)
(00016) Zhoršené vylučování moči	Inkontinence moče
(00015) Riziko zácpy	Změny ve vylučování stolice

(00040) Riziko imobilizačního syndromu	Potenciální riziko z důvodu imobilizace
(00046) Narušená integrita kůže	Porucha kožní integrity (oprúzenina)

Tabulka 21. Frekvence ošetrovatelských diagnóz u klientů s expanzivním intrakraniálním procesem

(kód) Ošetrovatelská diagnóza NANDA-I (souvislost se základním nebo jiným onemocněním)	frekvence	%
(00132) Akutní bolest (expanz. intrakr. proces) (00133) Chronická bolest (expanz. intrakr. proces)	7	87,50%
(00109) Deficit sebepěče při oblékání (expanz. intrakr. proces)	5	62,50%
(00108) Deficit sebepěče při koupání (expanz. intrakr. proces)	5	62,50%
(00110) Deficit sebepěče při vyprazdňování (expanz. intrakr. proces)	5	62,50%
(00102) Deficit sebepěče při stravování (expanz. intrakr. proces)	5	62,50%
(00134) Nauzea (expanz. intrakr. proces)	3	37,50%
(00155) Riziko pádů (expanz. intrakr. proces)	2	25,00%
(00005) Riziko nerovnováhy tělesné teploty (expanz. intrakr. proces)	2	25,00%
(00051) Zhoršená verbální komunikace (expanz. intrakr. proces)	2	25,00%
(00201) Riziko neefektivní cerebrální tkáňové perfuze (expanz. intrakr. proces)	2	25,00%
(00028) Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (expanz. intrakr. proces)	2	25,00%
(00095) Nespavost (expanz. intrakr. proces)	2	25,00%
(00029) Snížený srdeční výdej (expanz. intrakr. proces)	2	25,00%
(00085) Zhoršená tělesná pohyblivost (expanz. intrakr. proces)	2	25,00%
(00091) Zhoršená pohyblivost na lůžku (expanz. intrakr. proces)	2	25,00%
(00122) Narušené smyslové vnímání taktilní (expanz. intrakr. proces)	2	25,00%
(00128) Akutní zmatenost (expanz. intrakr. proces)	1	12,50%
(00179) Riziko nestabilní glykémie (interní onemocnění)	1	12,50%
(00004) Riziko infekce (PMK, PŽK)	1	12,50%
(00016) Zhoršené vylučování moči (expanz. intrakr. proces)	1	12,50%
(00015) Riziko zácpy (imobilizace)	1	12,50%
(00040) Riziko imobilizačního syndromu (imobilizace)	1	12,50%
(00046) Narušená integrita kůže (imobilizace)	1	12,50%
Počet klientů s expanzivním intrakraniálním procesem	8	

Ošetřovatelské diagnózy (00132) Akutní bolest a (00133) Chronická bolest nebyly v prostudované dokumentaci vždy jasně rozlišovány, nebylo tedy možné zjistit jejich jednotlivou frekvenci. Proto jsou v tabulce 21 uváděny společně.

Tabulka 22. Návrh souboru ošetřovatelských diagnóz u klientů s expanzivním intrakraniálním procesem

Doména	Třída	Kód	Ošetřovatelská diagnóza
2. Výživa	Hydratace	00028	Riziko sníženého objemu tekutin v organismu
4. Aktivita – odpočinek 5. Vnímání sebe sama	Spánek – odpočinek	00095	Nespavost
	Srdeční-plicní odezva	00085	Zhoršená tělesná pohyblivost
		00091	Zhoršená pohyblivost na lůžku
		00029	Snížený srdeční výdej
	Srdeční-plicní odezva Sebepéče	00201	Riziko neefektivní cerebrální tkáňové perfuze
		00109	Deficit sebepéče při oblékání
	Sebepéče Čítí-vnímání	00108	Deficit sebepéče při koupání
		00102	Deficit sebepéče při stravování
00110		Deficit sebepéče při vyprazdňování	
11. Bezpečnost – ochrana	Komunikace	00051	Zhoršená verbální komunikace
	Tělesné poškození	00155	Riziko pádů
12. Komfort	Termoregulace	00005	Riziko nerovnováhy tělesné teploty
	Tělesný komfort	00132	Akutní bolest
		00133	Chronická bolest
		00134	Nauzea

Zkoumaný podsoubor klientů s expanzivním intrakraniálním procesem tvořilo 8 probandů, což je 1,06% z celkového počtu probandů. Pro tuto skupinu klientů byl navržen základní soubor ošetřovatelských diagnóz, jehož kritériu vyhovělo 17 ošetřovatelských diagnóz.

5.8 Šetření u klientů s cefaleou

Tabulka 23. Převodní tabulka ošetrovatelských diagnóz u klientů s cefaleou

Ošetrovatelská diagnóza NANDA-I s kódem	Skutečně stanovená ošetrovatelská diagnóza
(00132) Akutní bolest	Bolest hlavy primární, sekundární
(00095) Nespavost	Porucha spánku
(00201) Riziko neefektivní cerebrální tkáňové perfuze	Potenciální riziko poruch vědomí
(00155) Riziko pádů	Riziko vzniku traumatu
(00109) Deficit sebepěče při oblékání (00108) Deficit sebepěče při koupání (00110) Deficit sebepěče při vyprazdňování	Potenciální deficit sebepěče v oblasti denních potřeb
(00028) Riziko sníženého objemu tekutin v organismu	Potenciální riziko snížení objemu tělesných tekutin v důsledku opakovaného zvracení
(00134) Nauzea	Nauzea, zvracení

Tabulka 24. Frekvence ošetrovatelských diagnóz u klientů s cefaleou

(kód) Ošetrovatelská diagnóza NANDA-I (souvislost se základním nebo jiným onemocněním)	frekvence	%
(00132) Akutní bolest (cefalea)	5	100,00%
(00095) Nespavost (cefalea)	4	80,00%
(00201) Riziko neefektivní cerebrální tkáňové perfuze (cefalea)	4	80,00%
(00155) Riziko pádů (cefalea)	4	80,00%
(00134) Nauzea (cefalea)	3	60,00%
(00028) Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (cefalea)	2	40,00%
(00109) Deficit sebepěče při oblékání (cefalea)	1	20,00%
(00108) Deficit sebepěče při koupání (cefalea)	1	20,00%
(00110) Deficit sebepěče při vyprazdňování (cefalea)	1	20,00%
Počet klientů s cefaleou	5	

Tabulka 25. Návrh souboru ošetrovatelských diagnóz u klientů s cefaleou

Doména	Třída	Kód	Ošetrovatelská diagnóza
2. Výživa	Hydratace	00028	Riziko sníženého objemu tekutin v organismu
4. Aktivita - odpočinek	Spánek - odpočinek	00095	Nespavost
	Srdeční – plicní odezva	201	Riziko neefektivní cerebrální tkáňové perfuze
11. Bezpečnost - ochrana	Tělesné poškození	00155	Riziko pádů
12. Komfort	Tělesný komfort	00132	Akutní bolest
		00134	Nauzea

Zkoumaný podsoubor klientů s cefaleou tvořilo 5 probandů, což je 0,66% z celkového počtu probandů. Pro tuto skupinu klientů byl navržen základní soubor ošetrovatelských diagnóz, jehož kritériu vyhovělo 6 ošetrovatelských diagnóz.

5.9 Šetření u klientů s Bellovou obrnou

Tabulka 26. Převodní tabulka ošetřovatelských diagnóz u klientů s Bellovou obrnou

Ošetřovatelská diagnóza NANDA-I s kódem	Skutečně stanovená ošetřovatelská diagnóza
(00044) Narušená integrita tkáně	Potenciální riziko vzniku léze oční rohovky
(00035) Riziko poškození	Riziko vzniku trvalých potíží v důsledku nesprávných RHB postupů

Tabulka 27. Frekvence ošetřovatelských diagnóz u klientů s Bellovou obrnou

(kód) Ošetřovatelská diagnóza NANDA-I (souvislost se základním nebo jiným onemocněním)	frekvence	%
(00044) Narušená integrita tkáně (Bellova obrna)	3	60,00%
(00035) Riziko poškození (Bellova obrna)	3	60,00%
Počet pacientů s Bellovou obrnou	5	

Tabulka 28. Návrh souboru ošetřovatelských diagnóz u klientů s Bellovou obrnou

Doména	Třída	Kód	Ošetřovatelská diagnóza
11. Bezpečnost - ochrana	Tělesné poškození	00044	Narušená integrita tkáně
		00035	Riziko poškození

Zkoumaný podsoubor klientů s Bellovou obrnou tvořilo 5 probandů, což je 0,66% z celkového počtu probandů. Pro tuto skupinu klientů byl navržen základní soubor ošetřovatelských diagnóz, jehož kritériu vyhověly 2 ošetřovatelské diagnózy.

5.10 Šetření u klientů s polyneuropatií

Tabulka 29. Převodní tabulka ošetřovatelských diagnóz u klientů s polyneuropatií

Ošetřovatelská diagnóza NANDA-I s kódem	Skutečně stanovená ošetřovatelská diagnóza
(00122) Narušené smyslové vnímání taktilní	Porucha čítí
(00047) Riziko narušení integrity kůže	Riziko poškození
(00133) Chronická bolest	Akutní – chronická bolest
(00029) Snížený srdeční výdej	Riziko nestability fyziologických funkcí (HN)
(00179) Riziko nestabilní glykémie	Porucha glukózové tolerance
(00137) Chronický smutek	Pocit psychické nepohody

Tabulka 30. Frekvence ošetřovatelských diagnóz u klientů s polyneuropatií

(kód) Ošetřovatelská diagnóza NANDA-I (souvislost se základním nebo jiným onemocněním)	frekvence	%
(00122) Narušené smyslové vnímání taktilní (polyneuropatie)	4	100,00%
(00047) Riziko narušení integrity kůže (polyneuropatie)	4	100,00%
(00133) Chronická bolest (polyneuropatie)	2	50,00%
(00029) Snížený srdeční výdej (interní onemocnění)	1	25,00%
(00179) Riziko nestabilní glykémie (interní onemocnění)	1	25,00%
(00137) Chronický smutek ((polyneuropatie)	1	25,00%
Počet klientů s polyneuropatií	4	

Tabulka 31. Návrh souboru ošetřovatelských diagnóz u klientů s polyneuropatií

Doména	Třída	Kód	Ošetřovatelská diagnóza
5. Vnímání -poznávání	Čítí – vnímání	00122	Narušené smyslové vnímání taktilní
11. Bezpečnost - ochrana	Tělesné poškození	00047	Riziko narušení integrity kůže
12. Komfort	Tělesný komfort	00133	Chronická bolest

Zkoumaný podsoubor klientů s polyneuropatií tvořili 4 probandi, což je 0,53% z celkového počtu probandů. Pro tuto skupinu klientů byl navržen základní soubor ošetřovatelských diagnóz, jehož kritériu vyhověly 3 ošetřovatelské diagnózy.

5.11 Šetření u klientů s imobilizačním syndromem

Tabulka 32. Převodní tabulka ošetřovatelských diagnóz u klientů s imobilizačním syndromem

Ošetřovatelská diagnóza NANDA-I s kódem	Skutečně stanovená ošetřovatelská diagnóza
(00091) Zhoršená pohyblivost na lůžku	Zhoršená mobilita
(00109) Deficit sebepěče při oblékání (00108) Deficit sebepěče při koupání (00110) Deficit sebepěče při vyprazdňování	Deficit sebepěče v hygieně a oblékání
(00028) Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00002) Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu (00102) Deficit sebepěče při stravování	Potenciální malnutrice a dehydratace
(00039) Riziko aspirace	Samočisticí schopností dýchacích cest porušená
(00018) Reflexní inkontinence moči	Reflexní inkontinence moči
(00015) Riziko zácpy	Změny ve vylučování stolice
(00046) Narušená integrita kůže	Porucha kožní integrity
(00132) Akutní bolest (00133) Chronická bolest	Bolest akutní, chronická
(00095) Nespavost	Porucha spánku
(00051) Zhoršená verbální komunikace	Zhoršená verbální komunikace
(00204) Neefektivní periferní tkáňová perfuze	Potenciální riziko vzniku TEN
(00029) Snížený srdeční výdej	Porucha hodnot krevního tlaku

Tabulka 33. Frekvence ošetrovatelských diagnóz u klientů s imobilizačním syndromem

(kód) Ošetrovatelská diagnóza NANDA-I (souvislost se základním nebo jiným onemocněním)	frekvence	%
(00091) Zhoršená pohyblivost na lůžku (imobilizace)	3	100,00%
(00109) Deficit sebepěče při oblékání (imobilizace)	3	100,00%
(00108) Deficit sebepěče při koupání (imobilizace)	3	100,00%
(00110) Deficit sebepěče při vyprazdňování (imobilizace)	3	100,00%
(00028) Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (imobilizace)	3	100,00%
(00002) Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu (imobilizace)	3	100,00%
(00102) Deficit sebepěče při stravování (imobilizace)	3	100,00%
(00039) Riziko aspirace (imobilizace)	3	100,00%
(00018) Reflexní inkontinence moči (následek CMP)	3	100,00%
(00015) Riziko zácpy (imobilizace)	3	100,00%
(00046) Narušená integrita kůže (imobilizace)	3	100,00%
(00132) Akutní bolest (imobilizace)	3	100,00%
(00133) Chronická bolest (imobilizace)		
(00095) Nespavost (imobilizace)	3	100,00%
(00051) Zhoršená verbální komunikace (následek CMP)	2	66,66%
(00204) Neefektivní periferní tkáňová perfuze (imobilizace)	2	66,66%
(00029) Snížený srdeční výdej (imobilizace)	2	66,66%
Počet klientů s imobilizačním syndromem	3	

Tabulka 34. Návrh souboru ošetrovatelských diagnóz u klientů s imobilizačním syndromem

Doména	Třída	Kód	Ošetrovatelská diagnóza
2. Výživa	Přijímání potravy	00002	Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu
	Hydratace	00028	Riziko sníženého objemu tekutin v organismu
4. Aktivita – odpočinek	Gastrointestinální funkce	00015	Riziko zácpy
	Spánek – odpočinek	00095	Nespavost
	Aktivita – pohyb	00091	Zhoršená pohyblivost na lůžku
	Srdeční-plicní odezva	00029	Snížený srdeční výdej
	Srdeční-plicní odezva Sebepéče	00024	Neefektivní periferní tkáňová perfuze
		00109	Deficit sebepéče při oblékání
	Sebepéče Tělesné poškození	00108	Deficit sebepéče při koupání
		00102	Deficit sebepéče při stravování
		00110	Deficit sebepéče při vyprazdňování
		00046	Narušená integrita kůže
		00039	Riziko aspirace
12. Komfort	Tělesný komfort	00132	Akutní bolest
	Tělesné poškození	00133	Chronická bolest

Zkoumaný podsoubor klientů s imobilizačním syndromem tvořili 3 probandi, což je 0,40% z celkového počtu probandů. Pro tuto skupinu klientů byl navržen základní soubor ošetrovatelských diagnóz, jehož kritériu vyhovělo 15 ošetrovatelských diagnóz.

5.12 Šetření u klientů s amyotrofickou laterální sklerózou

Tabulka 35. Převodní tabulka názvů ošetřovatelských diagnóz u klientů s amyotrofickou laterální sklerózou

Ošetřovatelská diagnóza NANDA-I s kódem	Skutečně stanovená ošetřovatelská diagnóza
(00085) Zhoršená tělesná pohyblivost (00091) Zhoršená pohyblivost na lůžku (00040) Riziko imobilizačního syndromu	Tělesná hybnost porušená
(00155) Riziko pádů	Trauma – potenciální riziko
(00004) Riziko infekce (00016) Zhoršené vylučování moči	Riziko infekce (PMK)
(00109) Deficit sebepéče při oblékání (00108) Deficit sebepéče při koupání (00110) Deficit sebepéče při vyprazdňování (00102) Deficit sebepéče při stravování	Sebepéče porušená v oblasti hygienické péče, výživy, hydratace, oblékání, vyprazdňování moči a stolice
(00033) Zhoršená spontánní ventilace	Dušnost
(00051) Zhoršená verbální komunikace	Verbální komunikace porušená
(00103) Porucha polykání	Polykání porušené
(00133) Chronická bolest	Bolest chronická
(00095) Nespavost	Spánek porušený
(00015) Riziko zácpy	Zácpa – potenciální riziko
(00029) Snížený srdeční výdej	Nestabilita fyziologických funkcí (HN)

Tabulka 36. Frekvence ošetrovatelských diagnóz u klientů s amyotrofickou laterální sklerózou

(kód) Ošetrovatelská diagnóza NANDA-I (souvislost se základním nebo jiným onemocněním)	frekvence	%
(00085) Zhoršená tělesná pohyblivost (ALS)	2	100,00%
(00091) Zhoršená pohyblivost na lůžku (ALS)	2	100,00%
(00040) Riziko imobilizačního syndromu (ALS)	2	100,00%
(00155) Riziko pádů (ALS)	2	100,00%
(00004) Riziko infekce (PMK)	2	100,00%
(00016) Zhoršené vylučování moči (ALS)	2	100,00%
(00109) Deficit sebepěče při oblékání (ALS)	1	50,00%
(00108) Deficit sebepěče při koupání (ALS)	1	50,00%
(00110) Deficit sebepěče při vyprazdňování (ALS)	1	50,00%
(00102) Deficit sebepěče při stravování (ALS)	1	50,00%
(00033) Zhoršená spontánní ventilace (ALS)	1	50,00%
(00051) Zhoršená verbální komunikace (ALS)	1	50,00%
(00103) Porucha polykání (ALS)	1	50,00%
(00133) Chronická bolest (ALS)	1	50,00%
(00095) Nespavost (ALS)	1	50,00%
(00015) Riziko zácpy (vliv medikace, imobilizace)	1	50,00%
(00029) Snížený srdeční výdej (interní onemocnění)	1	50,00%
Počet klientů s amyotrofickou laterální sklerózou	2	

Ve sledovaném období proběhly dvě hospitalizace u jednoho a téhož klienta s tímto onemocněním. Proto nelze s jistotou určit, které ošetrovatelské diagnózy jsou pro tuto skupinu klientů typické. Dané kritérium nebylo splněno, základní soubor ošetrovatelských diagnóz nebyl navržen.

5.13 Šetření u klientů s torticollis

Tabulka 37. Převodní tabulka ošetrovatelských diagnóz u klientů s torticollis

Ošetrovatelská diagnóza NANDA-I s kódem	Skutečně stanovená ošetrovatelská diagnóza
(00132) Chronická bolest	Chronická bolest
(00179) Riziko nestabilní glykémie	Výživa porušená (DM)

Tabulka 38. Frekvence ošetrovatelských diagnóz u klientů s torticollis

(kód) Ošetrovatelská diagnóza NANDA-I (souvislost se základním nebo jiným onemocněním)	frekvence	%
(00132) Chronická bolest (torticollis)	1	100,00%
(00179) Riziko nestabilní glykémie (DM)	1	100,00%
Počet klientů s torticollis	1	

Ve sledovaném období byl hospitalizován pouze jeden klient s tímto onemocněním. Proto nelze s jistotou určit, které ošetrovatelské diagnózy jsou pro tuto skupinu klientů typické. Dané kritérium nebylo splněno, základní soubor ošetrovatelských diagnóz nebyl navržen.

5.14 Šetření u klientů s myastenii gravis

Tabulka 39. Převodní tabulka názvů ošetřovatelských diagnóz u klientů s myastenii gravis

Ošetřovatelská diagnóza NANDA-I s kódem	Skutečně stanovená ošetřovatelská diagnóza
(00039) Riziko aspirace	Riziko aspirace
(00092) Intolerance aktivity (00093) Únava	Projevy svalové únavy

Tabulka 40. Frekvence ošetřovatelských diagnóz u klientů s myastenii gravis

(kód) Ošetřovatelská diagnóza NANDA-I (souvislost se základním nebo jiným onemocněním)	frekvence	%
(00039) Riziko aspirace (myastenia gravis)	1	100,00%
(00092) Intolerance aktivity (myastenia gravis) (00093) Únava (myastenia gravis)	1	100,00%
Počet klientů s myastenii gravis	1	

Ve sledovaném období byl hospitalizován pouze jeden klient s tímto onemocněním. Proto nelze s jistotou určit, které ošetřovatelské diagnózy jsou pro tuto skupinu klientů typické. Dané kritérium nebylo splněno, základní soubor ošetřovatelských diagnóz nebyl navržen.

5.15 Šetření u klientů s neuralgií trigeminu

Tabulka 41. Převodní tabulka názvů ošetřovatelských diagnóz u klientů s neuralgií trigeminu

Ošetřovatelská diagnóza NANDA-I s kódem	Skutečně stanovená ošetřovatelská diagnóza
(00132) Akutní bolest	Bolest akutní
(00103) Porucha polykání	Porucha přijímání potravy a polykání
(00095) Nespavost	Spánek porušený
(00101) Neschopnost dospělého se dál rozvíjet	Neprospívání dospělé osoby
(00007) Hypertermie	Porucha termoregulace
(00011) Zácpa	Zácpa

Tabulka 42. Frekvence ošetřovatelských diagnóz u klientů s neuralgií trigeminu

(kód) Ošetřovatelská diagnóza NANDA-I (souvislost se základním nebo jiným onemocněním)	frekvence	%
(00132) Akutní bolest (neuralgie trigeminu)	1	100,00%
(00103) Porucha polykání (neuralgie trigeminu)	1	100,00%
(00095) Nespavost (neuralgie trigeminu)	1	100,00%
(00101) Neschopnost dospělého se dál rozvíjet (neuralgie trigeminu)	1	100,00%
(00007) Hypertermie (viróza)	1	100,00%
(00011) Zácpa (vliv medikace)	1	100,00%
Počet klientů s neuralgií trigeminu	1	

Ve sledovaném období byl hospitalizován pouze jeden klient s tímto onemocněním. Proto nelze s jistotou určit, které ošetřovatelské diagnózy jsou pro tuto skupinu klientů typické. Dané kritérium nebylo splněno, základní soubor ošetřovatelských diagnóz nebyl navržen.

5.16 Diskuse

Jarošová, Marečková, Sikorová, Pajorová ve svém *Projektu využitelnosti ošetrovatelských klasifikací NANDA-International a NIC v domácí péči* uvádějí, že v ošetrovatelské praxi není při dokumentování využívána standardizovaná terminologie posouzení nemocného a rozpoznání ošetrovatelských problémů (ošetrovatelských diagnóz) a že diagnostický systém NANDA-International nabízí standardní názvy ošetrovatelských problémů v podobě formulovaných ošetrovatelských diagnóz s jejich číselnými kódy. Pro každou ošetrovatelskou diagnózu jsou v NANDA systému vymezeny diagnostické prvky jako fenomény zařazené do kategorie určujících znaků, souvisejících nebo rizikových faktorů. Dále uvádějí, že data k rozpoznání ošetrovatelských diagnóz klientů budou sbírána metodou rozhovoru, pozorováním, měřením fyziologických funkcí a tělesných charakteristik při respektování diagnostického algoritmu Marečkové a s využitím diagnostických prvků NANDA-International.

Luterová ve své bakalářské práci *Soubor ošetrovatelských diagnóz v domácí péči* zjišťovala četnost ošetrovatelských diagnóz u vybraného souboru klientů agentury domácí péče a navrhla soubor diagnóz se záměrem využití pro praxi v agenturách domácí péče. Soubor 50 klientů rozdělila do pěti modelových situací dle vybraných základních onemocnění a u každého klienta provedla diagnostické šetření dle diagnostického algoritmu Marečkové.

Zamastilová ve své bakalářské práci *Soubor ošetrovatelských diagnóz u pacientů po operačním výkonu na dospávacím pokoji* vytvořila soubor ošetrovatelských diagnóz pro dospávací pokoje a zmapovala výskyt operačních diagnóz v jednotlivých operačních oborech. Průzkum diagnóz byl prováděn především na základě pozorování klientů na dospávacím pokoji, u klientů při vědomí také na základě rozhovoru. Šetření probíhalo od začátku září 2010 do konce prosince 2010 a účastnilo se ho 2887 klientů. Využit byl diagnostický algoritmus Marečkové. Možnost diagnostikovat takto rozsáhlý počet klientů za toto časové období je dána skutečností, že na dospávacím pokoji je uloženo několik klientů přibližně po dobu jedné hodiny.

Na rozdíl od výše zmíněného projektu a bakalářských prací bylo v této práci postupováno metodou obsahové analýzy dokumentů. Její výhodou je rychlost analýzy u

velkého počtu zkoumaných jedinců hospitalizovaných několik dnů až týdnů. Výhodou metody výše uvedených autorek je primární zdroj informací.

Dále lze diskutovat otázku, zda byly sestrami správně identifikovány všechny podstatné ošetrovatelské problémy klientů. Na tuto otázku nelze jednoznačně odpovědět, lze však konstatovat, že z prostudování uvedené ošetrovatelské dokumentace vyplývá skutečnost, že zaznamenané ošetrovatelské problémy klienti skutečně měli.

Otázku validity stanoveného kritéria (výskyt diagnózy vztahující se k základnímu onemocnění alespoň u dvou různých klientů v daném podsouboru) také nelze jednoznačně posoudit, odpovědi lze získat pouze testováním navržených souborů ošetrovatelských diagnóz v praxi.

6 ZÁVĚR

Na neurologickém oddělení VN Olomouc je poskytována ošetrovatelská péče metodou ošetrovatelský proces v souladu s platnými zákonnými normami. První fáze ošetrovatelského procesu (posouzení) začíná bezprostředně po přijetí klienta na oddělení. Po zjištění stavu individuálních potřeb klienta následuje druhá (diagnostická) fáze ošetrovatelského procesu.

V první fázi šetření byl prostudován soubor 755 chorobopisů a ošetrovatelských dokumentací všech hospitalizovaných klientů Neurologického oddělení VN Olomouc za rok 2009. Výzkumný soubor byl rozdělen na podsoubory (skupiny klientů) označené číslem 1-15 dle typu neurologického onemocnění. Současně k nim byly čárkovací metodou zaznamenány skutečně stanovené ošetrovatelské diagnózy jednotlivých klientů. Z důvodu systému archivace a též pro lepší přehlednost byla dokumentace zpracovávána po 50 chorobopisech.

V období výzkumného šetření nebyl na oddělení zcela jednotný systém ve formulacích ošetrovatelských diagnóz. Proto byly ve druhé fázi šetření vytvořeny převodní tabulky názvů ošetrovatelských diagnóz. Diagnózy u jednotlivých skupin klientů, které byly ve sledovaném období nalezeny sestrami na oddělení, byly převedeny do klasifikačního systému ošetrovatelských diagnóz NANDA-International, taxonomie verze II. K verifikaci názvu standardizované diagnózy byly použity údaje z ošetrovatelské dokumentace.

Ve třetí fázi šetření byly vytvořeny tabulky s určením frekvence ošetrovatelských problémů u jednotlivých skupin klientů. Ošetrovatelské problémy byly vyjádřeny standardizovaným názvem ošetrovatelské diagnózy z klasifikačního systému ošetrovatelských diagnóz NANDA-International, taxonomie verze II.

Na základě stanoveného kritéria (výskyt diagnózy vztahující se k základnímu onemocnění alespoň u dvou různých klientů v daném podsouboru) byly ve čtvrté fázi šetření u jednotlivých skupin klientů navrženy základní soubory ošetrovatelských diagnóz v klasifikačním systému ošetrovatelských diagnóz NANDA-International, taxonomie verze II.

Návrh základního souboru ošetřovatelských diagnóz byl na základě empirického výzkumu zpětnou analýzou dat z dokumentace klientů vytvořen u 11 skupin klientů, které vyhověly stanovenému kritériu. Největší informační hodnotu mají data u skupiny klientů s vertebrogenním onemocněním (skupina 1). Tato skupina tvoří 87,28% všech hospitalizovaných klientů ve sledovaném období. Další statisticky významná data byla získána u skupin klientů s ischemickou mozkovou příhodou (skupina 2), roztroušenou mozkomíšní sklerózou (skupina 3), vertigem (skupina 4), Parkinsonovou chorobou (skupina 5), epilepsií (skupina 6) a expanzivním intrakraniálním procesem (skupina 7). Přehled počtu klientů ve skupinách uvádí tabulka 1 v kapitole 4.

U nejrozsáhlejší skupiny klientů s vertebrogenním onemocněním byl prokázán výskyt těchto ošetřovatelských diagnóz (kód a název diagnózy): (00162) Snaha zlepšit péči o vlastní zdraví, (00016) Zhoršené vylučování moči, (00015) Riziko zácpy, (00095) Nespavost, (00085) Zhoršená tělesná pohyblivost, (00090) Zhoršená schopnost přemísťování se, (00088) Zhoršená chůze, (00109) Deficit sebepěče při oblékání, (00108) Deficit sebepěče při koupání, (00110) Deficit sebepěče při vyprazdňování, (00146) Úzkost, (00155) Riziko pádů, (00132) Akutní bolest, (00133) Chronická bolest.

Ošetřovatelské diagnózy vyskytující se u ostatních skupin klientů zde z důvodu velkého rozsahu údajů nejsou uvedeny jmenovitě, lze je nalézt v tabulkách 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31 a 34 v kapitole 5.

Hlavní cíl práce (návrh základního souboru ošetřovatelských diagnóz v klasifikačním systému ošetřovatelských diagnóz NANDA-International, taxonomie verze II pro ošetřovatelskou diagnostiku u vybraných skupin klientů s neurologickým onemocněním) i dílčí cíle (návrh převodní tabulky názvů skutečně stanovených ošetřovatelských diagnóz do klasifikačního systému ošetřovatelských diagnóz NANDA-International, taxonomie verze II a zjištění frekvence identifikovaných ošetřovatelských problémů u skupin klientů hospitalizovaných na oddělení neurologie Vojenské nemocnice Olomouc v roce 2009 a její procentuální vyjádření) byl splněn. Navržené soubory ošetřovatelských diagnóz jsou připraveny pro testování v praxi.

7 SOUHRN, SUMMARY

Záměrem diplomové práce bylo navrhnout základní soubor ošetrovatelských diagnóz s použitím standardizovaného názvosloví u vybraných skupin klientů s neurologickým onemocněním. Zkoumaným souborem bylo 755 klientů Vojenské nemocnice Olomouc, hospitalizovaných v roce 2009 na neurologickém oddělení. Data byla získána obsahovou analýzou zdravotnické dokumentace klientů. Klienti byli rozděleni do skupin dle typu neurologického onemocnění. Ve sledovaném období na tomto pracovišti ještě nebyla jednotně používána standardizovaná ošetrovatelská terminologie, proto byly u jednotlivých skupin klientů vytvořeny převodní tabulky diagnóz nalezených sestrami na neurologickém oddělení do standardizované terminologie. Dále byly vytvořeny tabulky frekvence ošetrovatelských diagnóz u jednotlivých skupin klientů. Na základě stanoveného kritéria (výskyt diagnózy vztahující se k základnímu onemocnění alespoň u dvou různých klientů v dané skupině) byly navrženy základní soubory ošetrovatelských diagnóz v klasifikačním systému ošetrovatelských diagnóz NANDA-International, taxonomie verze II. Soubory diagnóz byly vytvořeny pro skupiny klientů s vertebrogenními poruchami, ischemickou mozkovou příhodou, roztroušenou mozkomíšní sklerózou, vertigem, Parkinsonovou chorobou, epilepsií, expanzivním intrakraniálním procesem, cefaleou, Bellovou obrnou, polyneuropatií a imobilizačním syndromem. Tyto soubory jsou připraveny pro testování v praxi.

The aim of the thesis was to design a basic set of nursing diagnoses using a standardized terminology for selected groups of clients with neurological disease. Was studied a set of 755 clients a military hospital in Olomouc hospitalized in 2009 at the neurological department. Data were obtained by content analysis of medical records of clients. Clients were divided into groups according to the type of neurological disease. During the monitored period in this workplace has not been uniformly used standardized nursing terminology, so they were in individual groups of clients created conversion tables of diagnoses found nurses on the neurological department to the standardized terminology. Then they were in individual groups of clients created tables of frequency

nursing diagnoses. On the bases of set criterion (occurrence of a diagnosis related to the underlying disease in at least two different clients in the group) were designed basic sets of nursing diagnoses in the classification of nursing diagnoses of NANDA-International Taxonomy II version. The sets of diagnoses were made for groups of clients with vertebrogenic disorders, ischemic stroke, multiple sclerosis, vertigo, Parkinson's disease, epilepsy, intracranial expansive process, cephalgia, Bell's palsy, polyneuropathy and immobilization syndrome. These sets are ready for testing in practise.

8 REFERENČNÍ SEZNAM

8.1 Použitá literatura

1. AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie : učebnice pro lékařské fakulty*. 6. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Galén, 2006. 351 s. ISBN 80-7262-433-4.
2. AMBLER, Zdeněk, BEDNAŘÍK, Josef, RŮŽIČKA, Evžen, et al. *Klinická neurologie – část obecná*. 1.vyd. Praha : Triton, 2004. ISBN 80-7254-556-6.
3. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra, et al. *Ošetrovatelská péče – úvod do oboru ošetrovatelství pro studující všeobecného a zubního lékařství*. 1.vyd. Praha : Karolinum, 2006. 295 s. ISBN 80-246-1113-9.
4. BÁRTLOVÁ, Sylva; SADÍLEK, Petr; TÓTHOVÁ, Valérie . *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2(brož.).
5. BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. 1.vyd. Plzeň : Maurea, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
6. DOENGES, Marilyn. E., MOORHOUSE, Mary F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 1. čes. vyd. Praha : Grada Publishing, 1996. 569 s. ISBN 80-7169-294-8(brož.).
7. DOENGES, Marilyn. E., MOORHOUSE, Mary F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8(brož.).

8. FARKAŠOVÁ, Dana, et al. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2006. 88 s. ISBN-80-8063-229-4.
9. HERDMAN, T. Heather, et al. *Ošetrovatelské diagnózy : definice a klasifikace : 2009-2011*. 1. čes. vyd. Praha : Grada, 2010. 456 s. ISBN 978-80-247-3423-1(brož.).
10. HILL, Grahame. *Moderní psychologie : hlavní oblast současného studia lidské psychiky*. 1. vyd. Praha : Portál, 2004. 283 s. ISBN 80-7178-641-1(váz.).
11. KALINA, Miroslav. *Akutní neurologie – intenzivní péče v neurologii*. 1.vyd. Praha : Triton, 2000. ISBN 80-7254-100-5.
12. KALVACH, Zdeněk, et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4(brož.).
13. KAŇOVSKÝ, Petr, HERZIG, Roman, et al. *Speciální neurologie*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007 . 336 s. ISBN-978-80-244-1664-9 (brož.)
14. KOLEKTIV AUTORŮ. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 568 s. ISBN 978-80-247-2240-5(váz.).
15. KOZIEROVÁ, Barbara, OLIVIEROVÁ, Glenora, ERBOVÁ, Rita. *Ošetrovatelstvo : koncepcia, ošetrovatelský proces a prax. I*. 1. slov. vyd. Martin : Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0(váz.)
16. KRAUS, Jiří, et al. *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž* . 1. vyd. Praha : Academia, 2005. 879 s. ISBN 80-200-1351-2(váz.).
17. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství* . 1. vyd. Praha : Grada, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4(brož.).

18. LUTEROVÁ, Radka. Soubor ošetrovatelských diagnóz v domácí péči. Ostrava, 2009. bakalářská práce (Bc.). OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ. Lékařská fakulta
19. MAREČKOVÁ, Jana; JAROŠOVÁ, Darja. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu* . 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 86 s. ISBN 80-7368-030-0(brož.).
20. MAREČKOVÁ, Jana. *NANDA - International diagnostika v ošetrovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace* . 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 80 s. ISBN 80-7368-109-9(brož.).
21. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách* . 1. vyd. Praha : Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3(brož.).
22. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství : systémový přístup, 1. díl.* 3. dotisk 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
23. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství : systémový přístup, 2. díl.* 3. dotisk 1. vyd. Praha : Karolinum, 2004. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
24. NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, RŮŽIČKA Evžen, TICHÝ, Jiří, et al. *Neurologie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2002. 368 s. ISBN 80-7262-160-2.
25. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3(brož.).
26. SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2(brož.).
27. STAŇKOVÁ, Marta, et al. *Základy ošetrování nemocných*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. 145 s. ISBN 80-246-0845-6(brož.).

28. ŠAMÁNKOVÁ, Marie, et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci : aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha : Grada, 2011. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7(brož.).
29. ŠEVČÍK, Pavel, ČERNÝ, Vladimír, VÍTOVEC, Jiří, et al. *Intenzivní medicína*. 2. rozš. vyd. Praha : Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X.
30. TICHÝ, Jiří, et al. *Neurologie*. 1.vyd. Praha : Karolinum, 1997. 322 s. ISBN 80-7184-492-6 (brož.).
31. TÓTHOVÁ, Valérie, et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace* . 1. vyd. Praha : Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1(váz.).
32. TRACHTOVÁ, Eva, et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 185 s. ISBN 80-7013-324-8(brož.).
33. URBÁNEK, Karel. *Skriptum speciální neurologie*. 3. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého , 2000. 229 s. ISBN 80-244-0183-5(brož.).
34. URBÁNEK, Karel. *Symptomy a syndromy obecné neurologie*. 1.vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 1997. ISBN 80-7067-724-4(brož.).
35. ZAMASTILOVÁ, Hana. Soubor ošetrovatelských diagnóz u pacientů po operačním výkonu na dospávacím pokoji. Ostrava, 2011. bakalářská práce (Bc.). OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ. Lékařská fakulta
36. ŽIAKOVÁ, Katarína, JAROŠOVÁ, Darja, ČÁP, Juraj. *Ošetrovatelství : konceptuální modely a teorie*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, 2005. 232 s. ISBN 80-7368-068-8 (brož.)

8.2 Internetové zdroje

- 1 *Encyklopedie zdravotní sestry* [online]. Srpen 2008 [cit. 2010-06-25]. NANDA. Dostupný z www. <<http://www.sestra.org/NANDA>>.
- 2 *Koncepce ošetrovatelství*. In [online]. 2004 [cit. 2011-02-23]. Dostupné z WWW: <http://mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/standardy-osetrovatelske-pace_1854_15.html>.
- 3 *NANDA – Encyklopedie zdravotní sestry*. In [online]. 2009 [cit. 2011-02-23]. Dostupné z WWW: <<http://sestra.org/NANDA>>.
- 4 *NANDA-I History*. In [online]. 2010 [cit. 2011-02-23]. Dostupné z WWW: <<http://www.nanda.org/AboutUs/History.aspx>>.
- 5 *Projekt využitelnosti ošetrovatelských klasifikací NANDA-International a NIC v domácí péči*. In [online]. 2009 [cit. 2011-02-23]. Dostupné z WWW: <<http://profeseonline.upol.cz/projekt-vyuzitelnosti-osetrovatelskych-klasifikaci-nanda-int-a-nic-v-domaci-peci/>>.
- 6 *Standard „Aplikace metody ošetrovatelského procesu do ošetrovatelské praxe“*. In [online]. 2011 [cit. 2011-06-17]. Dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/standardy-osetrovatelske-pace_1854_15.html>.
- 7 *Výhláška č. 55/2011 Sb.* In [online]. 2011 [cit. 2011-06-21]. Dostupné z WWW: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/702/.cmd/ad/.c/312/.ce/10822/.p/8412/_s155/708/_s.155/702?PC_8412_l=55/2011&PC_8412_ps=10>.

9 PŘÍLOHY

Příloha 1: Seznam tabulek

Příloha 2: Seznam zkratk

Příloha 3: Standardní plán ošetrovatelské péče – vertebrogenní poruchy

Příloha 4: Standardní plán ošetrovatelské péče – ischemická mozková příhoda, roztroušená mozkomíšní skleróza, imobilizační syndrom

Příloha 5: Standardní plán ošetrovatelské péče – vertigo

Příloha 6: Standardní plán ošetrovatelské péče – Parkinsonova choroba

Příloha 7: Standardní plán ošetrovatelské péče – epilepsie

Příloha 8: Standardní plán ošetrovatelské péče – expanzivní intrakraniální procesy

Příloha 9 Standardní plán ošetrovatelské péče – cefalea

Příloha 10: Standardní plán ošetrovatelské péče – Bellova obrna

Příloha 11: Standardní plán ošetrovatelské péče – polyneuropatie

Příloha 12: Standardní plán ošetrovatelské péče – amyotrofická laterální skleróza

Příloha 13: Standardní plán ošetrovatelské péče – torticollis

Příloha 14: Standardní plán ošetrovatelské péče – myastenia gravis

Příloha 15: Standardní plán ošetrovatelské péče – neuralgie trigeminu