JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetřovatelství

Využití NIC a NOC v ošetřovatelské péči na standardních odděleních

Diplomová práce

Vedoucí práce:

prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D, R.N

Autor:

Bc. Jitka Vaculčíková

2011

Diplomová práce vznikla v rámci výzkumného projektu GAJU *JU* 079/2010/S s názvem: Použití koncepčního modelu a klasifikačních systémů v ošetřovatelské dokumentaci.

Abstrakt

V diplomové práci se zaměřujeme na aktuální problematiku využití NIC a NOC v ošetřovatelské péči na standardních odděleních. Implementace unifikovaného ošetřovatelského jazyka je velkou výzvou pro české ošetřovatelství. Prostřednictvím sjednocené odborné terminologie a standardizovaných elektronických dat se zefektivňuje spolupráce zdravotníku z odlišných pracovišť a rozvíjejí se ošetřovatelské statistické registry, které jsou prospěšné pro rozvoj ošetřovatelského výzkumu a v nemalém měřítku zkvalitňují ošetřovatelskou péči ve zdravotnických zařízeních. Tato diplomová práce je součástí výzkumného grantového projektu, realizovaného katedrou Ošetřovatelství, Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, GAJU *JU* 079/2010/S s názvem: Použití koncepčního modelu a klasifikačních systémů v ošetřovatelské dokumentaci.

V teoretické části mapujeme, především ze zahraniční literatury, základní teze, principy a novinky o vývoji a klasifikačních systémech. Stanovili jsme před výzkumem čtyři stěžejní cíle, které se zaměřují na využití klasifikačních systémů na standardních odděleních, dále na aspekty ovlivňující zavedení klasifikačních systémů na standardních odděleních, zpracování návrhů a řešení aplikace klasifikačních systémů a ověření uplatnění klasifikačních systémů na standardních odděleních. Výzkum byl realizován ve spolupráci s jihočeskými pracovišti: Nemocnice České Budějovice a.s., Nemocnice Český Krumlov a.s., Nemocnice Jindřichův Hradec a.s., Nemocnice Prachatice a.s., Nemocnice Strakonice a.s., Nemocnice Tábor a.s., Nemocnice Písek a.s.

Empirická část byla zpracována formou kvalitativně-kvantitativní metody. Z technik jsme vybrali obsahovou analýzu dokumentu a polostrukturovaný rozhovor. Kvantitativní šetření bylo provedeno dotazníkovou formou. Prostřednictvím obsahové analýzy jsme zkoumali diagnosticko-ošetřovatelský management z vybraných dokumentací ověřovaných nemocnic. Rozhovory jsme realizovali s hlavními sestrami a především jsme se zaměřovali na okruhy témat ošetřovatelské dokumentace a diagnosticko-klasifikačních systémů. K rozhovorům se vztahovaly tři výzkumné otázky. Rozhovory byly interpretovány ve formě myšlenkových map. Dotazníkové

šetření bylo určeno pro všeobecné sestry ze standardních chirurgických a interních oddělení. K dotazníkovému šetření se vztahovaly 4 hypotézy. Kvantitativní data byla zpracována statistickou formou, využili jsme frekvenční tabulky a dále jsme pracovali s testem shody Chí-kvadrát.

Výstupem diplomové práce je základní modul ošetřovatelské diagnostiky, dle NANDA-I, NIC a NOC, jenž byl předložen sestrám, odborníkům z praxe, k testování. Ošetřovatelská odborná veřejnost byla informována o výsledcích z obsahové analýzy na III. Jihočeské konferenci nelékařských zdravotnických pracovníků v Českých Budějovicích.

Abstract

The thesis is focused on the up-to-date issues of application of NIC and NOC to nursing care at standard wards. Implementation of unified nursing language is a great challenge for Czech nursing. Application of unified professional terminology and standardized electronic data improves effectiveness of cooperation between health care staff from different facilities and develops nursing statistic registers, which are useful for development of research in nursing care and substantially improve the quality of nursing care in heath care facilities. This thesis is a part of research grant project implemented by the Department of Nursing of the Faculty of Health Care and Social Studies of the University of South Bohemia in České Budějovice, GAJU JU 079/2010/S, called Application of conceptual model and classification systems to nursing documentation.

In the theoretical part we map the basic theses, principles and novelties of development, classification systems, particularly from foreign literature. We set four basic goals before the research, focused on application of classification systems to standard departments, on the aspects affecting introduction of classification systems to standard departments, elaboration of proposals and solution of application of classification systems and verification of application of classification systems to standard departments. The research was implemented in cooperation with the following South Bohemian workplaces: České Budějovice Hospital, Český Krumlov Hospital, Jindřichův Hradec Hospital, Prachatice Hospital, Strakonice Hospital, Tábor Hospital, and Písek Hospital.

The empiric part was based on qualitative-quantitative method. We chose the techniques of document content analysis and semi structured interview. The quantitative research was based on questionnaire research. We examined the diagnostic-nursing management from selected documents from the involved hospitals by means of content analysis. We conducted interviews with head nurses and we particularly focused on the spheres of nursing documentation topics and diagnostic classification systems. Three research questions were linked to the interviews. The interviews were interpreted in the form of thought maps. The questionnaire research was designed for general nurses from

standard surgical and internal wards. Four hypotheses were related to the questionnaire research. The quantitative data were processed in statistic form; we used frequency tables and also worked with the chi-square test of compliance.

A basic nursing diagnostic module according to NANDA-I, NIC and NOC, which has been presented to nurses – professionals from practice – for testing is the output of the thesis. Nursing specialists were informed on the content analysis results at the 3rd South Bohemian Conference of non doctoral health care workers in České Budějovice.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Využití NIC a NOC v ošetřovatelské péči na standardních odděleních vypracovala samostatně s využitím pramenů a literatury, jež jsou uvedené v bibliografickém seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích, dne: 17. 8. 2011

……..……

Jitka Vaculčíková

Poděkování

Touto cestou bych chtěla vyjádřit upřímné poděkování vedoucí mé práce paní prof. PhDr. Valérii Tóthové, Ph.D, R. N. za její vedení, jež mě obohatilo po odborné a lidské stránce, cenné rady a v neposlední řadě za její trpělivost a laskavost. Děkuji všem respondentům, kteří věnovali svůj čas a podíleli se na výzkumném šetření.

Zvláště děkuji mým rodičům a blízkým za umožnění studia a významnou podporu v profesní dráze.

OBSAH

ÚVOD ... **3**
1. SOUČASNÝ STAV ... **4**
1.1 OŠETŘOVATELSTVÍ ZALOŽENÉ NA DŮKAZECH ... **5**
1.2 UNIFIKOVANÁ OŠETŘOVATELSKÁ TERMINOLOGIE ... **8**
1.3 DIAGNOSTICKÝ OŠETŘOVATELSKÝ SYSTÉM SEVEROAMERICKÁ ASOCIACE PRO SESTERSKÉ DIAGNÓZY ... **9**
1.3.1 Vývoj Severoamerické asociace pro sesterské diagnózy ... *10*
1.3.3 Taxonomie II. Severoamerické asociace pro sesterské diagnózy ... *12*
1.4 KLASIFIKACE OŠETŘOVATELSKÝCH INTERVENCÍ ... **14**
1.4.1 Vývoj klasifikace ošetřovatelských intervencí ... *15*
1.4.2 Rozvoj struktury klasifikace ošetřovatelských intervencí ... *16*
1.4.3 Taxonomie ošetřovatelských intervencí ... *23*
1.4.4 Využití klasifikace ošetřovatelských intervencí ... *28*
1.5 KLASIFIKACE OŠETŘOVATELSKÝCH VÝSLEDKŮ ... **29**
1.5.1 Vývoj klasifikace ošetřovatelských výsledků ... *31*
1.5.2 Taxonomie ošetřovatelských výsledků ... *33*
1.5.3 Využití taxonomie ošetřovatelských výsledků ... *37*
1.5.4 Aliance 3N ... *39*
1.6 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE ... **39**
1.6.1 Elektronické informační systémy ... *40*
2. CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY ... **42**
2.1 CÍLE PRÁCE ... **42**
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY ... **42**
2.3 HYPOTÉZY ... **42**
2.4 VYUŽITÍ V PRAXI ... **43**
3. METODIKA ... **44**
3.1 METODIKA A TECHNIKA VÝZKUMU ... **44**
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU ... **47**
3.3 PŘÍPRAVA A PRŮBĚH ROZHOVORŮ ... **48**
4. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ... **49**
4.1 OBSAHOVÁ ANALÝZA DOKUMENTU ... **49**
4.2 OBSAHOVÁ ANALÝZA DOKUMENTU ... **76**
4.3 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ ... **99**
5. DISKUZE ... **135**
6. ZÁVĚR ... **144**
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY ... **146**
8. KLÍČOVÁ SLOVA ... **154**

9. SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK 155
10. SEZNAM TABULEK 158
11. SEZNAM GRAFŮ 160
12. SEZNAM MYŠLENKOVÝCH MAP 162
13. SEZNAM PŘÍLOH 163

ÚVOD

„Úcta k životu je nejvyšší instance“.

Albert Schweitzer

Klasifikační systémy v ošetřovatelství zaznamenávají na mezinárodním profesním poli, již téměř 30letý významný vývoj ve srovnání s českým ošetřovatelstvím v oblasti diagnosticko-klasifikačních systémů, které registruje velmi postupný rozvoj až v posledních letech. Klasifikační systémy jsou základními kameny pro jednotný mezinárodní ošetřovatelský jazyk (7, 41). Ve světě je běžné využívání národních ošetřovatelských registrů, prostřednictvím klasifikačních systémům, díky standardizované ošetřovatelské terminologii, jenž statisticky hodnotí ošetřovatelské oblasti (7). Pozice českého ošetřovatelství ve zdravotnictví si svoji profesní stabilitu teprve buduje, o tom svědčí i malé množství statistických ošetřovatelských registrů v ČR. Ze snadno přístupných je Národní referenční centrum, kde se zveřejňuje odborný panel konečného vyhodnocení klinických specifických ukazatelů kvality zdravotnických služeb v oblasti ošetřovatelské péče (64). Bulechek, Butcher a Dochterman (2008) uvádějí, že z mezinárodního měřítka absence, nebo malé množství ošetřovatelských dat je důsledkem dominance lékařů ve zdravotní péči a neschopnosti ošetřovatelské profese shodnout se na souboru jasně definovaných, platných, spolehlivých a standardizovaných prvků ošetřovatelských dat, které by mohly být začleněny do celostátních datových souborů, což by přispělo pro výzkum účinnosti v ošetřovatelství a studie kvality (7).

Téma klasifikačních systémů je aktuálním tématem českého, ale i mezinárodního ošetřovatelství. Pospíšilová a Kyasová (2008) uvádějí, že studií zaměřujících se na problematiku klasifikačních systému na území ČR není zatím mnoho. Proto doufejme, že vzhledem k pozitivnímu přínosu aplikace unifikovaného ošetřovatelského jazyka bude přibývat více odborníků věnujících se této problematice i v České republice (41). Z hlediska vývoje českého ošetřovatelství by odborná veřejnost měla zaměřit pozornost na sjednocení českého ošetřovatelského-diagnostického jazyka prostřednictvím výzkumu a společných odborných kongresů.

1. SOUČASNÝ STAV

Odborná terminologie je jedním ze základních znaků moderního ošetřovatelství jako vědní disciplíny. Do jistého období nemůžeme hovořit o ošetřovatelské terminologii z důvodu dlouhodobé fixace na medicínském jazyce. Díky emancipačnímu procesu, který stále více poukazoval na oprávněnost profesionální autonomie profese ošetřovatelství a na odborné kompetence, stále více v současné době vystupuje potřeba využívání jednotné ošetřovatelské terminologie (60). V současné době žijeme ve společnosti, ve které stále rostou nároky na profese, ošetřovatelství není výjimkou. Sestra patří v ošetřovatelství do kontinuální součástí změn, ať už se jedná o ošetřovatelský proces nebo zavádění nových metod, či řízení na pozicích top managementu. Veškeré tyto činnosti, které patří k profesi jsou, tak jako v jiných oborech řízeny, a to pomocí vnější regulace, nebo seberegulace. Zodpovědnost v tomto systému spočívá na čtyřech primárních skupinách. Do první skupiny patří nesporně vláda, jež zasahuje do ošetřovatelské profese prostřednictvím zákonů, administrativních předpisů, politikou či přímým vlivem na podřízené zařízení. Do druhé skupiny patří samotná profese s osobitou technickou a znalostní základnou, jež jí poskytuje dostatečně stabilní pozici při vypracování a doporučování předpisů a pravidel. Třetí velmi výraznou skupinou jsou sestry, jejichž regulační funkce tkví především v poskytování péče v souladu s přijatými standardy, novými strukturami, kodexem a etikou. Poslední skupinu tvoří zaměstnavatelé, kteří jsou tvůrci kritérií na přijímání pracovníků a norem platných v jejich instituci (53).

V březnu 2011 vstoupila v platnost vyhláška 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Touto novou vyhláškou se ruší předpis 424/2004 Sb. Tato nová, ale i již neplatná verze vyhlášky, vymezuje vyhodnocení účinnosti ošetřovatelské péče u nemocného (67). Abychom odborně zhodnotili efektivnost ošetřovatelské péče u nemocného je třeba mít k této činnosti profesní strukturu v rámci ošetřovatelského procesu. Potřebujeme vymezit nejenom profesní algoritmus. Tím je pro nás ošetřovatelský proces, který nám vymezuje obecný

postup, ale i unifikovaný jazyk naší profese, kterým bychom jednotně popsali problém (44).

1.1 Ošetřovatelství založené na důkazech

Klasifikační a diagnostické systémy v ošetřovatelství vznikly na základě celosvětové potřeby vytvořit a ujednotit odborný ošetřovatelský jazyk na národní i mezinárodní úrovni (6). Nesjednocení a nevyužívání standardizované ošetřovatelské terminologie je považováno za problém, který vede k celosvětovému zpomalení rozvoji v ošetřovatelství. Z tohoto důvodu navrhla Mezinárodní rada sester (International Council of Nurses, dále jen ICN) ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací (World Health Organization, dále jen WHO) vytvoření a sjednocení standardizované ošetřovatelské terminologie společně s mezinárodní klasifikací ošetřovatelské praxe, jako jednotný ošetřovatelský jazykový systém. S cílem poskytnout identifikační znaky a popsat ošetřovatelskou praxi na základě ošetřovatelství založené na důkazech (Nursing-Evidence-Based-Practice, dále jen NEBP) (16, 22). Používání a aplikování standardizované ošetřovatelské terminologie v klinické praxi, na univerzitní půdě či ve výzkumu je primárním znakem moderního ošetřovatelství v 21. století (57). NEBN se vyznačuje odlišným pojetím od standardního biomedicínského modelu. Ošetřovatelský tým poskytuje tu nejlepší možnou komplexní holistickou péči, pracuje spíše „s pacientem“ než „na něm“. Sestra v praxi se podrobuje v klinickém rozhodování náročnému kritickému myšlení, musí zvážit nejen efektivitu ošetřování, ale také škálu intervencí, aby byly tou správnou volbou a zároveň přijatelné pro nemocného. V neposlední řadě musí zvažovat efektivnost nákladů na ošetřovatelskou péči v praxi. Ošetřovatelská praxe založená na důkazech je procesem, ve kterém je spojena nejlepší péče s ošetřovatelskou erudovaností a pacientovými preferencemi, předurčujícími optimální péči. Jako u všech nových přístupů, využití NEBN do ošetřovatelské praxe naráží na mnoho omezujících aspektů, které zabraňují plnou implementaci do praxe. Nejvýznamnější jsou nedostatečné znalosti o NEBN, nedostatečné pochopení a negativní pohled na výzkum, konzervativní přístup a upřednostňování výsledků „tradiční péče“. NEBN pomůže budoucím profesionálům ošetřovatelské péče zvládat

explozi nových technologií a poznatků a v konečném důsledku povede ke zkvalitnění ošetřovatelské péče. Přestože studium ošetřovatelství je svým rozsáhlým záběrem náročné, pro kvalitní ošetřovatelskou péči nestačí jen jedna metoda získávání vědomostí a dovedností a to zejména z ošetřovatelských a lékařských učebnic. Student ošetřovatelství se na základě dovedností kritického myšlení musí učit rozvíjet nezávislé, na důkazu, založené metody klinického rozhodování (24). Pro rozšíření rozsáhlejší informovanosti o NEBN připravila Katedra ošetřovatelství z Lékařské fakulty Brno e-learningové kurzy na podporu výuky ošetřovateltví, kde byly využity a implementovány postupy evidence based medicine, jako součástí e-learningového nástrojů pro účastníky kurzu-studenty (37). Ošetřovatelští profesionálové stejně jako lékaři musí pracovat se změnami zdravotnické praxe a jít stále dopředu s novými poznatky, podílet se na výzkumu, rozvíjet paradigma praxe založené na důkazech (24). Využití klasifikačních systémů je na základě NEBN a posouvá ošetřovatelskou vědu k nové éře - mezinárodní jednotné ošetřovatelské terminologie a implementace klasifikačních systémů do ošetřovatelské praxe (6, 57).

Klasifikace se vysvětluje, jako systematické uspořádání jevů ve skupinách či třídách založených na vlastnostech, které mají společné objekty (20, 8).

Ošetřovatelská klasifikace je označovaná také jako rozhraní terminologie, obecně implementována v místě poskytované péče k popisu klinické činnosti sester (21).

Taxonomie v ošetřovatelství se považuje za klasifikaci podle přirozených vztahů mezi typy a jejich podtypy (20).

Prostřednictvím ošetřovatelského procesu, který je charakteristický svým formálním a logickým postupem činnosti sestry u nemocného se začal hledat, zvláště u diagnostické fáze, standardizovaný ošetřovatelský jazyk, který by byl plošně jednotný (16). Využívání odborného a jednotného jazyka ve spojení s klasifikačními a dignostickými systémy umožňuje profesionálnímu ošetřovatelskému týmu jednotně komunikovat s kolegy v místě působení, ale i ve světě (57). Zdravotní sestry jsou zodpovědné v administrativní činnosti popsat a zhodnotit pacientův stav po ošetřovatelské stránce (1). Díky tomu, že zdravotní sestry se učí vyjádřit,

jaké intervence vykonávají u nemocných, zviditelňují oblasti, které dosud v ošetřovatelství uchopitelné nebyly (57). Je však důležité poukázat, že na mezinárodní úrovni jsou zdravotní sestry ve fázi, kdy si postupně začínají osvojovat standardizovaný jazyk a klasifikační systémy v praxi (1). Práce v ošetřovatelské praxi s dokumentací propojenou s klasifikačními systémy umožňuje tvorbu databáze, která je ukazatelem efektivity a kvality ošetřovatelské péče (57). Výběr a implementace správného klasifikačního systému do praxe je velmi náročný (1). Pro správné využití klasifikačního systému v ošetřovatelské praxi by zdravotním sestrám měl pomoci kombinatorický-taxonomický slovník (19).

Problematikou ošetřovatelských klasifikačních systémů a odborné terminologie se v současnosti zabývá více mezinárodních organizací. Klasifikační systémy níže uvedené jsou uznány Americkou asociací sester (American Nurses Association, dále jen ANA). Vůdčí světová organizace je Severoamerická asociace pro sesterské diagnózy (North American Nursing Diagnosis Association, dále jen NANDA). NANDA-International (dále jen NANDA-I) velmi úzce pracuje s klasifikací ošetřovatelských intervencí (Nursing Interventions Classification, dále jen NIC) a s klasifikací ošetřovatelských výsledků (Nursing Outcomes Classification, dále jen NOC). Partnerem NANDA-I je evropská Asociace pro společné evropské diagnózy, intervence a cíle (Association for Common European Nursing Diagnosis, Interventions and Outcomes, dále jen ACENDIO) (57). Dále mezi uznávané ošetřovatelské klasifikace patří systém OMAHA, který je zaměřen na zdravotní domácí a komunitní péči (19). A také Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (International Classification of Functioning, Disability and Health, dále jen ICF), Klasifikace domácí péče (Home Health Care Classification, dále jen HHCC), dále systém ošetřovatelský minimální datový soubor (Nursing Minimum Data Set, dále jen NMDS) a Ošetřovatelský systém managamentu pro datové soubory (Nursing Managament Minimum Data Set, dále jen NMMDS) (22, 46, 19, 8).

1.2 Unifikovaná ošetřovatelská terminologie

Ve světě byla potřeba jednotného ošetřovatelského jazyka zmiňována v odborné literatuře již před 30 lety (7). V roce 1965 *Abdellah* a *Levine* upozornily na potřebu jednotného ošetřovatelského jazyka pro popis ošetřovatelské praxe. Byly přesvědčeny, že rozhodující pro rozvoj ošetřovatelské vědy je schopnost sestry provést ošetřovatelské diagnostikování a stanovit ošetřovatelské činnosti, jež vyústí do specifických reakcí pacienta. Vyvozuje se, že profese sestry je nezávislá funkce, jež má provádět sesterské diagnostikování a rozhodnout o průběhu činnosti u nemocného. Medicína má jasně standardizovaný klasifikační systém, aby mohli lékaři plošně mezi sebou komunikovat, rozvíjet medicínu jako vědu a vzdělávat v ní budoucí poskytovatele lékařské služby. Je potřeba, aby ošetřovatelství realizovalo totéž, i když tradiční sestry měly pro určité problémy a jevy uzpůsobený jazyk, ale tento nebyl standardizovaný a kompletní pro popis reakcí pacienta (56). Jednotný ošetřovatelský jazyk slouží především k tomu, aby sestry mohly mezi sebou komunikovat stejnou profesní terminologií. Umožňuje realizovat výzkumy v klinických podmínkách s využitím rozsáhlé databáze ošetřovatelských problémů. Význam rozvoje unifikovaného ošetřovatelského jazyka můžeme shrnout do následujících bodů. Díky sjednocené terminologii se rozvíjí podpora profesionální zodpovědnosti a samostatnosti definováním nezávislých činností v praxi. Umožňuje testování validity ošetřovatelských diagnóz, výsledků a intervencí v praxi. Vliv unifikovaného jazyka se odráží v usnadnění a plánování financí při poskytování ošetřovatelských služeb. Vlivem uvedených skutečností ošetřovatelská odborná veřejnost reagovala na potřebný rozvoj ošetřovatelské terminologie v ČR a realizovala grantový projekt KEGA č. 3/5132/07, který měl za stěžejní cíl tvorbu ošetřovatelského slovníku, jenž byl vydán v roce 2009 (60). Kréthová a Pokorná (2008) uvádějí ze svého výzkumu, stanovisko sester (50) z hematoonkologické kliniky k jednotné terminologii za pomocí NIC a NOC. Jasně vyplynulo, že sestry vnímají potřebu jednotného unifikovaného jazyka jako významnou. Stále převládají pocity, že v prvních letech pokusů aplikace bude narůstat náročnost a zatížení sester v přímé péči o pacienty. Je zřejmé, že záznam intervencí bude časově náročnější, tím menší bude ochota sester pracovat s klasifikacemi. Je proto nezbytné sestry především

adekvátně informovat a motivovat o plánu v souvislosti se snahou o používání jednotné ošetřovatelské terminologie. Většina sester (78%) by byla ochotná aktivně se zapojit do implementace unifikovaného ošetřovatelského jazyka. Tato aktivita je ale ovlivněna podporou ze strany zaměstnavatele. Motivace sester je tedy nejen závislá na jejich osobním postoji. Je zřejmé, že přípravě sester a jejich motivaci v procesu zaměřeném na aplikaci jednotné terminologie je potřeba v budoucnu věnovat více času (38).

1.3 Diagnostický ošetřovatelský systém Severoamerická asociace pro sesterské diagnózy

Severoamerické asociace pro sesterské diagnózy NANDA-International (dále jen NANDA-I) vznikla v roce 1982 a patří mezi významné světové ošetřovatelské organizace, které se podílejí na rozvoji unifikovaného ošetřovatelského jazyka. NANDA-I se specializuje na tvorbu ošetřovatelských diagnóz na základě NEBP. Zároveň také zabezpečuje integraci elektronických zdravotních záznamů (Electronic Health Record systems, dále jen EHR) do klinické praxe. Je to otevřená organizace, která přijímá členy z celého světa a mezinárodní spolupráci aktivně podporuje (6). Cílem asociace je vývoj nomenklatury (terminologie), kritérií a taxonomie ošetřovatelských diagnóz. Diagnostický ošetřovatelský systém NANDA-I se stále rozvíjí a reaguje na zvyšující se nároky ve zdravotnictví (20, 65).

Severoamerická asociace definuje ošetřovatelskou diagnózu jako klinický úsudek o jednotlivci, rodině, nebo komunitě, který reaguje na současné nebo potencionální zdravotní problémy, odráží současný zdravotní stav pacienta, což poskytuje základ pro terapii k dosažení výsledků, za které je zodpovědná sestra (20). Ošetřovatelské diagnózy stanoví základ pro výběr ošetřovatelských intervencí, aby bylo dosáhnuto očekávaných výsledků u nemocného. Pro jednotlivou ošetřovatelskou diagnózu jsou v systému NANDA-I vymezeny diagnostické prvky jako elementy, jež jsou zařazeny do skupiny určujících znaků souvisejících nebo rizikových faktorů (28). Klasifikace NANDA-I je založena na základě trojúrovňové organizační struktury, jež se skládá z domén, tříd a ošetřovatelských diagnóz. Domény představují první úroveň struktury, jsou vnitřně členěné do velkého

spektra počtu tříd. Třídy blíže specifikují atributy, na které se domény zaměřují (49). Významnou předností ošetřovatelského diagnostického systému NANDA-I je, že usnadňuje rozpoznání potřeb a vede sestru ke schopnosti identifikovat a rozlišit potřeby, které mohou být u nemocného funkční a dysfunkční (45). Využití NANDA-I zabezpečuje aplikaci ošetřovatelských intervencí (NIC), výstupy, neboli výsledky (NOC), kritické myšlení a výzkum v ošetřovatelství na základě NEBP. Terminologie NANDA-I je často integrována s klasifikacemi NIC a NOC a prostřednictvím standardizovaných klasifikací sestry poskytují kvalitní ošetřovatelský proces v klinické praxi (65).

1.3.1 Vývoj Severoamerické asociace pro sesterské diagnózy

Identifikace a rozvoj ošetřovatelských diagnóz začala oficiálně od roku 1973, kdy se konala první národní konference o klasifikaci sesterských diagnóz v St. Louis, Missouri, které předsedala profesorka *Marjory Gordon* (17, 6, 36). Konference byla zorganizována, díky impulzům uznávaných odborníků v ošetřovatelství z univerzity St. Louise: *Kristine Gebbie* a *Mary Ann Lavin* (17, 26). Účast a nadšení po konferenci vedl k vytvoření národní skupiny sester pro klasifikaci ošetřovatelských diagnóz (17). Tyto události daly počáteční základ ke vzniku Severoamerické asociace pro sesterské diagnózy- NANDA. Následně na univerzitě ve St. Louis bylo založeno centrum informačních zdrojů pro sesterské diagnózy tzv. Clearinghouse, které sloužilo jako knihovna materiálů o ošetřovatelské diagnostice. Šířilo informace prostřednictvím vydávání bulletinu, koordinovalo a plánovalo národní konference a distribuovalo bibliografii k vyvinutým diagnostickým kategoriím a pojmům (17, 26). V roce 1974 byl vydán první konferenční sborník, který je v dvouletých intervalech vydáván dosud. V roce 1977 pod záštitou doc. *Callisty Royové*, autorky adaptačního modelu, byla zahájena týmová práce sester, které se soustředily na vývoj organizačního systému diagnostické terminologie. Tento tým následně prezentoval řadu výzkumných výstupů. V roce 1982 C. Royová ve spolupráci s americkými odborníky v ošetřovatelství jako byla *Martha Rogersová, Dorothea Oremová, Imogene Kingová, Margaret Newmanová,* poprvé přestavily

NANDA jako nově uspořádaný systém ošetřovatelské diagnostiky. První prezidentkou NANDA byla profesorka *Marjory Gordon* (17, 26, 36).

V 80. letech začala NANDA spolupracovat s odborníky v ošetřovatelství z Evropy a Asie. V roce 1986 byl ošetřovatelský diagnostický systém NANDA poslán Světové zdravotnické organizaci za účelem jejího zahrnutí do Mezinárodní klasifikace onemocnění. V 90. letech výbor pro revizi ošetřovatelských diagnóz přezkoumával ošetřovatelské diagnózy taxonomie I. Diagnózy jsou tvořeny podle základních pojmů, nejprve v rámci domény a následně v rámci třídy. V roce 1990 začala NANDA vydávat své oficiální periodikum *Nursing Diagnosis* a v roce 1997 byl název upraven jako *Nursing Diagnosis – The Journal Of Nursing Language and Classification* (28, 20). Rok poté byla NANDA taxonomie I. publikována odborné veřejnosti pod pracovním názvem Oranžová kniha (Orange Book). V klinické ošetřovatelské praxi se ověřilo, že NANDA taxonomie I. zcela nevyhovuje požadavkům. V roce 1994 se sešel výbor taxonomie NANDA a z důvodu stále narůstajícího počtu připomínek bylo rozhodnuto, že je nezbytné NANDA taxonomii I důsledně zrevidovat a popřípadě vytvořit novou diagnostickou strukturu. V roce 1998 Výbor pro taxonomie zveřejnil 4 návrhy odlišných struktur. Nástin struktur 1-3 nebyl vyhovující, 4 struktura, která byla založena na vzorci funkčního zdraví podle Marjory Gordon, vyhovovala nové taxonomii nejvíce. Vývoj NANDA taxonomie trval přes 6 let a na vývoji pracovali odborníci na ošetřovatelství z celého světa. V roce 2002 se jméno organizace změnilo na NANDA International, aby co nejlépe odráželo složení týmu, které se skládá z celého světa (6). Po konferenci NANDA, NIC, NOC v Chicagu v roce 2004, Výbor pro taxonomii schválil ošetřovatelské diagnózy. V tomto roce byla taxonomie II schválená, a také bylo odsouhlaseno, prostřednictvím elektronického hlasování členů NANDA-I, že se i na dále taxonomie musí rozšiřovat a revidovat (20).

NANDA-I se obnovuje v dvouletých cyklech. V roce 2005-2006 do NANDA-I klasifikace bylo zahrnuto 172 ošetřovatelských diagnóz a taxonomie byla rozdělená na 13 domén a 47 tříd (32). Za rok 2007-2008 do klasifikace bylo přidáno 25 nových ošetřovatelských diagnóz a 16 z nich bylo revidovaných (33). Za rok 2009-2011 se vytvořilo 21 nových ošetřovatelských diagnóz, z toho 9 z nich je revidovaných (20).

V současné době máme celkem 206 ošetřovatelských diagnóz Současným desátým prezidentem NANDA-I, pro druhé funkční období do roku 2012, je profesor ošetřovatelství, *Dickon Weir-Hugs.* Prezidentkou Správní rady NANDA-I je *Heather Herdman*. V květnu 2010 se konala mezinárodní konference NANDA-I ve španělském Madridu. Téma konference znělo: Směr ke globální budoucnosti ošetřovatelství (65).

V červnu 2011 ve dnech 3. - 4. června se uskutečnila první latinsko-americká mezinárodní konference NANDA-I, která se konala v Brazílii. Konference probíhala v rámci tématu: Mezinárodní iniciativy pro ošetřovatelské diagnózy. Na rok 2012 NANDA-I připravuje mezinárodní konferenci v Houstonu ve Spojených Státech Amerických (dále jen USA), která se bude konat 23. - 26. května 2012. Konference bude zaměřená na téma: Definice a znalost v ošetřovatelství (65).

1.3.3 Taxonomie II. Severoamerické asociace pro sesterské diagnózy

V roce 2000 byl radou prezentován, pro taxonomii NANDA-I., diagnostický systém II založený na struktuře diagnostických domén, které vycházejí z modelu Vzorce zdraví od autorky *Marjory Gordonové*. Vznikla vyšší verze klasifikace standardizovaného jazyka pro ošetřovatelské diagnózy NANDA taxonomie II. Pojetí této druhé verze svědčí o kontinuálním vývoji, specifikaci a navyšování citlivosti (57). Taxonomie II NANDA-I byla publikována v *Ošetřovatelských diagnózách NANDA: definice &klasifikace 2001-2002* Převážná většina ošetřovatelských diagnóz NANDA taxonomie I byla v NANDA taxonomie II zachována. Česká zdravotnická veřejnost se potýkala s problémy. Jeden z nich vyvstal v souvislosti s vydanou českou verzí NANDA ošetřovatelských diagnóz v Kapesním průvodci (12). V české publikaci, ale i v jeho anglické verzi, došlo k výměně,nebo-li přehození v pořadí slov názvů ošetřovatelských diagnóz. Podstatný problém spočíval v tom, že následně po vydání takto změněných názvů diagnóz mohlo docházet k nesprávným formulacím ať už v klinické praxi, či při výuce studentů se zdravotnickým zaměřením (27, 26).

Za období 2009-2011 NANDA taxonomie II obsahuje 206 diagnóz 47 tříd a 13 domén. *Doména* je charakterizována jako sféra aktivity, studia nebo zájmu. Princip

vnitřní stavby domén je založen na podstatě diagnostických tříd, jež obsah domény specifikují do hloubky. *Třída* je podkategorie domény a vyznačuje se rozdělením osob, nebo věcí podle kvality, postavení nebo stupně (20). Tóthová a kol. (2009) uvádí, že *ošetřovatelská diagnóza* vyjadřuje reakci jednotlivce na proces nemoci, stav či situaci, kterou sestra analyzovala na základě zhodnocení zdravotního stavu jednotlivce, kterou může řešit podle svých profesionálních kompetencí (51).

V porovnání definice ošetřovatelské diagnózy, podle NANDA-I (uvedena v kapitole 1.2) a Tóthové, obě definice zdůrazňují samostatnost a schopnost kritického myšlení sestry nad ošetřovatelským zásahem. Kód ošetřovatelských diagnóz obsahuje pěticiferné celé číslo. NANDA taxonomie II má kódovou výstavbu, jenž odpovídá doporučeným požadavkům Národní lékařské knihovny (National Library Medicine, dále jen NLM). NLM navrhovala, aby kódy neobsahovaly údaje o umístění a úrovni diagnóz, jak tomu bylo v taxonomii I. (20, 51). Herdman (2010, s. 354) uvádí že: „Navrhované diagnózy a revize diagnóz procházejí systematickým přezkoumáváním tak, aby byla stanovena konzistentnost daných kritérii pro každou ošetřovatelskou diagnózu. Veškeré předpokládané diagnózy jsou následně řazeny podle důkazů podporujících buď, úroveň vývoje, nebo validace.“ (20)

Navrhované diagnózy lze prezentovat revizní komisi v různých úrovních vývoje. Nemusí striktně obsahovat všechny kritéria diagnózy jako jsou určující znaky, rizikové faktory a související znaky, atd. Navrhované diagnózy ale musí obsahovat podpůrné systémy tzn. zdroje, ze kterých vznikla ošetřovatelská diagnóza (20). NANDA taxonomie II je význačný ošetřovatelský jazyk, který splňuje podmínky Výboru pro informační strukturu ošetřovatelské praxe (Comitte for Nursing Practice Information Infractructure) a získal licenci ANA (20, 65). Taxonomie II je kompatibilní s terminologickým modelem ošetřovatelských diagnóz, Mezinárodní organizace pro standardy (International Organization for Standardization, dále jen ISO). Zároveň je registrována v Mezinárodní zdravotní úrovni 7 (Health Level Seven Internetional, dále jen HL7), tato organizace patří mezi světové autority v oblasti standardů, interoperability technologických zdravotnických informací (63). Diagnózy NANDA-I byly modifikovány do lékařského systematizovaného názvosloví (Systematized

Nomenclature of Medicine, dále jen SNOMED), který byl přijat jako terminologický standard americkým ministerstvem zdravotnictví a sociálních služeb (20, 65).

Diagnózy NANDA terminologie byly přeloženy do více než 15 jazyků a jsou využívány ve více než 32 zemí po celém světě. NANDA-I je podpůrnou globální sítí, jež má za cíl zlepšovat kvalitu ošetřovatelské péče prostřednictvím praxe založené na důkazech (20).

1.4 Klasifikace ošetřovatelských intervencí

Klasifikace ošetřovatelských intervencí se řadí mezi prestižní projekty řízené Centrem pro ošetřovatelskou klasifikaci a klinickou efektivnost Univerzity Iowa v USA, který probíhá již od roku 1987 do současné doby (7, 61). Iowský realizační tým, definuje NIC, jako komplexní standardizovanou klasifikaci intervencí, které sestry vykonávají v ošetřovatelské praxi (7). Klasifikace NIC má trojúrovňový organizační základ založený na struktuře domén, tříd a intervencí (49). Cílem klasifikace NIC je vytvoření a využívání ošetřovatelských zásahů pro všechny oblasti ošetřovatelské péče, od intervencí všeobecné praxe po specializovaná pracoviště (7, 28). Klasifikace NIC obsahuje závislé a nezávislé ošetřovatelské činnosti, které sestra vykonává při přímé a nepřímé ošetřovatelské péči u nemocného (57). *Joanne McCloskey* (nyní *Joanne Dochterman), Gloria Bulechek* a *Howard Butcher*, specialisté na ošetřovatelský klasifikační systém NIC, uvádějí, že každá sestra je odborníkem na určitý počet intervencí ve své specializaci. Z tohoto důvodu je potřebná spolupráce sester z různých oborů, jen tak se dosáhne komplexnější klasifikace ošetřovatelských intervencí pro praxi (7, 57). Ačkoliv klasifikace NIC popisuje oblasti ošetřovatelství, mohou být některé zásahy využity i v jiných disciplínách např. v psychologii a sociálních oborech, apod. (7).

Klasifikace NIC se obnovuje přibližně každé čtyři roky, poprvé byla zveřejněna v roce 1992. Druhé vydání bylo vydáno v roce 1996, třetí v roce 2000, čtvrté v roce 2004. Obsahovalo 514 intervencí a více než 12 000 aktivit. V současné době poslední páté vydání, bylo publikováno v roce 2008 a zahrnuje 542 intervencí. Klasifikace je průběžně aktualizována a je otevřená pro všechny členy nelékařských i lékařských

oborů pro zpětnou vazbu a hodnocení (7, 57). Prostřednictvím standardizovaného jazyku, jako je klasifikace NIC využívaná ve zdravotnických dokumentacích, můžeme srovnávat a hodnotit efektivitu ošetřovatelské péče. Použití standardizovaných jazyků neinhibuje klinickou praxí, umožňuje použití unifikovaného ošetřovatelského jazyka navzájem mezi poskytovateli ošetřovatelské péče a pomáhá rozvinout praxi pomocí výzkumu. NIC je mezinárodně využíván v mnoha zemích a je přeložen do čínštiny, korejštiny, holandštiny, francouzštiny, islandštiny, španělštiny, portugalštiny (7).

1.4.1 Vývoj klasifikace ošetřovatelských intervencí

V roce 1987 *Joanne Dochterman a Gloria Bulechek* založily na univerzitě Iowa výzkumný tým k vytvoření klasifikace ošetřovatelských intervencí rovnoběžně s NANDA-I, klasifikací ošetřovatelských diagnóz (6, 7).

Na univerzitě v Iowě, v rámci výuky magisterského studia, jež bylo orientováno na zdraví lidí, čím dál více vyplývala potřeba definovat a evidovat ošetřovatelské problémy u nemocných. Později se v rámci studia, vyvinuly jednotlivé ošetřovatelské diagnózy a s nimi i určité intervence. Poté, co v roce 1973 univerzitní pedagogové z Iowy absolvovali první národní konferenci o klasifikaci sesterských diagnóz v St. Louis, Missouri, bylo evidentní, že samostatná diagnóza nestačí. Ale bylo třeba rozpracovat komplexně činnosti ke konkrétním ošetřovatelským diagnózám. Prvopočátky výzkumného projektu začaly dvouhodinovým brainstormingem, kde se diskutovalo o myšlence vytvoření klasifikace ošetřovatelských intervencí. Tohoto prvního jednání výzkumného týmu se účastnilo deset ošetřovatelských expertů z univerzity Iowa, kteří reprezentovali obory pediatrie, gerontologie, administrativní zázemí, kvalitativní a kvantitativní výzkum. V průběhu prvního roku výzkumu, vznikl návrh zaměřit se na rozsáhlé plánování péče a dokumentaci zdrojů dat v ošetřovatelství. To vedlo k prošetření zdrojů o informačních systémech. Významná ošetřovatelská databáze byla použita ve fakultní nemocnici přímo v Iowě. Výzkumný tým navázal úzkou spolupráci s fakultní nemocnicí. Jejich databáze sloužila jako výchozí zdroj dat a dva zaměstnanci nemocnice se stali součástí týmu. Doplnění dvou členů z klinické praxe bylo důležitým krokem v projektu a pomohlo týmu rozšířit perspektivu.

V období průběhu projektu se čím dál více přidávali lidé z univerzity a z praxe. Během dvaceti let od začátku projektu se asi osmdesát lidí aktivně podílelo na výzkumu (7).

V roce 1990 byl NIC uznán ANA jako jeden z mála souborů, které splňují jednotné pokyny v oblasti ošetřovatelských informačních systémů, jenž je poskytován Centrem ošetřovatelských informací a vyhodnocování dat (Nursing Information and Data Set Evaluation Center, dále jen NIDSEC). NIC byl zahrnut, v roce 1993, Národní knihovnou Metathesaurus medicíny mezi jednotné lékařské jazyky. Z tohoto důvodu je NIC začleněn ve slovníku unifikovaného lékařského jazyka (7, 26).

Od roku 1994 je NIC schválen a doporučen k vytvoření standardu, významnou mezinárodní institucí, Spojenou komisí pro akreditaci organizaci zdravotní péče (Joint Commission on Accreditation for Health Care Organisations, dále jen JCACHO). Téhož roku databáze Kumulativní index pro ošetřovatelskou literaturu (The Cumulative Index to Nursing Literature, dále jen CINAHL), zahrnul NIC do svého indexu (7, 26).

V roce 1995 bylo Centrum pro ošetřovatelské klasifikace založeno na vysoké škole ošetřovatelství v Iowě na podporu vývoje NIC a NOC za účelem usnadnit rozvoj klasifikačních projektů NIC a NOC, aby odrážely aktuální ošetřovatelskou praxi. Od roku 2000 je NIC zaregistrován v HL7. V roce 2002 se ústředí přejmenovalo na Centrum pro ošetřovatelské klasifikace a klinickou efektivnost. Téhož roku NIC získal licenci Systematizovaného názvosloví v lékařství, SNOMED). Od roku 2002 je práce na klasifikaci intervencí založena na obnovování a provádění účinnosti výzkumu na základě praxe. Výstavba NIC od roku 1987 se vyvinula ze čtyř fází vývoje a ten neustále probíhá (7, 26).

1.4.2 Rozvoj struktury klasifikace ošetřovatelských intervencí

Projekt NIC ve vývoji prošel, od roku 1987 – po současnost, čtyřmi etapami, které se navzájem časově prolínaly a překrývaly a obsahově na sebe navazují. NIC je založen na výzkumném základě. Využívána byla řada metodických přístupů od analýz přes expertní dotazníky, analýzu podobností až po klinické testování. Avšak je třeba zdůraznit, že rozvoj klasifikace neustálé probíhá (7, 26).

1. Fáze: Výstavba klasifikace (1987 – 1992)

Krok 1: Identifikace a řešení koncepčně-metodických otázek

Během prvního kroku výzkumu se posuzovala metodická a koncepční problematika správného výběru vědeckého postupu. Především se jednalo o volbu ze dvou metod: deduktivního a induktivního přístupu. Pro hlavní metodickou otázku byla zvolena strategická induktivní technika (7). V první fázi se výzkum zaměřuje na činnosti sester v praxi a na využití ošetřovatelských plánů a dokumentace. Na základě zkoumání byly identifikovány jednotlivé okruhy, které sestra zabezpečuje ve prospěch pacienta. Jedná se o tyto atributy: posouzení, plánování intervencí, realizace a hodnocení činností (7, 57).

Z tohoto závěru byl rozpracován hlavní koncept otázek, který se zaměřuje na profesní činnosti a chování sester (7):

1. Správné posouzení k vytvoření ošetřovatelské diagnózy.
2. Shromáždění informací pro lékaře, aby mohl snadněji stanovit lékařskou diagnózu.
3. Intervence iniciované sestrou jako odpověď na sesterskou diagnózu.
4. Intervence iniciované lékařem jako odpověď na lékařskou diagnózu.
5. Hodnocení týkající se efektu sesterské intervence a lékařské léčby.
6. Administrativní a nepřímé činnosti, které podporují intervence.

Krok 2: První seznam intervencí

Iowský realizační tým uvádí, že při hlubším průzkumu ošetřovatelské činnosti a aktivity, které sestra vykonává v rámci ošetřovatelského procesu, odborníci dohledali přibližně 45 zdrojů z různých speciálních oblastí, týkající se ošetřovatelské činnosti. Informace byly snadno dostupné v učebnicích ošetřovatelství, průvodcích plánování ošetřovatelské péče, ošetřovatelských slovnících a informačních systémech. Po analýze všech zdrojů se vyšetřilo, že každá z knih obsahuje několik stovek ošetřovatelských intervencí pro kteréhokoliv pacienta s diagnózou. Seznamy intervencí ke konkrétní diagnóze se ani v jedné knize neshodovaly se seznamy z jiných publikací, naopak

docházelo k velkým rozdílům v péči o pacienta (7).

Přes kombinace a odlišnosti v ošetřovatelských intervencích Iowský realizační tým rozhodl o seskupení a zároveň vyřazení ošetřovatelských intervencí z dostupných údajů, které získali. Experti využili metodu induktivního přístup v informačním systému k přezkoumání datových zdrojů z různých oborů ošetřovatelské péče. Byly stanoveny jasné kritéria k přijmutí intervence do výstavby klasifikace NIC (7, 57).

Kritéria ošetřovatelských intervencí byly následující (7):

1. Jasně vymezené ošetřovatelské činnosti.
2. Kompletně shrnuty ošetřovatelské činnosti.
3. Reprezentující současnou praxi v ošetřovatelství.

Z rozdílných 45 ošetřovatelských zdrojů, které byly vydány v období 1983-1988, se vyselektovaly údaje, které nekorespondovaly s kritériemi a byla nalezena hlavní myšlenka k vytvoření seznamu intervencí (7, 57).

Čtrnáct publikací bylo využito v osmi analytických cvičení, které byly připraveny pro vytvoření prvního záznamu ošetřovatelských intervencí. Analýza obsahovala kategorii vyřazených intervencí. Následně z každého cvičení bylo vyřazeno 250 konkrétních ošetřovatelských intervencí ze dvou zdrojů a aplikovaných do kategorie vyřazených činností. Každá schválená intervence byla zaznamenaná na samostatný záznam a následně byly distribuovány všem členům vědeckého týmu. Jednotliví členové nezávisle na sobě se vyjádřili k intervenci tím, že jí kategorizovali a k jednotlivým kategoriím a připojili intervenční nálepku (7, 57).

Krok 3: Zdokonalení seznamu ošetřovatelských intervencí

Po realizace obsahové analýzy plánovaných osmi cvičení bylo zjištěno, že každá intervence má až několik set přidružených činností. Mnohé z těchto aktivit byly nadbytečné, protože různé zdroje popisovaly stejnou činnost, ale s odlišným zněním. Úkolem bylo zdokonalit popisky intervencí. K tomu účelu byly použity dvě metody – expertní šetření a ohnisková metoda (7). V rámci expertního šetření se využila Delfská technika, která je založena na sérii následných dotazníků, jež jsou prokládány řízenou

zpětnou vazbou skupiny specialistů, která dotazníky postupně vyplňuje (42). Odpovědi z každé série dotazníků se ihned hodnotí. Následně se vrací znalcům v novém dotazníku, kteří mohou přeformulovat své názory se zřetelem na názory skupiny. Cílem je získat shodu skupiny odborníků (57). Delfská technika je využívána v USA pro řešení stanovení klinických priorit v ošetřovatelství a je ceněna pro strukturu a organizaci skupinové komunikace (42). Na základě tohoto postupu vznikl slovník ošetřovatelských činností, který byl posouzen experty (7).

Ošetřovatelské diagnózy taxonomie NANDA-I byly zkoumány Fehringovou metodou. Doktor ošetřovatelských věd *R. J. Fehring* vyvinul dva progresivní modely, známé jako Model validity diagnostického obsahu (Diagnostic Content Validity Model, dále jen DCV) a Model klinické diagnostické validity (Clinical Diagnostic Validity Model, dále jen CDV) (7, 57).

DCV model je založen na získání odborných posudků ošetřovatelských expertů (25-50 osob), kteří hodnotí definice, charakteristiky jednotlivých diagnóz a přiřazují významnost každé charakteristice na Likertové škále od 1 – 5. Na dosažení shody mezi odborníky se využívá Delfská technika. Pro validitu DCV modelu je primárním bodem odbornost expertů (14, 59).

CDV model se uskutečňuje na základě dvou ošetřovatelských znalců, kteří pozorují a hodnotí dostatečný počet pacientů (přibližně 50 osob) se stanovenou ošetřovatelskou diagnózou. Přičemž se sleduje přítomnost, či nepřítomnost každé definované charakteristiky schválené ošetřovatelské diagnózy. Dále se hodnotí také frekvence předem identifikovaných charakteristik dané diagnózy s těmi znaky, které jsou manifestovány u každého pacienta (59).

Během první fáze vzniklo 336 zpracovaných ošetřovatelských intervencí, z nichž každá měla přiřazeno: identifikační štítek - název, definován soubor činností realizované sestrou a stručný odborný výklad. V roce 1992 byla vydána první publikace ošetřovatelských intervencí, aby projekt oslovil a seznámil ošetřovatelskou společnost s novým vývojem v ošetřovatelství. Druhá publikace byla rozšířena o nové intervence, které byly kompletně seskupeny do taxonomie s číselnými kódy (7).

2. Fáze: Výstavba taxonomie (1990 – 1995)

Ve druhé fázi výstavby taxonomie byly seskupeny intervence do analogických skupin a organizovány ve třech úrovních abstrakce. Jakmile intervence byly definovány, bylo zapotřebí organizovat strukturu taxonomie (7).

Krok 4: Uspořádání ošetřovatelských intervencí do první taxonomické struktury

Cíl byl stanoven tak, aby struktura byla jednoduchá a klinicky použitelná. 17 sester realizačního intervenčního projektu dostalo intervenční kartičky, na kterých byly popisky ošetřovatelských činností a jejich definice. Byly požádány, aby roztřídily intervence do skupin (bylo stanoveno maximálně 25 skupin, protože více skupin by nebylo praktické v praxi) a využívaly induktivní metodu. To znamená, aby postupovaly od konkrétních znaků, tomto případě od intervencí, po obecné zákonitosti v této problematice, to jsou definice intervencí. Údaje ze skupiny odborníků byly zaneseny do počítačového programu, ve kterém byla použita metoda hierarchického shlukování k analýze počtu hodnotitelů. Bylo vyhodnoceno přibližně 57. 970 párů intervencí, které byly opět přezkoumány a zároveň selektovány. Poté byly intervence hodnoceny členy pro užitečnost a konzistenci. Tým definoval 26 tříd, každá z nich obsahovala definici, intervence a 26 skupin, které hierarchická analýza rozdělila na 6 „top skupiny“. Členové týmu hodnotili tyto skupiny a rozhodli se je nazývat domény. Vznikla tří-stupňová taxonomická struktura, která obsahovala 6 domén, 26 tříd a 357 intervencí. Po validační studii byla taxonomie revidovaná, došlo ke změně v počtu tříd na 27 (7).

Krok 5: Ověření ošetřovatelských intervencí, definování činností a taxonomie

Ověřování šetření 1: Použití přehledu ve speciálních organizacích

V předcházejících fázích tým vytvořil a organizoval ošetřovatelské intervence, avšak nebyla doposud ověřena využitelnost taxonomie v ošetřovatelské praxi. Z tohoto důvodu byl vytvořen třídílný dotazník, který byl distribuován v roce 1992 do 32 klinických pracovišť, jež byly členy Americké sesterské asociace národního organizačního fóra (American Nurses Associationes National Organization Liaison

Forum, dále jen NOLF) (7).

V dotazníku byla zaměřena pozornost na označení definic pro každou intervenci. Jednotlivé intervence byly seřazeny do 26 tříd. Zástupci klinických pracovišť byli požádáni, aby jejich pracovníci určili míru použití každé intervence. K ohodnocení jednotlivé ošetřovatelské intervence sloužila pěti-bodová stupnice, na které byly uvedeny položky: několikrát denně, přibližně jednou za jeden den, asi jednou za týden, asi jednou za měsíc, zřídkakdy a nikdy (7). V další části dotazníku byli respondenti požádáni, aby zhodnotili a identifikovali seznam intervencí a poté definovali klíčové intervence zaměřené na jednotlivé obory ošetřovatelství, které jim chyběli v seznamu (7).

Ověřování šetření 3: Použití nepřímých ošetřovatelských intervencí

Prescottová uvádí, že sestru zaneprázdní více než polovina času aktivity nepřímé péče (administrativní práce) a managament oddělení a jen jednu třetinu času se věnuje přímým činnostem týkající se ošetřovatelské péči o pacienta. Výzkumný tým NIC rozhodl, že klasifikace NIC by měl zahrnovat přímé i nepřímé intervence v ošetřovatelské péči. Následují čtyři body představující nástin přehledu (7, 57):

1. Podmíněnost použití validity v intervenční ošetřovatelské nepřímé péči.
2. Asistence v identifikaci chybějících intervencí nepřímé ošetřovatelské péče.
3. Podmíněnost odhadu času pro ošetřovatelské intervence, podmíněnost úrovně poskytované přípravy k vykonání ošetřovatelské intervence.

K využití 26 konkrétních přímých a nepřímých intervencí se využila technika dotazníku, která byla rozeslána 500 členům Akademie interního a chirurgického ošetřovatelství (Academy of Medical Surgical Nursing). Tento výběr skupiny byl zvolen z toho důvodu, že ve své praxi poskytovali nepřímé intervence v praxi. Vyplněných dotazníků se zpátky z této skupiny vrátilo 171. Výsledky ukázaly, že 26 intervencí je použitelných v praxi. Intervence, které respondenti využívali více než jednou za den byly tyto: managament prostředí, managament technologie, práce s dokumentací, telefonická konzultace, správa o službě, transport nemocného (57).

Ověřování šetření 4: Validizace taxonomie

V květnu 1993 probíhalo zkoumání smysluplnosti tříd a domén taxonomie na základě techniky dotazníku, který byl distribuován ošetřovatelským expertům v rozvoji teorie, členům Severozápadní ošetřovatelské výzkumné společnosti (Midwest Nursing Research Society, dále jen MNRS). 161 členů MNRS obdrželo dotazník z toho se vrátilo 121 vyplněných dotazníků. Z celkového počtu 20 respondentů (16%) mělo učitelské vzdělání, a 101 (83%) mělo doktorské vzdělání v ošetřovatelství. Analýza výsledků prokázala, že je taxonomie dobře zpracovaná. Převážná většina respondentů tvrdila, že domény jsou charakteristické pro klinickou praxi ve všech kritériích. Na základě doporučení byla vytvořena nová třída s největším počtem nepřímých ošetřovatelských intervencí – management informací (57).

3. Fáze: Klinické testování a zdokonalení klasifikace (1993-1997)

Následné klinické testování komplexní klasifikace NIC probíhalo na specializovaných pracovištích: *Genesis Medical Center v Iowě* - 500 lůžek, 680 registrovaných sester; *Univerzita Iowské nemocnice a kliniky v Iowě* – 820 lůžek, 1500 registrovaných sester; *Oaknoll penzionovaná rezidence* (nezávislý komplex) – 133 apartmánů pro seniory schopných žít nezávisle, 48 lůžek s dlouhodobou následnou péčí, 16 registrovaných sester; *Darmouthovo-Hitchcockovo lékařské centrum* – 453 lůžek s terciární péčí, 650 registrovaných sester; *Loyolské univerzitní lékařské centrum v Chicagu spolu se Službou komunitního ošetřovatelství a Hospicovým programem* – ambulantní provoz s 226 126 pacienty a s 223 registrovanými sestrami (57).

V roce 1997 byla vytvořená škála na posouzení implementace klasifikace NIC. Škála je spojená s Rogersovým modelem, inovačně-rozhodovacím procesem, který se skládá z pěti částí – vědomosti, přesvědčení, rozhodnutí, implementace a potvrzení. Škála byla aplikovaná do 106 agentur, technika probíhala na základě rozhovorů. Celkový počet rozhovorů bylo 86 a ty poskytly kódová slova, která byla následně rozdělena do 11 kategorií- rozhodnutí, osvojení, efektivnost sesterské práce, plánování, strategie, interaktivní strategie, pozitivní reakce, změn praxe, dokumentace, šíření informací. Benefit klasifikace NIC spočíval ve změně práce, ať už pozitivní, či

negativní, když sestry začaly NIC používat. Dominantou aplikace byla dokumentace. Pro rozvoj specializovaných intervencí pro jednotlivé obory byl poskytnut dotazník. Každý reprezentant z daného specializovaného oboru identifikoval ošetřovatelské intervence v rámci NIC (57).

4. Fáze: Využití a kontinuální podpora klasifikace (1996 – po současnost)

Vědecký tým Iowa se rozhodl zabývat intenzivně komunitou a prevencí (57). Problematika prevence je důležitá nejen ve vyspělých zemích, ale především v zemích třetího světa. Především zdůrazňuje veřejné problémy, jako jsou AIDS, dětská úmrtnost, adolescenční těhotenství, návyky dětí, zneužívání dětí a domácí násilí (57, 26). Komunitní ošetřovatelské intervence jsou zaměřeny na podporu a uchování zdraví populace. Zdůrazňují propagaci, podporu a udržování zdraví, prevenci onemocnění populace a strategie zaměřené na sociální a politické klima, v němž populace žije. Vznikly i dvě nové třídy spadající do domény s názvem Komunita a očekává se její rozšíření s ohledem na orientaci ošetřovatelské péče na populaci a komunitu (26).

1.4.3 Taxonomie ošetřovatelských intervencí

Taxonomie NIC se skládá ze tří následujících úrovní struktur: domény, třídy a intervence. *Domény* představují základní první úroveň v taxonomii, vyjadřují svým obecným názvem zaměření tříd a intervencí. Jednotlivé domény obsahují skupiny tříd a ošetřovatelské intervence. *Třídy* jsou druhou úrovní taxonomie a vyjadřují konkrétní ošetřovatelskou oblast pro ošetřovatelské zásahy. *Ošetřovatelské intervence* jsou třetí a nejpočetnější úrovní taxonomie a vyjadřují vysoce konkrétní činnost sester pro danou specializovanou oblast (7, 26).

Domény taxonomie ošetřovatelských intervencí

Domény jsou rozděleny do 7 oblastí ošetřovatelské péče. Kódování pro jednotlivé domény jsou v číslech od 1 do 7 (57). Oblasti domén jsou komplexní, aby pojímaly celistvě ošetřovatelskou péči u nemocného. Jsou to primární struktury taxonomie (7).

1. Doména fyziologická: základní zaměřená na základní fyziologické potřeby u nemocného (např. zahrnuje péči u pacienta o výživu, fyzickou kondici, vylučování a prevenci komplikací, podporuje, či pomáhá vykonávat běžné denní činnosti) (7, 52).

2. Doména fyziologická: komplexní orientovaná na péči, která podporuje stálost a rovnováhu vnitřního prostředí u nemocného (např. péče u pacienta o acidobazickou rovnováhu a regulaci elektrolytů, krevní tlak, tělesnou teplotu, podpora průchodnosti dýchacích cest a výměny plynů, péče podávání léků) (7, 54).

3. Doména behaviorální péče zabývající se psycho-sociálním fungováním a usnadňující změny životního stylu pacienta (např. podpora a posílení žádoucího chování, zmírňuje či zastavuje nežádoucí projevy u nemocného, usnadňuje poskytování a přijímání verbální a neverbální komunikace, pomáhá přizpůsobit se změně ve funkci u nemocného) (7).

4. Bezpečnostní doména je specializovaná na ochranu proti poškození (např. tato oblast péče se týká nemocných s akutními život ohrožujícími stavy) (7, 48).

5. Doména rodiny je určená pro podporu rodiny (např. péče směrovaná na pomoc při výchově dětí, usnadňuje fungování rodiny, podporuje zdraví a dobré životní podmínky členů rodiny) (7).

6. Doména zdravotního systému usnadňuje a pomáhá efektivně využívat poskytování zdravotní péče (např. péče, která napomáhá propojení mezi pacientem, rodinou a systémem zdravotní péče, poskytuje a zvyšuje podporu služeb pro poskytování péče (7).

7. Doména komunity napomáhá ke zdraví komunity (podporuje zdraví komunity a pomáhá při odhalování, či prevenci zdravotních rizik pro celou komunitu) (7, 26, 57).

Třídy taxonomie ošetřovatelských intervencí

Třídy jsou diferencovány do 30 tříd a abecedně seřazeny. Třídy jsou kódovány písmeny od A až Z, a, b, c, d, čísla znamenají konkrétní doménu - oblast, do které třídy spadají (57). Ve třetím vydání klasifikace NIC v roce 2000 se taxonomie rozrostla o tři

nové třídy: Výchova a péče o děti, Podpora zdraví komunity a Management řízení rizik. Třídy jsou rozděleny do následujících oblastí (7, 57).

Třída 1. A- Management aktivity a cvičení je zaměřena na organizování a podporu fyzické aktivity, zachování energie a výdeje u nemocného (7).

Třída 1. B- Management vylučování tato oblast je orientována na zajištění a udržení fyziologického vyprazdňování moče, stolice a zamezování komplikací u nemocného (7).

Třída 1. C- Management imobility je směrován na podporu a péči o nemocné s poruchou hybnosti a na zmírnění následku s imobilitou spojené (7).

Třída 1. D- Nutriční podpora je specializovaná na změnu a udržení stavu výživy u nemocného (7).

Třída 1. E- Podpora fyzického komfortu je zaměřena na podporu pohodlí nemocného za pomocí fyzikálních metod (7).

Třída 1. F- Podpora sebepéče je orientována na poskytování a pomáhání při běžných denních činnostech u pacienta (7).

Třída 2. G- Management vnitřního prostředí je specializovaná oblast, která se zaměřuje na regulaci elektrolytů/ acidobazické rovnováhy a prevenci komplikací u nemocného (7).

Třída 2. H – Management léků se zabývá podáváním léků s cílem usnadnit žádoucí farmakologické účinky u nemocného (7).

Třída 2. I- Neurologický management je zaměřena na optimalizaci neurologických funkcí u pacienta (7).

Třída 2. J- Pooperační péče se specializuje na poskytování ošetřovatelské péče před, během a bezprostředně po operaci u nemocného (7).

Třída 2. K- Management respirace se orientuje na podporu průchodnosti dýchacích cest a výměny plynů u pacienta (7).

Třída 2. L- Management kůže/ran se zabývá péčí o udržení a obnovení tkáňové integrity (7). Chronické nehojící se rány představují velmi vážný zdravotní problém, tato tzv. civilizační onemocnění jsou spojeny s životním stylem moderního člověka. Jejich incidence má bohužel stoupající tendenci (47).

Třída 2. M- Termoregulace se zabývá péči u nemocného o udržení tělesné teploty v mezích normy (7).

Třída 2. N- Management tkáňové perfůze se orientuje na optimalizaci krevního oběhu a tkáňového prokrvení (7).

Třída 3. O- Behaviorální terapie podporuje žádoucí chování nebo zmírňuje a zamezuje nežádoucímu chování (7).

Třída 3. P- Kognitivní terapie posiluje a podporuje kognitivní funkce, nebo pomáhá změnit nežádoucí chování u nemocného (7).

Třída 3. Q- Rozšiřování komunikace usnadňuje poskytování a přijímání verbální a neverbální komunikace (7, 57).

Třída 3. R- Management podpory poskytuje a povzbuzuje nemocné zmobilizovat psychické i fyzické síly a pomáhá přizpůsobení ve změně funkci orgánů (7).

Třída 3. S- Edukace pacienta je orientována na vzdělávací proces, předávání informací nemocnému. Poučený nemocný má perspektivnější předpoklady uzdravit se, získat soběstačnost, má znalost o prevenci, upevňování zdraví a dodržování léčebného režimu (7, 34).

Třída 3. T- Podpora psychické pohody je specializována na podporu komfortu a využívání psychologických technik (7).

Třída 4. U- Krizový management je zaměřena na poskytnutí okamžité zdravotní a psychologické péče (7).

Třída 4. V- Management rizik se specializuje na průběžné monitorování, vyhledávání a snižování rizik u nemocných (7).

Třída 5. W- Péče v těhotenství poskytuje ženám přípravu na porod a na psychologické a fyziologické změny s porodem spojené. Zaměřuje se také na realizaci ošetřovatelské péče v průběhu porodu a bezprostředně po něm (7, 57).

Třída 5. Z- Péče o dětskou populaci je zaměřena na podporu při výchově, prevenci před zneužíváním a ochranou dětí (7, 57).

Třída 5. X- Celoživotní péče má za primární cíl usnadnit fungování rodiny a podporuje zdraví a dobré životní podmínky členů rodiny v průběhu života. (7, 57).

Třída 6. Y- Zdravotní systém usnadňuje propojení mezi pacientem, rodinou a systémem zdravotní péče (7).

Třída 6. a- Management zdravotnického systému poskytuje a zvyšuje podporu služeb pro poskytování zdravotnické péče (7, 57).

Třída 6. b- Management informací zajišťuje vhodné, přesné, dobře organizované dostupné informace a zprostředkovává komunikaci ve zdravotnictví (7, 57, 70).

Třída 7. c- Podpora zdraví komunity má prioritní strategický význam v současných zdravotních systémech. Hlavním cílem je podpora zdraví celé komunity (7, 31, 57).

Třída 7. d- Management rizik komunity pomáhá při odhalování či prevenci zdravotních rizik pro celou komunitu (7, 57).

Ošetřovatelské zásahy taxonomie ošetřovatelských intervencí

Ošetřovatelské intervence znamenají činnosti sestry, jež jsou realizovány na základě ošetřovatelského problému u nemocného, v rámci individuálního ošetřovatelského plánu. Tyto zásahy napomáhají zmírňovat, či odstraňovat problémy a zároveň zvyšují kvalitu poskytované péče u pacienta. Z obecné roviny mohou být klasifikovány dva typy intervencí: intervence, které jsou určené a předepsané sestrou nebo intervence delegovány lékařem (7, 10). Intervence představují nejpočetnější a nejrozsáhlejší strukturu v taxonomii. Celkový počet je 542 ošetřovatelských intervencí. Jednotlivá intervence má svůj jedinečný čtyři-číselný kód (7). Název a definice intervence je dána standardizovanou terminologií, do které není možné

zasahovat. Aktivity, jež jsou řazeny pod konkrétní intervenci je naopak vhodné v adekvátní míře modifikovat v souvislosti s aktuálními potřebami u nemocného za účelem poskytovat individuální ošetřovatelskou péči (26). Bulechek, Johnson a Butcher (2006, s. 4) definují intervenci jako: „Jakoukoli ošetřovatelskou činnost na základě úsudku, znalostí a klinickém rozhodování, které sestra realizuje, a tím dochází ke zvyšování kvality ošetřovatelské péče. Ošetřovatelské intervence zahrnují přímou i nepřímou péči, zaměřenou na jednotlivce, rodiny a komunity.“ (6)

Přímá péče intervencí patří mezi ošetřovatelskou léčbu a provádí se prostřednictvím interakce s pacientem (7).

Nepřímá péče intervencí zahrnují činnosti zaměřené na řízení péče o pacienty v oblasti administrativy, monitorování stavu nemocného, interdisciplinární spolupráce. Tyto oblasti podporují přímou péči (7, 26).

Intervence zaměřené na jednotlivce, rodinu a komunity jsou orientovány na podporu a zachování zdravé populace. Tyto intervence zdůrazňují důležitost a zachování zdraví, prevence nemocí v populaci (7).

1.4.4 Využití klasifikace ošetřovatelských intervencí

Ošetřovatelská klasifikace NIC zahrnuje celou řadu ošetřovatelských intervencí z obecné i speciální ošetřovatelské praxe. Ošetřovatelské zásahy mohou být využity v jakémkoli prostředí praxe bez ohledu na filozofickou orientaci (61).

Díky komplexnosti NIC ve všech ošetřovatelských oblastech je vhodné pracovat s celým systémem a aplikovat ho na nemocného plošně, ne jej zaměřit pouze na určité výseky z ošetřovatelských oblastí. NIC je systém záměrně neutrálním a to z toho důvodu, aby mohl být využit ve všech různých zdravotnických zařízeních s odlišným systémem ošetřovatelské péče (7). Iowský realizační tým projektu NIC uvádí, že klasifikace může být využita konkrétně na jakémkoliv oddělení, od anesteziologicko-resuscitační péče, jednotky intenzivní péče, standardní oddělení, oddělení dlouhodobé péče, po agentury domácí péče, hospice, primární péče, ambulance (26, 57).

NIC je užitečný v praxi jako samostatná klasifikace, ale také může být pro svoji flexibilnost propojena s různými klasifikačními a diagnostickými ošetřovatelskými systémy, jako jsou Klasifikace ošetřovatelských cílů - NOC, NANDA – I., Mezinárodní klasifikace nemocí (International Classification of Diseases, dále jen ICD), Omaha Systém, jenž je specializován na domácí a komunitní péči a dále Hodnotící protokoly (Resident assesment protocols, dále jen RAP), které se využívají také v domácí péči (7).

Stěžejní využití a význam klasifikačního systému intervencí je v jeho zdůraznění význačnosti vlivu sestry na poskytování zdravotní péče. A zároveň standardizuje a definuje znalost ošetřovatelského základu pro teorii a praxi v ošetřovatelství (7).

V konkrétní praxi je použití NIC možné v těchto oblastech: usnadňuje výběr intervence pro nemocného, umožňuje vzájemnou komunikaci mezi sestrami, usnadňuje adaptaci začínajícím sestrám v klinickém rozhodování, uplatňuje se při komunikaci s nemocnými, rodinami a komunitami v průběhu poskytované péče, patří mezi primární nástroje v klinické dokumentaci k zajištění kvality, umožňuje prozkoumat účinnost, náklady a efektivitu ošetřovatelské péče, využitelný je při integraci elektronických datových systémů a souborů, účelný jako podklad k úhradě výdajů za poskytnuté zdravotní služby, stává se předmětem v oblasti teoreticko-klinických ošetřovatelských výzkumů, usnadňuje rozvoj a využívání ošetřovatelských systémů, aplikovatelný při hodnocení kompetencí sester, pomáhá pedagogům vyvinout vzdělávací programy, které lépe kooperují s klinickou praxí (7, 26, 57, 58).

1.5 Klasifikace ošetřovatelských výsledků

Klasifikace ošetřovatelských výsledků je návazným významným projektem na NIC, Centra pro ošetřovatelskou klasifikaci a klinickou efektivnost Univerzity Iowa v USA. Projekt začal v roce 1991 a probíhá do současné doby. Iowský realizační tým uvádí, že NOC je komplexní standardizovaná klasifikace výsledků, která vyhodnocuje efektivitu ošetřovatelských intervencí u nemocného. To znamená, že realizuje evaluaci efektu ošetřovatelské péče (25). NOC byl poprvé publikován v roce 1997. Výsledky nemocného byly definovány jako měřitelný stav chování a vnímání u pacienta, rodiny a komunity. Je známo, že chování a vnímání je variabilní a do značné míry jsou tyto

jevy ovlivnitelné citlivostí ošetřovatelské péče (11).

Institut medicíny v USA se zabývá bezpečností pacientů ve zdravotnických zařízeních. Udává, že v současné době se zlepšila úroveň poskytované péče, ale stále ještě přetrvává deficit v bezpečnosti a kvalitě poskytované péče v důsledku špatné komunikace a spolupráce mezi členy zdravotnického týmu. Velké obavy z rostoucích nákladů a kvality zdravotní péče vedly pro využití různých nástrojů k hodnocení měření výsledků zdravotní péče. Ačkoliv tato opatření měla potenciál ke zlepšení péče a vedla k poskytování informací lékařům o postupech, organizačních dovednostech a znalostech, bohužel stále ještě v ošetřovatelské oblasti, intervence a výsledky nebyly zcela evidentní ve většině systémů hodnocení péče (11). Sestry mají primární odpovědnost za sledování, řízení péče a ručí za včasné odhalení komplikací a problémů u pacienta. Sestry mají důležitou výchozí pozici pro zahájení činnosti, které minimalizují negativní dopad na pacienta. Klasifikace NOC standardizuje název a definici výsledku pro použití do praxe, vzdělání a výzkum. Standardizované výsledky jsou nezbytné pro hodnocení pacienta, ošetřovatelskou dokumentaci a jsou nedílnou součástí pro klinické informační systémy, prostřednictvím těchto nástrojů je možné vyhodnocovat efektivitu konaných intervencí sester a podpořit bezpečnou zdravotní péči (11, 26).

Cílem klasifikace je kvantifikovat kvalitu a efektivnost v poskytování zdravotní péče u pacienta, rodiny a komunity (25, 26). Síla klasifikace NOC spočívá v jeho zaměření na hodnocení výsledků pro široké spektrum zdravotnických zařízení s rozličnou populací pacientů, včetně pacientů péče terciální, komunitní a agentur domácí péče (26). Sestry jsou schopny vyčíslit změnu stavu pacienta po zásahu a sledování pokroku (25).

Pacientovy výsledky slouží NOC stejně jako klasifikace NIC a NANDA má stejnou organizační strukturu založenou na doménách, třídách a výsledcích. Třetí vydání NOC bylo publikováno v roce 2004 a klasifikace obsahovala 330 výsledků seskupené do 31 tříd a 7 domén. Čtvrté vydání NOC obsahuje 385 výsledků po 20-leté práci vědeckého týmu Iowa. Vydání z roku 2008 je v souladu s terminologií NANDA-I

použitou v roce 2007-2008. Aktuální vydání klasifikace by se měla publikovat v roce 2012 (25, 49).

1.5.1 Vývoj klasifikace ošetřovatelských výsledků

Systematické vyhodnocování ve zdravotní péči začalo v dobách, když průkopnice ošetřovatelství, *Florence Nightingale* (1820-1910) zaznamenávala a analyzovala podmínky zdravotní péče, jaká byla poskytována vojákům během Krymské války (25, 13). Od poloviny 19. století do 60. let 20. století se mnoho odborníků pokoušelo hodnotit výsledky zdravotní péče, avšak jejich zaměření bylo vždy spíše na lékařskou péči, než na ošetřovatelskou péči (25). Od 60. let 20. století jedna z nejvlivnějších současných lídrů amerického ošetřovatelství, *Myrtle Kitchell Aydelotte*, začala, jako jedna z prvních využívat změny v chování a změny ve fyzické oblasti u pacientů, jako prostředek hodnocení efektivity systémů poskytujících ošetřovatelskou péči. Později mnozí odborníci se věnovali této problematice v různých významných výzkumech, jedni z nejvýraznějších pro rozvoj hodnocení výsledků ošetřovatelské péče byli *J. Hover, M. Zimmer, B. J. Horn, M. A. Swain, N. M. Clintonová, N. D. Naylor* (57).

V roce 1991 výzkumný tým vedený *Marion Johnson* a *Meriden Maas*, vytvořily na Univerzitě Iowa klasifikaci ošetřovatelských výsledků u pacienta, které korelovaly s poskytováním ošetřovatelské péče (6). Rozvoj klasifikace se vyvíjel v pěti etapách a byl zahájen v roce 1992 pilotním ověřováním metodologie. Celý výzkum probíhal na deseti klinických pracovištích. První dvě etapy probíhaly od roku 1993-1996 a byly orientovány na výstavbu jednotlivých výsledků neboli cílů péče (27). Třetí etapa probíhala od roku 1996-1997, byla zaměřená na výstavbu taxonomie a klinické testování (25).

Čtvrtá etapa probíhala od roku 1998-2002, v ní probíhalo vyhodnocení a měření váhy výsledků (25).

Pátá fáze probíhá od roku 1997 po současnost a orientuje se na upřesnění a klinické použití v praxi. Projekt tvorby klasifikace NOC podpořila řada významných institucí např. Národní ústav zdraví (National Institutes of Health, dále jen NIH) a

Národní ústav ošetřovatelství (National Institutes of Nursing, dále jen NIN) (25).

Pro výstavbu klasifikace NOC se aplikovalo více výzkumných metod, opět jako u klasifikace NIC byl využit induktivní přístup k vytvoření výsledků na základě současné praxe a výzkumu. Koncept analýzy byl implementován v konstrukci výsledků a dotazníkové šetření byly distribuovány zdravotním sestrám, které posuzovaly účinnost ošetřovatelských výsledků v praxi. Zpětná vazba z dotazníkového šetření vedla k identifikaci nových výsledků pro vývoj a zdokonalení současných výsledků NOC. Taxonomie výsledků byla postavena na základě podobnosti a rozdílu analýzy a hierarchické klastrovací techniky. V současné době se Iowský tým projektu NOC zaměřuje, aby klasifikace byla spolehlivá pro hodnocení v klinické praxi (61). Klasifikace NOC je jeden ze standardizovaných jazyků uznávaný ANA. Americká asociace sester klasifikaci NOC podpořila a vyvinula pro ošetřovatelskou péči do praxe Report Card. Tato karta identifikuje základní soubor ukazatelů ošetřovatelské kvality, který zahrnuje strukturu, proces a výsledek ukazatele. Mezi ukazatele výsledků patří úmrtnost, délka pobytu, nežádoucí mimořádné události, komplikace (nozokomiální infekce, proleženiny, úrazy) (6). Dále se může NOC propojit s klasifikacemi NIC, NANDA-I, Omaha systém, s hodnotícími protokoly RAP, ICF. Jako uznávaný jazyk vyhovuje pokynům NIDSEC. NOC je zahrnuta v Národní knihovně Metathesaurus, začleněna v databázi CINAHL. Současně byla zařazena i do systematizovaného názvosloví medicíny SNOMED, dále byla schválena pro použití HL7 (25, 26, 61). Použití NOC v praxi, vzdělání a výzkumu je nejpřesnější ukazatel užitečnosti. NOC je přijat na různých klinických pracovištích pro hodnocení ošetřovatelské praxe a je zároveň využíván ve vzdělávacích podkladech, jako struktura učebních plánů s cílem naučit studenty klinické hodnocení. Klasifikace ošetřovatelských výsledků je i nadále zkoumána, vyvíjena a podrobována výzkumným aktivitám tak, aby byla zajištěna její reliabilita, validita a vysoká senzitivita ošetřovatelských výsledků v klinické praxi (26). NOC je publikován, jako klasifikace NIC, po čtyřletém cyklu. NOC je mezinárodně využíván a byl přeložen do nizozemštiny, japonštiny, korejštiny, francouzštiny, španělštiny, němčiny a portugalštiny (61).

1.5.2 Taxonomie ošetřovatelských výsledků

Taxonomie NOC se skládá ze tří úrovní struktur, jejichž organizace je založena na podobném principu, jako je to mu u klasifikace NIC a NANDA-I. Taxonomie je složena z domén, tříd a výsledků péče. *Domény* jsou stejně jako u klasifikace NIC rozděleny do výchozích 7 oblastí ošetřovatelské péče a tvoří základnu pro taxonomii. Označují se číselnými kódy od 1-7. Oblasti domén prolínají všechny důležité aspekty pro člověka, které jsou nutné pro život. *Třídy* se specializují a jsou zařazeny pod domény, v nichž jsou strukturovány. Celkový počet tříd je 31 a jsou abecedně kódovány od A do Z, b, c, d, e. *Výsledky péče* jsou standardizovaně definovány, abecedně seřazeny a označený čtyřčíselným kódem. Celkový počet je 385 ošetřovatelských výsledků. K výsledkům péče se řadí souhrn indikátorů, ke kterým patří hodnotící škála, jež slouží k erudovanému vyhodnocení dosaženého stavu pacienta. Výsledek je průběžně hodnocen a měřen prostřednictvím *indikátorů* podle 5-bodové Likertovy stupnice, 5 bodů udává nejlepší skóre, 1 bod znamená nepříznivé skóre (2,26). Aplikace indikátorů probíhá tak, že po výběru určených výsledků pro pacienta sestra vyhledá indikátor, který bude využit k určení stavu pacienta a k jeho hodnocení na měřítku. Jednotlivý indikátor má šestičíselný kód (25, 26).

Domény taxonomie ošetřovatelských výsledků

1. Doména funkčního zdraví se zaměřuje na výsledky, které popisují schopnost a výkonnost základních úkolů života u pacienta (např. udržování energie, růst a vývin, mobilita, sebeopatření) (25, 57).

2. Doména fyziologického zdraví se orientuje na výstupy, které popisují rovnováhu a funkčnost mezi systémy v organizmu u pacienta (např. kardiovasculární systém, smyslové ústrojí, gastrointestinální trakt, integrita tkání, rovnováha tekutin a elektrolytů) (25, 57).

3. Doména psychosociální zdraví zastupuje výsledky, jež popisují u pacienta psychické a sociální fungování (např. psychosociální optimum, psychosociální adaptace, sebekontrola, sociální interakce) (25, 57).

4. Doména znalosti o zdraví a chování se specializuje na výsledky, které popisují postoje, porozumění a akce týkající se zdraví a nemoci (např. zdravý životní styl, vědomosti o zdraví) (25, 57).

5. Doména vnímání zdraví se zaměřuje na výsledky, jenž popisují dojmy z osob zdravotnictví a celkově ze zdravotní péče (např. kvalita života, ukazatelé zdraví) (25, 57).

6. Doména zdraví rodiny se orientuje na zdraví a ochranu komunity (např. struktury a společenství, aby se vyloučily zdravotní rizika v případě ohrožení) (25, 57).

Třídy taxonomie ošetřovatelských výsledků

Třída 1. A- Udržení energie se zaměřuje na výsledky, jež popisují příjmy a výdeje energie pacienta (např. odpočinek, únava, stres, fyzická aktivita, psychomotorická zátěž) (25, 57).

Třída 2. A- Růst a výživa se specializuje na výsledky, které popisují u pacienta jednotlivé fáze fyzického, emocionálního a sociálního zrání (např. adaptace novorozence, vývoj předčasně narozeného dítěte, vývoj dítěte od 1. měsíce do 5 let, vývoj v dětství, dospívání, mladé, střední a pozdní dospělosti, tělesné zrání muže a ženy, sexuální funkce) (25, 57).

Třída C- Mobilita se zaměřuje na výsledky u pacientů, kteří jsou částečně nebo celkově fyzicky imobilní (25, 57).

Třída D- Sebepéče se zabývá výsledky popisující u pacienta základní a instrumentální činnosti každodenního života (např. hygiena, stravování, oblékání, vyprazdňování) (25, 57).

Třída E- Kardiopulmonální se zaměřuje na výsledky popisující kardiopulmonální systémem u nemocného (např. tkáňová perfuze, hemokoagulační stav, závažné krevní ztráty, průchodnost dýchacích cest, typy dýchání) (25, 57).

Třída F- Vylučování se zabývá popisem výsledků u pacienta vystihující vyprazdňování moče, stolice. (např. funkce ledvin, močová inkontinence, střevní inkontinence) (25, 57).

Třída G- Rovnováha tekutin a elektrolytů se zabývá u pacienta výsledky stabilitou mezi tekutinami a elektrolyty (např. elektrolyty/acidobazická rovnováha, bilance tekutin, hydratace) (25, 57).

Třída H- Imunitní odpověď se zaměřuje na výsledky, které popisují u pacienta reakce na látky, které jsou tělu cizí. (např. alergická reakce- lokalizovaná, nebo systémová, potransfúzní reakce, infekce, jež vyvolala imunitní odpověď organizmu) (25, 57).

Třída I- Metabolická regulace se specializuje na výsledky u pacientů, které popisují schopnost regulace metabolizmu těla. (např. termoregulace, tělesná hmotnost) (25, 57).

Třída J- Neurokognitivní funkce se orientují na popis neurologického a kognitivního stavu u pacienta (např. akutní zmatenost, kognitivní orientace, úroveň poznání, komunikace, rozhodování, hyperaktivity, neurologický status) (25, 57).

Třída K- Trávení a výživa se zabývá výsledky popisující funkcí gastrointestinálního traktu a stavu výživy pacienta. (např. příjem potravy a tekutin, chuť k jídlu, stav výživy, polykací funkce) (25, 57).

Třída L- Tkáňová integrita se zaměřuje u pacienta na stav kůže, sliznice a membránózní tkáně těla, která mohou být vystavena ohrožení (9, 25).

Třída Y- Smyslové funkce se zaměřují na výsledky, jenž popisují vnímání a využívání smyslových informací u pacienta (např. zrak, sluch, čich, hmat) (25).

Třída M- Psychosociální optimum popisuje výsledky duševního zdraví u pacienta (např. úroveň agitovanosti, hladina úzkosti, úroveň deprese, naděje, identita, stabilita nálady, motivace, sexuální identita) (25, 57).

Třída N- Psychosociální adaptace popisuje výsledky psychologické a sociální adaptace na změněné zdraví nebo životní situace (např. adaptace na tělesné postižení, u dětí

přizpůsobení se na hospitalizaci, zvládání stresu, osobní odolnost, zdravotní stav, stupně žalu) (25, 57).

Třída O- Sebekontrola popisuje schopnost pacienta, jakým způsobem se dokáže vyrovnávat se stresovými a zátěžovými situacemi (např. citové nebo fyzické škodlivé chování pro sebe a okolí- agrese, deprese, sebezmrzačení, sebevražda) (25, 57).

Třída P- Sociální interakce popisuje vztahy pacienta s ostatními jedinci (např. rodič-dítě, výkon role, sociální dovednosti, sociální angažovanost, sociální podpora) (25, 57).

Třída Q- Zdravé chování popisuje výsledky dodržování životního stylu, které podporují u pacienta zachování nebo obnovení zdraví (např. zdravá výživa, dodržování dietního opatření, užívání předepsaných léků, aktivní pohyb) (25, 57).

Třída R- Zásady zdraví, názory a víra popisuje přístup ke zdraví pacienta (např. vnímavost vůči zdraví, schopnost vykonávat opatření ke zdraví, schopnost sebekontroly) (25, 57).

Třída S- Znalosti o zdraví popisuje porozumění v oblasti využívání informací pro podporu, udržení a obnovu zdraví pacienta. (25, 57).

Třída T- Kontrola rizika a bezpečnosti popisují výsledky opatření bezpečnosti s cílem zabránit, či omezit identifikovatelné ohrožení zdraví pacienta (např. aspirace, poranění, pády). (25, 57).

Třída U- Kvalita života charakterizuje výsledky o vnímání zdravotního stavu a životních okolností (např. životní prostředí se zaměřením na oblasti: psycho-spirituální, socio-kulturní, kvalita života, tělesná zdatnost, důstojné umírání) (25, 57).

Třída V- Ukazatelé zdraví znázorňují výsledky, které popisují příznaky nemoci, zranění, či ztráty (např. stupně nepohodlí, nevolnost a zvracení, bolet, důsledky návykových látek) (25, 57).

Třída e- Spokojenost s péčí vyjadřuje výsledky vnímání kvality a vhodnosti zdravotnické poskytované péče (např. spokojenost pacientů, přístup k péči, kontinuita péče, případový managament, komunikace, umožnění kulturních potřeb) (25).

Třída W- Rodina pečující o nemocného se zaměřuje na popis výsledků výkonu člena rodiny pečujícího o svého blízkého nemocného (např. přizpůsobení prostředí pro pacienta v domácím prostředí, připravenost pečovatele, nepřímá péče, podpora role pečovatele) (25).

Třída Z- Zdraví členů rodiny popisuje výsledky fyzické, psychické, sociální, duchovní zdraví jednotlivých členů rodiny (např. tělesné zdraví, zneužívání kouření, zneužívání zotavení: emocionální, finanční, fyzické, sexuální, pečovatel, duševní zdraví, tělesné zdraví) (25).

Třída X- Rodina se zaměřuje na popis výsledků rodinného prostředí, celkový zdravotní stav rodinných příslušníků a na sociální kompetence rodiny, jako jednotky (např. fungování rodiny, zdravotní stav, rodinná odolnost a soudržnost) (25).

Třída d- Rodičovství se zaměřuje na popis výsledků chování rodičů, které podporují optimální růst a vývoj dítěte (25).

Třída b- Společenství popisuje výsledky, které se zaměřují na zdraví, pohodu a fungování komunity nebo populace (např. komunitní zdravotní stav, odolnost, násilí) (25).

Třída C- Společenství na ochranu zdraví popisuje výsledky struktury a programy společenství k odstranění nebo snížení zdravotních rizik a zvyšuje odolnost komunity. (např. programy zdraví, preventivní dispenzarizace) (25).

1.5.3 Využití taxonomie ošetřovatelských výsledků

Ošetřovatelství založené na důkazech je nezbytným základem pro praxi. Práce a úsilí sester v měření výsledků ošetřovatelské péče u pacienta poskytuje zvýšení kvality v praxi (25). Analyzování a hodnocení výsledků a jejich propojení s ošetřovatelskými intervencemi je rozhodující pro vývoj EBN (40). Péče o pacienty umožňuje sestrám zkoumat účinky ošetřovatelských intervencí v průběhu času a napříč ošetřováním (25). NOC výsledky se řadí na vyšší úroveň abstrakce, než ošetřovatelské cíle a jsou považovány za měřitelné nebo hodnotitelné v celém časovém období. (29). Hodnocení výsledků ověřuje a sestrám poskytuje informace, jakým způsobem pacienti reagují na

poskytované ošetřovatelské intervence a zároveň pomáhají určit, zda jsou potřeba zavést změny v plánu péče o pacienta. Z toho vyplývá, že dochází i k rozšíření znalostní základny v ošetřovatelství (2, 25).

Kvalitní péče o pacienta vyžaduje spolupráci všech poskytovatelů zdravotní péče a je měřena na úrovni organizace za použití výsledků, které odrážejí interdisciplinární přístup k péči o pacienta. Přidání výsledků pacientů citlivých k ošetřovatelství, souvisejících se zdravím a spokojeností, bude představovat příspěvek k datům, která organizace používá k hodnocení kvality zdravotní péče. Navíc jsou zapotřebí znalosti dílčích výsledků, které mohou být ovlivňovány především jedním oborem, aby mohly být identifikovány a měněny struktury a procesy, které brání v dosahování kvalitní péče o pacienty. Například funkčnímu zdravotnímu stavu mohou bránit proleženiny nebo neadekvátní znalosti pacienta – dílčí výsledky, zajímají především sestry a v případě, že nebudou k dispozici pro analýzu výsledků, nebudou měřeny a ani dokumentovány právě sestrami. Potřeba informací o výsledcích pacientů ovlivněných ošetřovatelskou péčí se zvýšila s postupnou restrukturalizací organizací za účelem dosahování větší účinnosti a s rostoucími starostmi o náklady na zdravotní péči, kvalitu zdravotní péči a bezpečnost pacientů. Bez těchto dat mají organizace jen málo informací o tom, na čem by měly zakládat rozhodnutí o úpravě složení personálu, určování nákladové účinnosti různých strukturálních nebo procesních změn v systému poskytování ošetřovatelské péče nebo poskytování informací o kvalitě ošetřovatelské péče v dané organizaci (25).

Výzkumní pracovníci v oblasti ošetřovatelství začínají jen pomalu využívat velké datové soubory při hledání odpovědí na otázky ohledně kvality ošetřovatelství a jen málokteří z nich analyzují za použití velkých datových souborů účinnost ošetřovatelských zákroků. Avšak analýzy velkých datových souborů jsou velice důležité proto, aby výzkum kvality a účinnosti ošetřovatelství mohl objevovat drobné účinky na výsledky, zkoumat změny ve výsledcích v čase a izolovat přínos ošetřovatelství od ostatních vlivů na výsledky. Většina studií velkých datových souborů se dosud soustřeďovala na ošetřovatelský personál a výsledky na úrovni organizace, a to kvůli dostupnosti některých velkých datových souborů popisujících strukturu ošetřovatelství v organizacích, například složení personálu, demografii ošetřovatelského personálu

a charakteristiky vztahů mezi pravomocemi. Studie ošetřovatelského procesu a výsledků jsou vzácné, protože ošetřovatelský proces se často obtížně měří a data obvykle nebývají organizacemi shromažďována a ukládána v datových zdrojích. Na individuální úrovni analýzy datové soubory do značné míry neexistují, protože data o ošetřovatelském procesu často nejsou přímo propojena s konkrétními výsledky u jednotlivých pacientů. Studií zkoumajících vazbu mezi ošetřovatelskou strukturou, procesem a výsledky organizace je málo, ale jejich počet pomalu narůstá (25).

1.5.4 Aliance 3N

V roce 1997 se uskutečnil první pracovní meating týmů NANDA-I, NIC a NOC (26). Po vydání taxonomie II NANDA-I začala vyjednávat o spolupráci s Centrem pro ošetřovatelskou klasifikaci a klinickou efektivnost Univerzity Iowa. Záměrem spojenectví bylo vytvoření společné taxonomické struktury. Cílem této struktury je zvýraznit vztahy mezi třemi klasifikacemi-ošetřovatelskými diagnózami, ošetřovatelskými intervencemi a ošetřovatelskými výsledky a vytvořit spojení mezi těmito třemi strukturami (20). Spojením těchto mezinárodních organizací vznikla Aliance NNN (také Aliance 3N) oficiálně byla založena v roce 2001. Tři N je odvozeno z prvních písmen organizací- NANDA, NIC, NOC (41). Zástupci organizací navrhli, že se sejdou na uvítací konferenci. Třídenní kongres se konal v srpnu 2001 ve městě Utica, státě Illinois. Přítomno bylo 24 expertů na vývoj a testování standardizovaného ošetřovatelského jazyka. Vzniklo významné spojení pro mezinárodní vývoj ošetřovatelského unifikovaného jazyka (20).

1.6 Ošetřovatelská dokumentace

V červenci 2001 nabyl účinnost zákon č. 260/2001 Sb, Uvádí povinnost zdravotnického zařízení vést zdravotnickou dokumentaci a její součástí je ošetřovatelská část (39, 69). V současné době je ošetřovatelská dokumentace automatickou součástí práce sester a představuje nezbytný nástroj ošetřujícího týmu v praxi (62).

Ošetřovatelská dokumentace slouží k zajištění kontinuity poskytované

ošetřovatelské péče a umožňuje předávání písemných informací mezi kolegy (55, 10). Pro zdravotníky slouží jako doklad, že ošetřovatelská péče byla poskytována dle ordinace, a také i z druhého pohledu, že byla poskytována správně vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta. V neposlední řadě také slouží jako podkladový materiál pro vědu a výzkumné účely (55).

Ošetřovatelská dokumentace a její použití musí splňovat nutná níže uvedená kritéria: pravdivost, uvedený datum a čas, přítomný podpis a razítko, čitelnost, srozumitelnost a psaná v českém jazyce, věcná a pravidelně vyplňovaná, bez zbytečných zkratek. Dále by měla ošetřovatelská dokumentace obsahovat základní části, které monitorují ošetřovatelskou péči. Mezi tyto části patří: ošetřovatelská anamnéza, záznam vývoje o stavu nemocného, ošetřovatelský plán, překladová zpráva, propouštěcí zpráva, péče o dekubity, záznam bolesti apod. Je důležité, že každá jednotlivá složka musí být identifikovatelná. Na každé jednotlivé složce je důležité, aby byly zaznamenány identifikační údaje nemocného a název zdravotnického zařízení. Ošetřovatelská dokumentace je nepochybně ochraňujícím prostředkem v případě právních sporů. Mohou být vyžádány všechny složky dokumentace, proto je nezbytné, aby byly vždy pečlivě a kontinuálně vyplňovány. Veškeré zápisy, které se učiní do ošetřovatelské dokumentace mohou být později velmi podrobně analyzovány. Soudy k vedení zdravotní administrativy zaujímají jasný postoj, pokud není údaj zaznamenaný, tak nebyl ani provedený. Princip důvěrnosti o údajích nemocného z dokumentace jsou velmi přísně diskrétní (62).

1.6.1 Elektronické informační systémy

Růst elektronických informačních systémů v ošetřovatelství vyvolává naléhavou potřebu standardizovaného jazyka pro ošetřovatelství, a to včetně výsledků pacientů ovlivňovaných ošetřovatelskou péčí. Informační systémy v ošetřovatelství v sobě skrývají potenciál pro zlepšování výkonnosti ošetřovatelství a to zvyšování ošetřovatelských znalostí a poskytování dat a informací potřebných k tomu, aby se ošetřovatelství mohlo účastnit formulování zdravotnické politiky. Realizace potenciálu těchto informačních systémů ovšem vyžaduje, aby dosud neviditelná data

o ošetřovatelství byla proměněna ve viditelná, produktivní data, která budou standardizována a mohou být shrnována a používána při hledání odpovědí na naléhavé otázky, s nimiž je ošetřovatelská profese konfrontována. Bohužel bylo zpočátku věnováno jen malé úsilí standardizaci ošetřovatelských dat v klinických informačních systémech (25).

Lékaři, zdravotnické organizace a tvůrci politiky vybírají a analyzují data z celostátních datových souborů a srovnávají účinnost a náklady na péči podle poskytovatelů a zeměpisných oblastí. Výsledky těchto analýz stále častěji tvoří základnu rozhodování institucionální, regulační a úhradové politiky. Avšak většina těchto datových souborů obsahuje jen málo informací, které by odrážely ošetřovatelskou praxi, takže dat svědčící o účinnosti ošetřovatelské praxe a jejích přínosech k výsledkům pacientů je nedostatek. Absence ošetřovatelských dat je důsledkem dominance lékařů ve zdravotní péči a neschopnosti ošetřovatelské profese shodnout se na souboru jasně definovaných, platných, spolehlivých a standardizovaných prvků ošetřovatelských dat, které by mohly být začleněny do celostátních datových souborů. Vytvoření souboru standardizovaných prvků ošetřovatelských dat by umožnilo, aby byla data nashromážděná na úrovni jednotlivých pacientů kódována a začleňována do celostátních datových souborů. Elektronické klinické záznamy umožňují zadávání dat v okamžiku poskytování služby. Když budou ošetřovatelské terminologie začleňovány do elektronických zdravotních záznamů po celé zemi, budou data dostupná i pro výzkum účinnosti ošetřovatelství a studie kvality (25).

2. CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, zda jsou na zkoumaných standardních odděleních používány klasifikační systémy.
2. Zmapovat aspekty ovlivňující zavedení klasifikačních systémů na standardních odděleních v Jihočeském kraji.
3. Zpracovat návrhy /dokumentace/ a řešení implementace klasifikačních systémů do praxe na standardních odděleních, které odpovídají všem požadavkům.
4. Ověřit uplatnění klasifikačních systémů na standardních odděleních.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky ve vztahu k cíli 2

1. Ovlivňuje časová náročnost zavedení dokumentace s klasifikačními systémy na standardních odděleních?
2. Omezuje finanční náročnost zavedení dokumentace s klasifikačními systémy na standardních odděleních?
2. Ovlivňuje nedostatek personálu zavedení dokumentace s klasifikačními systémy na standardních odděleních.

2.3 Hypotézy

Hypotéza ve vztahu k cíli 1

H1: V praxi na standardních odděleních jsou využívány klasifikační systémy.

Hypotéza ve vztahu k cíli 2

H2: Sestry na základě znalostí využívají klasifikační systémy v praxi na standardních odděleních.

H3: Vysokoškolsky vzdělané sestry uvádí obecně větší znalost o klasifikačních systémech, než sestry se středoškolským a s postgraduálním vzděláním.

Hypotéza vztahu k cíli 4

H4: Systém poskytování ošetřovatelské péče je vhodný pro používání ošetřovatelské dokumentace s propojenými klasifikačními systémy.

2.4 Využití v praxi

Přínos do praxe vztahující se k cíli 3

Přínosem diplomové práce do ošetřovatelské praxe pro klinická pracoviště bude vytvoření základního modulu ošetřovatelských diagnóz NANDA-I s propojenými klasifikacemi NANDA, NIC a NOC (dále jen NNN), které budou využity v ošetřovatelské dokumentaci, grantového projektu GAJU JU 079/2010/, pro nemocnice z Jihočeského kraje (50). Společně k modulu diagnóz bude připojen i manuál pro ošetřovatelský tým, kde bude vysvětleno, jak s klasifikacemi pracovat. Prostřednictvím odborného kongresu a článku bude ošetřovatelská odborná veřejnost informována o problematice standardizované ošetřovatelské diagnostiky.

3. METODIKA

3.1 Metodika a technika výzkumu

Empirická část této práce byla zpracována formou kvalitativně – kvantitativní metodikou. Pro kvalitativní šetření byly využity techniky obsahové analýzy dat a polostrukturovaný rozhovor. Kvantitativní šetření bylo provedeno formou dotazníků. Sběr kvalitativně-kvantitativních dat probíhal etapově v období od měsíce června do prosince 2010. Výzkum byl realizován na vybraných standardních odděleních ve spolupráci s Jihočeskými pracovišti: Nemocnice České Budějovice a.s., Nemocnice Český Krumlov a.s., Nemocnice Jindřichův Hradec a.s., Nemocnice Prachatice a.s., Nemocnice Strakonice a.s., Nemocnice Tábor a.s., Nemocnice Písek a.s. Stěžejním cílem a smyslem metodiky bylo zmapovat stav ošetřovatelské diagnostiky jednotlivých zkoumaných nemocnic v Jihočeském kraji. Na základě získaných dat vytvořit, co nejideálnější základní modul ošetřovatelské diagnostiky dle NANDA-I s použitím NIC a NOC klasifikace, která bude respektovat specifika standardních oddělení. Empirická část této diplomové práce navazuje na výzkumný grant realizovaný katedrou Ošetřovatelství ZSF JU, GAJU *JU* 079/2010/S s názvem: Použití koncepčního modelu a klasifikačních systémů v ošetřovatelské dokumentaci.

V první fázi výzkumného šetření byla provedena kvalitativní obsahová analýza dat, jejím primárním předmětem byla ošetřovatelská dokumentace ze všech jednotlivých nemocnic. Dokumentace byla vybrána z chirurgických a interních standardních oddělení. Výchozím předmětem zkoumání z dokumentace byla specializovaná oblast ošetřovatelské diagnostiky. Z této diagnosticko-ošetřovatelské části bylo zkoumáno využití a typ sesterských diagnóz, intervencí, cílů, výsledků a hodnocení na jednotlivých pracovištích. Standardizované ověřované oblasti byly vyznačeny jako položky *standardizovaná klasifikace NANDA-I taxonomie II, standardizovaná klasifikace ošetřovatelské intervence, standardizovaná klasifikace ošetřovatelských výsledků.* Nestandardizované zkoumané ošetřovatelské diagnosticko-intervenční položky byly označeny jako *nestandardizovaná ošetřovatelská diagnóza, nestandardizované intervence, nestandardizované cíle, nestandardizované hodnocení*

ošetřovatelské péče, jež byly vytvořeny na podkladě odborné literatury, odborných zkušeností a znalostí. Na základě výsledků byly vytvořeny tabulky, které vyjadřují využití diagnosticko-klasifikačních postupů v klinické ošetřovatelské praxi. Následně jsou výsledky k tabulce interpretovány.

Zde jsou uvedeny vysvětlivky k daným zkratkám, jež jsou využity v tabulkách: ***znaménko*** **+** vyjadřuje **využití** v ošetřovatelské dokumentaci. ***Znaménko*** **-** znázorňuje **nevyužití** v ošetřovatelské dokumentaci. Písmeno ***(n)*** znázorňuje vysvětlivku pro nemocnice. Písmeny ***A, B, C, D, E, F, G*** jsou zastoupeny jednotlivé nemocnice. Dále podle četnosti diagnóz byl sestaven, dle kritéria shody 3 a více diagnóz, základní modul ošetřovatelských diagnóz, dle NANDA-I s implementací klasifikací NIC a NOC. Základní modul ošetřovatelské diagnostiky (viz Příloha 3 a CD) se skládá z 21 diagnóz, dle NANDA-I z nejnovější publikace *Ošetřovatelské diagnózy, definice a klasifkace 2009-2011* (2010). Ošetřovatelské cíle jsou k volnému doplnění, avšak doporučujeme, aby cíle stanovoval ošetřovatelský personál v menším počtu a především, aby byly reálné. Ošetřovatelské intervence k jednotlivým oš. dg. byly přeloženy z americké publikace *Nursing Interventions Classification* (2008). Ošetřovatelské intervence byly následně upravovány z amerického systému ošetřovatelství a byly přizpůsobeny poměrům českého ošetřovatelství, podle nových kompetencí, dle vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (67). Hodnocení výsledků péče k jednotlivým oš. dg. byly přeloženy z americké publikace z *Nursing Outcomes Classification* (2008), kde jsou využity singulární indikátory, vztahující se k efektu zdravotní péče u nemocného. U některých oš. dg. bylo využito více indikátorů, které vystihují možný vývoj stavu nemocného. Následně byl tento základní modul ošetřovatelské diagnostiky testován, zda je využitelný v praxi, v rámci nově vytvořené ošetřovatelské dokumentace grantového projektu GAJU JU 079/2010/S. Obsahová analýza dat se vztahuje k cíli 1, 3, 4 a byla zpracována v programech Microsoft Office Word a Excel. Hloubkový rozbor dat probíhal od června do srpna 2010.

V další fázi kvalitativního šetření vztahující se k cíli 1 a 2, kooperující s výzkumnými otázkami 1 a 2, jsme realizovali polostrukturované rozhovory, které byly

uskutečňovány po důkladné obsahové analýze dokumentace. Rozhovory poskytly rozšiřující podnětné informace o vývoji, současném stavu ošetřovatelské dokumentace a ošetřovatelské diagnostiky v nemocnicích Jihočeského kraje. Pro rozhovor bylo vybráno 7 respondentek, které pracují jako Top manažeři v ošetřovatelství. Základní struktura rozhovorů se skládala z otázek (viz. Příloha 1), které se zaměřovaly na používání a tvorbu dokumentace, spokojenost s dokumentací, využití klasifikačních systémů v praxi a aspekty, které ovlivňují implementaci klasifikačních systémů do praxe, revize oš. dokumentace a jednotnost oš. dokumentace. Podle tématu a vývoje rozhovoru byly některé otázky rozšířeny o tzv. doplňující otázky, a tak vznikla i nová témata, která zpestřila rozhovor o nové obzory dané problematiky. Rozhovory byly nahrávány se souhlasem respondentů na diktafon a následně z nich byly zpracovány přepisy. Na základě přepisů byla provedena analýza rozhovorů a bylo sestaveno 9 kategorií (viz. Seznam myšlenkových map). Z kategorizačních skupin byly vytvořeny myšlenkové mapy, které byly interpretovány podle přímých citací respondentek. Myšlenkové mapy byly vytvořeny za pomocí programu XMind. Tato fáze šetření probíhala od října do listopadu 2010. Rozhovory byly anonymní a se všemi získanými informacemi jsme nakládali dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Kvantitativní část probíhala formou anonymních dotazníků (viz. Příloha 2), které byly určeny pro všeobecné sestry na standardních odděleních v oborech chirurgie a interního lékařství. Dotazníkové šetření se vztahuje k cíli 1, 2 a 4 a kooperuje s hypotézami 1 – 3, obsahuje 59 položek. Dotazník byl rozdělen na 6 oblastí, první část je zaměřena na kontaktní údaje respondenta, druhá část je směrována na práci a spokojenost s ošetřovatelskou dokumentací, třetí část je orientována na využití ošetřovatelských klasifikačních systémů a ošetřovatelských diagnóz v dokumentaci, čtvrtá část je směrována na znalosti a názory sester v oblasti využití ošetřovatelských diagnosticko-klasifikačních systémů v praxi, pátá část je zaměřena na informovanost a využití multikulturního ošetřovatelství v praxi, šestá část je orientována na znalosti a využívání ošetřovatelských koncepčních modelů v praxi. Empirická část této diplomové práce se zabývala daty z 1. – 4. oblasti dotazníkového šetření. Jednotlivé druhy otázek v dotazníku měly charakter uzavřených, polozavřených, filtračních,

kontrolních otázek a jedna z nich byla otevřená. Dotazníky byly předány po telefonické a e-mailové domluvě hlavním sestrám, jež je poté distribuovaly na jednotlivá oddělení. Pro zvýšení návratnosti dotazníku jsme využívali metodu *„follow-up“*, kdy jsme po 7-denním časovém odstupu kontaktovali hlavní sestry a informovali se na návratnost dotazníků (4, 5). S kvantitativními daty jsme pracovali pomocí frekvenčních tabulek, kde jsme především využívali hodnoty absolutní četnosti a relativní četnost validní. Ke zpracování dat, které se vztahovaly k hypotéze 3 , jsme se rozhodli použít statistickou metodu test shody Chí kvadrát (dále jen χ^2), který se zabývá ověřováním shody rozdělení, která v našem případě měla zaměření na testované oblasti ve vztahu ke vzdělání (4, 5). Kvantitativní data byla zpracována statistickou formou a byl použit program Statistická analýza sociálních dat (SASD) verze 1.4.4 a Microsoft Office Excel. Dotazníkové šetření probíhalo v prosinci 2010.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor z kvalitativního šetření byl tvořen 7 respondentkami, které vykonávají funkci hlavních sester Jihočeských nemocnic. Respondentky byly záměrně vybrány pro svoje profesionální zkušenosti a dlouhodobou pozici ve vrcholovém „Top managamentu“. Věkové rozpětí respondentek je od 45 – 65 let. Pět žen dosáhlo vysokoškolského vzdělání v ošetřovatelství a dvě ženy mají středoškolské odborné vzdělání, z toho jedna respondentka v současné době studuje vysokoškolské bakalářské vzdělání. Všechny respondentky se rády podělily, i přes svoji časovou vytíženost, o své cenné a bohaté zkušenosti z hlediska manažerského, ale i z pohledu znalých praktických sester, jenž pracovaly léta u lůžka. Jedná se o ženy, které jsou zkušené znalkyně a pohybují se ve zdravotnické praxi přibližně 30 let.

Výzkumný soubor z kvantitativního šetření byl tvořený sestrami z praxe, které pracují ve tří-směnném provozu na standardních oddělení. Celkem bylo distribuováno 750 dotazníků. Z celkového počtu 750 dotazníku bylo vráceno celkem 565 dotazníků. Z celkového počtu 565 dotazníku jsme využili, pro naši empirickou část, 381 dotazníků ze standardních oddělení. Výsledný soubor respondentů pro naše šetření tvořilo celkem 381 všeobecných sester. Konečná návratnost dotazníků činila 75% .

3.3 Příprava a průběh rozhovorů

Příprava a především vedení kvalitativního rozhovoru patří mezi náročnější úkoly ve výzkumu. Dále pak samotné řízení rozhovoru vyžaduje koncentraci, citlivost a umění reagovat v pravý čas a správnými slovy (18). Než jsme kontaktovali naše respondentky, zhodnotili jsme obsah otázek, jejich pořadí, návaznost a především časovou náročnost, kterou si respondent musel vyhradit na rozhovor. Základní koncept otázek se skládal z 12 otázek. První kontakt jsme navázali telefonicky, kdy jsme podrobně vysvětlili téma a záměr rozhovoru. Dále pak následovala především elektronická komunikace, kdy jsme se společně domluvily na termínu, místu a času schůzky. Zhruba dva dny před uskutečněním rozhovoru jsme poslali základní koncept otázek proto, aby si respondentka utříbila myšlenky o dané problematice a měla možnost se připravit na rozhovor. Pro nás spočívala samotná příprava na rozhovor ve studiu odborné literatury dané problematiky ošetřovatelské dokumentace a ošetřovatelské diagnostiky. Rozhovory probíhaly u respondentek v klidných kancelářích, kde se cítily dobře a uvolněně. Začátek rozhovoru jsme začínali otázkami, které se zaměřovali na respondenta a jeho vývoj v kariéře, až poté jsme přešli na sondáž a prohlubovali jsme rozhovor v dané problematice ošetřovatelské dokumentace a ošetřovatelské diagnostiky. Respondentky byly obeznámeny, že k rozhovoru bude využit diktafon, který zpočátku zvyšoval nervozitu respondentek. Za několik minut si na jeho přítomnost ve většině případů zvykly a odpovídaly rozsáhle a zaujatě. Velké pozitivum, které jsme zpozorovali v průběhu rozhovorů bylo to, že většina respondentek je ve své funkci mnoho let, tak že u vývoje ošetřovatelství ve svých nemocnicích byly přítomné v mnoha fázích rozvoje až po současnost. Respondentky odpovídaly svědomitě a příliš se neodchylovaly od okruhů otázek. Některé údaje byly tak zajímavé, že rozhovor rozšířily o nové návaznosti, které nám nebyly známé. A pomohli nám v dalších rozhovorech o detailnějším pochopení především samotného vývoje, v rámci sesterské dokumentace a diagnostiky v ošetřovatelství. Respondentky měly možnost korekce rozhovoru. Této možnosti využily pouze 2 respondentky z celkového počtu 7.

4. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

4.1 Obsahová analýza dokumentu

Tabulka 1 Údaje k oš. diagnóze

ÚDAJE K OŠ. DIAGNÓZE	NEMOCNICE (n)						
	nA	**nB**	**nC**	**nD**	**nE**	**nF**	**nG**
Identifikační údaje pacienta	+	+	+	+	+	+	-
Datum stanovení /podpis + razítko	+	+	+	+	+	+	-
Datum ukončení/podpis + razítko	+	-	-	-	-	-	-

Tabulka 1 znázorňuje *využití základních a identifikačních údajů u sesterské diagnózy* v ošetřovatelské dokumentaci. Kategorie *identifikační údaje pacienta* byly vyznačeny formou štítku v záhlaví ošetřovatelské dokumentace a tento údaj měly obsaženy nemocnice A, B, C, D, E, F. Nemocnice G neobsahovala identifikační údaje pacienta. Je patrné, že u kategorie *datum stanovení diagnózy s podpisem a razítkem* zodpovídající sestry, měly tento údaj uvedeny nemocnice A, B, C, D, E, F. Nemocnice G neobsahovala datum stanovení diagnózy s podpisem a razítkem zodpovídající sestry. U kategorie *datum ukončení diagnózy s podpisem a razítkem* zodpovídající sestry, vyplývá, že tuto položku obsahovala nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G nezahrnovaly v diagnostickém archu, datum ukončení s podpisem a razítkem zodpovědné sestry za uzavření diagnózy.

Tabulka 2 Oš. dg: Akutní bolest (kód 00132)

BOLEST AKUTNÍ	NEMOCNICE (n)						
	nA	**nB**	**nC**	**nD**	**nE**	**nF**	**nG**
Standardizovaná klasifikace NANDA-I. Taxonomie II	+	-	-	-	-	-	-
Nestandardizovaná ošetřovatelská diagnóza	-	+	+	+	+	+	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelské intervence	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské intervence	+	+	+	+	+	+	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelských výsledků	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské cíle	+	+	+	+	+	+	-
Nestandardizované hodnocení ošetřovatelské péče	+	-	-	-	-	-	-

Tabulka 2 prezentuje využití oš. diagnostického managementu u sesterské diagnózy *akutní bolest,* dle NANDA-I. U kategorie ***standardizované klasifikace NANDA-I taxonomie II*** vyplývá, že v praxi oš. dg. akutní bolest dle NANDA-I využívala pouze nemocnice A, což také vyjadřuje, že neaplikuje v praxi nestandardizovanou formu diagnózy. Z této kategorie je zřetelné, že diagnózu akutní bolest, dle standardizované klasifikaci NANDA-I, ostatní nemocnice B, C, D, E, F, G neaplikovaly v praxi. Kategorie ***nestandardizovaná oš. diagnóza*** vyjadřuje, že nestrukturovanou formu akutní bolesti využívaly nemocnice B, C, D, E, F. Nemocnice A nevyužívala nestandardizovanou formu oš. dg. Nemocnice G nestandardizovanou oš. diagnózu neuplatňovala v praxi. U kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. intervencí*** můžeme spatřit, že tuto klasifikaci, k oš. dg. akutní bolesti, nevyužívala v praxi žádná nemocnice. Kategorii ***nestandardizované oš. intervence*** vztahující se k akutní bolesti, uplatňovaly v praxi nemocnice A, B, C, D, E, F. Nemocnice G neaplikovala, nestandardizované oš. intervence k oš. dg. akutní bolesti, do praxe. U kategorie ***standardizované klasifikace oš. výsledků*** vyplývá, že tento klasifikační systém k oš. dg. akutní bolesti nevyužívala v praxi žádná ze zkoumaných nemocnic. Kategorii ***nestandardizované oš. cíle*** zaměřené na akutní bolest aplikovala v praxi nemocnice A, B, C, D, E, F. Nemocnice G neaplikovala do praxe nestandardizované oš. cíle k oš. dg. akutní bolesti. Kategorii ***nestandardizované hodnocení oš. péče*** k oš. dg. akutní bolest využívala v praxi nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G neměly přítomné nestandardizované hodnocení ošetřovatelské péče u oš. dg. akutní bolest v diagnostickém archu.

Tabulka 3 Oš. dg:Chronická bolest (kód 00133)

CHRONICKÁ BOLEST	NEMOCNICE (n)						
	nA	**nB**	**nC**	**nD**	**nE**	**nF**	**nG**
Standardizovaná klasifikace NANDA-I. Taxonomie II	+	-	-	-	-	-	-
Nestandardizovaná ošetřovatelská diagnóza	-	+	+	+	+	+	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelské intervence	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské intervence	+	+	+	+	+	+	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelských výsledků	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské cíle	+	+	+	+	+	+	-
Nestandardizované hodnocení ošetřovatelské péče	+	-	-	-	-	-	-

Tabulka 3 znázorňuje využití oš. diagnostického managementu u oš. dg. *chronická bolest,* dle NANDA-I. U kategorie ***standardizované klasifikace NANDA-I taxonomie II*** vztahující se k oš. dg. chronická bolest, jasně vyplývá, že tento diagnostický systém v praxi uplatňovala nemocnice A. Což také vyjadřuje, že nemocnice A neaplikuje v praxi nestandardizovanou formu dg. Ostatní nemocnice B, C, D, E, F, G standardizovanou klasifikaci nevyužívaly, u oš. dg. chronické bolesti, dle NANDA-I v praxi. Z kategorie ***nestandardizované oš. diagnózy*** je zřetelné, že v praxi využívaly nestrukturovanou formu oš. dg. chronické bolesti nemocnice B, C, D, E, F. Nemocnice A nepoužívala nestandardizovanou formu oš. dg. chronická bolest. Nemocnice G neaplikovala nestandardizovanou oš. diagnózu chronická bolest do praxe, z čehož vyplývá, že nevyužívala další kroky v diagnostickém posouzení. Z kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. intervencí*** je zřejmé, že žádná ze zkoumaných nemocnic neaplikovala tento oš. systém u oš. dg. chronická bolest do praxe. Z kategorie ***nestandardizované oš. intervence*** vyplývá, že u oš. dg. chronická bolest využívaly nestandardizované intervence nemocnice A, B, C, D, E, F v praxi. Nemocnice G neaplikovala u oš. dg. chronická bolest nestandardizované oš. intervencí do praxe. Z kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. výsledků*** plyne, že žádná ze zkoumaných nemocnic u oš. dg. chronická bolest nevyužívala klasifikaci výsledků v praxi. U *kategorie* ***nestandardizované oš. cíle*** je patrné, že u oš. dg. byly využity nemocnicemi A, B, C, D, E, F. Nemocnice G neaplikovala do praxe u oš. dg. chronická bolest, nestandardizované

oš. cíle. Z kategorie ***nestandardizované hodnocení oš. péče*** vyplývá, že hodnocení péče realizovala nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G nepoužívaly nestandardizované hodnocení oš. péče.

Tabulka 4 Oš. dg.: Neefektivní dýchání (kód 00032)

NEEFEKTIVNÍ DÝCHÁNÍ	NEMOCNICE (n)						
	nA	**nB**	**nC**	**nD**	**nE**	**nF**	**nG**
Standardizovaná klasifikace NANDA-I. Taxonomie II	+	-	-	-	-	-	-
Nestandardizovaná ošetřovatelská diagnóza	-	+	+	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelské intervence	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské intervence	+	+	+	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelských výsledků	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské cíle	+	+	+	+	+	-	-
Nestandardizované hodnocení ošetřovatelské péče	+	-	-	-	-	-	-

Tabulka 4 vyjadřuje aplikaci oš. diagnostického managementu u **sesterské diagnózy *neefektivní dýchání***, dle NANDA-I. Z kategorie ***standardizovaná klasifikace NANDA-I taxonomie II*** je zřejmé, že oš. dg. neefektivní dýchání dle NANDA-I v praxi využívala nemocnice A. Z čehož vyplývá, že nemocnice A nepracovala s nestandardizovanou formou oš. dg. neefektivní dýchání. Nemocnice B, C, D, E, F, G nepoužívaly standardizovanou klasifikaci NANDA-I v praxi. Z kategorie ***nestandardizované oš. diagnózy*** je zřejmé, že v praxi u oš. dg. neefektivního dýchání využívaly nestandardizovanou formu nemocnice B, C, D, E. Nemocnice A nepoužívala nestandardizovanou formu diagnózy neefektivního dýchání. Nemocnice F, G nestandardizovanou oš dg. neefektivní dýchání neaplikovaly do praxe, z čehož plyne, že nevyužívaly další kroky v diagnostickém posouzení. Z výsledků vyplývá, že kategorii ***standardizovanou klasifikaci oš. intervencí*** v praxi nevyužívala žádná ze zkoumaných nemocnic v praxi. U kategorie ***nestandardizované oš. intervence*** je zřetelné, že k oš. dg. neefektivního dýchání využívaly nestandardizované intervence nemocnice A, B, C, D, E. Nemocnice F, G neaplikovaly nestandardizované oš. intervence k oš. dg. neefektivní dýchání do praxe. Z kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. výsledků***

vyplývá, že u oš. dg. neefektivní dýchání nevyužívala žádná z nemocnic v praxi. Kategorii ***nestandardizované oš. cíle*** k oš. dg. neefektivní dýchání používaly v praxi nemocnice A, B, C, D, E. Nemocnice F, G nevyužívaly v praxi k oš. dg. neefektivní dýchání nestandardizované oš. cíle. Kategorie ***hodnocení oš. péče*** realizovala nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G nevyužívaly k oš. dg. neefektivní dýchání nestandardizované hodnocení oš. péče.

Tabulka 5 Oš. dg.: Snížený srdeční výdej (kód 00029)

SNÍŽENÝ SRDEČNÍ VÝDEJ	NEMOCNICE (n)						
	nA	**nB**	**nC**	**nD**	**nE**	**nF**	**nG**
Standardizovaná klasifikace NANDA-I. Taxonomie II	+	-	-	-	-	-	-
Nestandardizovaná ošetřovatelská diagnóza	-	+	-	-	+	+	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelské intervence	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské intervence	+	+	-	-	+	+	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelských výsledků	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské cíle	+	+	-	-	+	+	-
Nestandardizované hodnocení ošetřovatelské péče	+	-	-	-	-	-	-

Tabulka 5 prezentuje využití oš. diagnostického managementu u **sesterské diagnózy *snížený srdeční výdej***, dle NANDA-I. Kategorii ***standardizovanou klasifikaci NANDA-I taxonomie II*** využívala u oš. dg. snížený srdeční výdej v praxi nemocnice A, z čehož zároveň plyne, že nemocnice A nepracovala s nestandardizovanou formou oš. diagnózy. Nemocnice B, C, D, E, F, G oš. dg. snížený srdeční výdej, dle NANDA-I neaplikovaly do praxe. Z kategorie ***nestandardizované oš. diagnózy*** vyplývá, že oš. dg. snížený srdeční výdej v praxi používaly nemocnice B, E, F. Nemocnice A nepoužívala nestandardizovanou formu oš. dg. snížený srdeční výdej. Nemocnice C, D, G nestandardizovanou oš. dg. snížený srdeční výdej neaplikovaly do praxe, z čehož vyplývá, že nevyužívaly další kroky v diagnostickém posouzení. U kategorie ***standardizované klasifikace oš. intervencí*** je zřejmé, že žádná ze zkoumaných nemocnic nepoužila do praxe tento oš. systém u oš. dg. snížený srdeční výdej. Kategorie ***nestandardizované oš. intervence*** vyjadřuje, že k oš. dg. snížený srdeční výdej

využívaly nestandardizované intervence v praxi nemocnice A, B, E, F. Nemocnice C, D, G neaplikovala v praxi nestandardizované ošetřovatelské intervence k oš. dg. snížený srdeční výdej. Z kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. výsledků*** je zřejmé, že žádná z nemocnic tento standardizovaný systém ke zkoumané oš. dg., nevyužívala v praxi. Kategorie ***nestandardizované oš. cíle*** využívaly k oš. dg. snížený srdeční výdej A, B, E, F. Kategorie ***hodnocení oš. péče*** k oš. dg. snížený srdeční výdej realizovala nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G nevyužívaly nestandardizované hodnocení oš. péče.

Tabulka 6 Oš. dg: Nevyvážená nedostatečná výživa (kód 00002)

NEVYVÁŽENÁ NEDOSTATEČNÁ VÝŽIVA	NEMOCNICE (n)						
	nA	**nB**	**nC**	**nD**	**nE**	**nF**	**nG**
Standardizovaná klasifikace NANDA-I. Taxonomie II	+	-	-	-	-	-	-
Nestandardizovaná ošetřovatelská diagnóza	-	+	+	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelské intervence	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské intervence	+	+	+	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelských výsledků	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské cíle	+	+	+	+	+	-	-
Nestandardizované hodnocení ošetřovatelské péče	+	-	-	-	-	-	-

Tabulka 6 popisuje využití oš. diagnostického managementu u **sesterské diagnózy *nevyvážená nedostatečná výživa***, dle NANDA-I. Kategorii ***standardizovanou klasifikaci NANDA-I taxonomie II*** k oš. dg. nevyvážená nedostatečná výživa využívala v praxi nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G nepoužívaly oš. dg. nevyváženou nedostatečnou výživu dle NANDA-I taxonomii II v praxi. Kategorie ***nestandardizovaná oš. diagnóza*** znázorňuje, že nestrukturovanou formulaci oš. dg. nevyvážená nedostatečná výživa, využívaly nemocnice B, C, D, E. Nemocnice A nepoužívala nestandardizovanou formu oš. dg. nevyvážené nedostatečné výživy. Nemocnice F, G nestandardizovanou diagnózu neaplikovaly do praxe, z čehož vyplývá, že nevyužívaly další kroky v diagnostickém posouzení. Z kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. intervencí*** je zřejmé, že klasifikační systém k ověřované oš. dg. žádná ze zkoumaných nemocnic nepoužívá v praxi. Kategorii ***nestandardizované oš. intervence*** vztahující se ke zkoumané oš. dg. využívaly nemocnice A, B, C, D, E. Nemocnice F, G

nepoužívaly nestandardizované oš. intervence k ověřované oš. dg. Z kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. výsledků*** jasně vyplývá, že k oš. dg. nevyvážená nedostatečná výživa, tento klasifikační systém nepoužívá žádná ze zkoumaných nemocnic. Kategorii ***nestandardizované oš. cíle*** ke zkoumané oš. dg. aplikovaly nemocnice A, B, C, D, E do praxe. Nemocnice F, G nepoužívaly nestandardizované oš. cíle k oš. dg. nedostatečné nadměrné výživě. Z kategorie ***nestandardizované hodnocení oš. péče*** k oš. dg. nedostatečné nadměrné výživě je zřejmé, že do praxe byla využívána nemocnicí A. Nemocnice B, C, D, E, F, G nevyužívaly nestandardizované hodnocení oš. péče u oš. dg. nedostatečné nadměrné výživě.

Tabulka 7 Oš. dg: Nevyvážená nadměrná výživa (kód 00001)

NEVYVÁŽENÁ NADMĚRNÁ VÝŽIVA	NEMOCNICE (n)						
	nA	**nB**	**nC**	**nD**	**nE**	**nF**	**nG**
Standardizovaná klasifikace NANDA-I Taxonomie II	+	-	-	-	-	-	-
Nestandardizovaná ošetřovatelská diagnóza	-	-	-	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelské intervence	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské intervence	+	-	-	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelských výsledků	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské cíle	+	-	-	+	+	-	-
Nestandardizované hodnocení ošetřovatelské péče	+	-	-	-	-	-	-

Tabulka 7 vyjadřuje využití oš. diagnostického managementu u ***sesterské diagnózy nevyvážená nadměrná výživa,*** dle NANDA-I. Z kategorie *standardizovaná* ***klasifikace NANDA-I taxonomie II*** lze vyčíst, že v praxi oš. diagnózu nevyváženou nadměrnou výživu využívala nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G diagnózu nadměrnou výživu, dle NANDA-I taxonomie II v praxi nepoužívaly. Z kategorie ***nestandardizovaná oš. diagnóza*** vyplývá, že diagnózu nadměrnou výživu v nestandardizované formě využívaly nemocnice D, E. Nemocnice A nepoužívala nestandardizovanou formu zkoumané oš. dg.. Nemocnice B, C, F, G diagnózu nevyváženou nadměrnou výživu nepoužívaly v praxi, z čehož vyplývá, že nevyužívaly další kroky v diagnostickém posouzení. Kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. intervence*** vyjadřuje, že k oš. dg. nevyvážená nadměrná výživa klasifikace intervencí

nebyla využívána v praxi žádnou ze zkoumaných nemocnic. Kategorie ***nestandardizované oš. intervence*** znázorňuje, že k ověřované oš. dg. využívaly nestandardizovanou formu intervencí nemocnice A, D, E. Nemocnice B, C, F, G nevyužívaly nestandardizované oš. intervence ke zkoumané oš. dg. Z kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. výsledků*** vyplývá, že tento klasifikační systém k oš. dg. nevyvážená nadměrná výživa nevyužívala v praxi žádná ze zkoumaných nemocnic. Kategorie ***nestandardizované oš. cíle*** využívaly k diagnóze nevyvážená nadměrná výživa nemocnice A, D, E. Nestandardizované oš. cíle k diagnóze nevyvážená nadměrná výživa nevyužívaly nemocnice B, C, F, G. Kategorie ***hodnocení oš. péče*** k oš. dg. nevyvážená nadměrná výživa využívala nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G hodnocení oš. péče k oš. dg. nevyvážená nadměrná výživa nevyužívaly v praxi.

Tabulka 8 Oš. dg: Snížený objem tekutin v organizmu (kód 00027)

SNÍŽENÝ OBJEM TEKUTIN V ORGANIZMU	NEMOCNICE (n)						
	nA	**nB**	**nC**	**nD**	**nE**	**nF**	**nG**
Standardizovaná klasifikace NANDA-I Taxonomie II	+	-	-	-	-	-	-
Nestandardizovaná ošetřovatelská diagnóza	-	+	+	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelské intervence	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské intervence	+	+	+	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelských výsledků	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské cíle	+	+	+	+	+	-	-
Nestandardizované hodnocení ošetřovatelské péče	+	-	-	-	-	-	-

Tabulka 8 znázorňuje použití oš. diagnostického managementu u sesterské diagnózy *snížený objem tekutin v organizmu*, dle NANDA-I. Kategorie ***standardizovaná klasifikace NANDA-I taxonomie II*** ukazuje, že v praxi oš. dg. snížený objem tekutin v organizmu, podle klasifikace NANDA-I, využívala v praxi nemocnice A. Dle využití klasifikace NANDA-I je zřejmé, že nemocnice A, již nevyužívala nestandardizovanou formu diagnózy. Nemocnice B, C, D, E, F, G neaplikuje oš. dg. snížený objem tekutin v organizmu, dle klasifikace NANDA-I v praxi. Kategorie ***nestandardizovaná oš. diagnóza*** vyjadřuje, že ověřovanou oš. dg. v nestandardizované formě využívala

nemocnice B, C, D, E. Nemocnice A nepoužívala formu nestandardizované oš. dg. Nemocnice F, G neaplikovaly nestandardizovanou oš. diagnózu snížený objem tekutin v organizmu v praxi, z čehož vyplývá, že nevyužívaly další kroky v diagnostickém posouzení. Z kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. intervence*** je zřejmé, že k oš. dg. snížený objem tekutin v organizmu, klasifikace intervencí nebyla využita u žádné ze zkoumané nemocnice. Kategorie ***nestandardizované oš. intervence*** vyjadřuje, že k oš. dg. snížený objem tekutin v organizmu využívaly nestandardizovanou formu intervencí nemocnice A, B, C, D, E. Nemocnice F, G nevyužívaly nestandardizovanou formu intervencí k oš. diagnóze snížený objem tekutin v organizmu. Kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. výsledků*** znázorňuje, že tento klasifikační systém k oš. dg. snížený objem tekutin v organizmu nevyužívala v praxi žádná ze zkoumaných nemocnic. Kategorii ***nestandardizované oš. cíle*** využívaly k oš. dg. snížený objem tekutin v organizmu nemocnice A, B, C, D, E. Nemocnice F, G nestandardizované oš. cíle neaplikovaly do praxe. Kategorie ***hodnocení oš. péče*** k oš. dg. snížený objem tekutin v organizmu využívala nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G hodnocení oš. péče k oš. dg. snížený objem tekutin v organizmu nepoužívaly v praxi.

Tabulka 9 Oš. dg: Zvýšený objem tekutin v organismu (kód 00026)

ZVÝŠENÝ OBJEM TĚLESNÝCH TEKUTIN V ORGANIZMU	**NEMOCNICE (n)**						
	nA	**nB**	**nC**	**nD**	**nE**	**nF**	**nG**
Standardizovaná klasifikace NANDA-I Taxonomie II	+	-	-	-	-	-	-
Nestandardizovaná ošetřovatelská diagnóza	-	+	+	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelské intervence	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské intervence	+	+	+	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelských výsledků	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské cíle	+	+	+	+	+	-	-
Nestandardizované hodnocení ošetřovatelské péče	+	-	-	-	-	-	-

Tabulka 9 prezentuje využití oš. diagnostického managementu u oš. dg. zvýšený objem tělesných tekutin v organizmu, dle NANDA-I. Z kategorie *standardizovaná klasifikace NANDA-I taxonomie II* vyplývá, že v praxi oš. dg. zvýšený objem tělesných tekutin

v organizmu, dle klasifikace NANDA-I aplikovala do praxe nemocnice A. Jako u předchozích diagnóz nemocnice A nepracovala s nestandardizovanou formou oš. diagnózy. Nemocnice B, C, D, E, F, G oš. dg. zvýšený objem tekutin v organizmu, dle NANDA-I nevyužívaly v praxi. Z kategorie *nestandardizovaná oš. diagnóza* je zřejmé, že oš. dg. zvýšený objem tělesných tekutin využívaly v nestandardizované formě nemocnice B, C, D, E. Nemocnice nevyužívala nestandardizovanou formu pro oš. dg. Nemocnice F, G nestandardizovanou oš. dg. zvýšený objem tělesných tekutin neaplikovaly do praxe, z čehož vyplývá, že nevyužívaly další kroky v diagnostickém posouzení. *Kategorie standardizovaná klasifikace oš. intervence* ukazuje, že v praxi nebyla využívána u žádné zkoumané nemocnice. Z kategorie *nestandardizované oš. intervence* plyne, že k oš. dg. zvýšený objem tělesných tekutin používaly nestandardizované intervence nemocnice A, B, C, D, E. Nemocnice F, G nevyužívaly nestandardizovanou formu oš. intervencí k oš. dg. zvýšený objem tělesných tekutin. Kategorie *standardizovaná klasifikace oš. výsledků* ukazuje, že v praxi nebyla aplikována do praxe žádnou ze zkoumaných nemocnic. Z kategorie *nestandardizované oš. cíle* vyplývá, že k oš. dg. zvýšený objem tělesných tekutin využívaly nestandardizované cíle nemocnice A, B, C, D, E. Nemocnice F, G nevyužívaly nestandardizované oš. cíle k oš. dg. zvýšený objem tělesných tekutin. Kategorie *nestandardizované hodnocení oš. péče* k oš. dg. zvýšený objem tělesných tekutin aplikovala do praxe nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G hodnocení oš. péče k oš. dg. zvýšený objem tekutin v organizmu nepoužívaly v praxi.

Tabulka 10 Oš. dg: Retence moče (kód 00023)

RETENCE MOČE	NEMOCNICE (n)						
	nA	**nB**	**nC**	**nD**	**nE**	**nF**	**nG**
Standardizovaná klasifikace NANDA-I Taxonomie II	+	-	-	-	-	-	-
Nestandardizovaná ošetřovatelská diagnóza	-	-	+	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelské intervence	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské intervence	+	-	+	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelských výsledků	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské cíle	+	-	+	+	+	-	-
Nestandardizované hodnocení ošetřovatelské péče	+	-	-	-	-	-	-

Tabulka 10 popisuje aplikaci oš. diagnostického managementu u ***oš. dg. retence moče..*** Kategorie ***standardizovaná klasifikace NANDA-I taxonomomie II*** ukazuje, že oš. dg. retenci moče, dle NANDA-I využívá nemocnice A, z čehož zároveň plyne, že nemocnice A nepracovala s nestandardizovanou formou oš. diagnózy. Nemocnice B, C, D, E, F, G neaplikuje oš. dg. retenci moče, dle NANDA-I do praxe. Kategorie ***nestandardizovaná ošetřovatelská diagnóza*** vyjadřuje, že oš. dg. retenci moče, využívaly v nestandardizované formě nemocnice C, D, E. Nemocnice A nevyužívala formu nestandardizované oš. dg. retence moči. Nemocnice B, F, G neimplementovaly oš. dg. retenci moče do praxe, z čehož plyne, že nevyužívaly další kroky v diagnostickém posouzení. Z kategorie ***standardizovaná klasifikace ošetřovatelské intervence*** vyplývá, že v praxi nebyla využívána s oš. dg. retence moči u žádné ze zkoumaných nemocnic. Kategorie ***nestandardizované ošetřovatelské intervence*** vyjadřuje, že k oš. dg. retence moči byly využívány nestandardizované intervence nemocnicemi A, C, D, E. Nemocnice B, F, G nevyužívaly nestandardizované oš. intervence k oš. dg. retence moči v praxi. Kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. výsledků*** vyjadřuje, že k oš. dg. retence moči nebyla využívána u žádné ze zkoumané nemocnice. Kategorie ***nestandardizované oš. cíle*** k oš. dg. retence moči, používaly v praxi nemocnice A, C, D, E. Nemocnice B, F, G nepoužívaly k oš. dg. retenci moči nestandardizované oš. cíle. Kategori***e nestandardizované hodnocení ošetřovatelské***

péče k oš. dg. retence moči aplikovala do praxe nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G hodnocení oš. péče k oš. dg. retence moči nevyužívaly v praxi

Tabulka 11 Oš. dg.: Funkční inkontinence moči (kód 000020)

FUNKČNÍ INKONTINECE MOČI	NEMOCNICE (n)						
	nA	**nB**	**nC**	**nD**	**nE**	**nF**	**nG**
Standardizovaná klasifikace NANDA-I Taxonomie II	+	-	-	-	-	-	-
Nestandardizovaná ošetřovatelská diagnóza	-	-	+	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelské intervence	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské intervence	+	-	+	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelských výsledků	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské cíle	+	-	+	+	+	-	-
Nestandardizované hodnocení ošetřovatelské péče	+	-	-	-	-	-	-

Tabulka 11 vyjadřuje aplikaci oš. diagnostického managementu u **sesterské diagnózy *funkční inkontinence moči***, dle NANDA-I. Kategorie ***standardizovaná klasifikace NANDA-I taxonomie II*** nám ukazuje, že oš. dg. funkční inkontinence moči, dle NANDA-I využívala v praxi nemocnice A. Jako u předchozích oš. dg, vyplývá fakt, že nemocnice A nepracovala s nestandardizovanou formou zkoumané diagnózy. Nemocnice B, C, D, E, F, G nevyužívaly standardizovanou klasifikaci NANDA-I u oš. dg. funkční inkontinenci moči v praxi. Výsledky z kategorie ***nestandardizované oš. diagnózy*** znázorňují, že nestandardizovanou formu zkoumané oš. dg., aplikovaly v praxi nemocnice C, D, E. Nemocnice A nevyužívala nestandardizovanou formu zkoumané diagnózy. Nemocnice B, F, G neaplikovaly oš. dg. do praxe. Kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. intervence*** zřetelně ukazuje, že u zkoumané diagnózy žádná z nemocnic nevyužívala klasifikací intervencí v praxi. Z kategorie ***nestandardizované oš. intervence*** vyplývá, že k oš. dg. funkční inkontinenci moči, využívaly nestandardizované intervence nemocnice A, C, D, E. Nemocnice B, F, G neaplikovaly nestandardizované oš. intervence ke zkoumané dg. Kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. výsledků*** vyjadřuje, že u ověřované oš. dg. klasifikaci výsledků nevyužívala žádná z nemocnic v praxi. Kategorie ***nestandardizované oš. cíle*** k oš. dg. funkční inkontinence moči používaly v praxi nemocnice A, C, D, E.

Nemocnice B, F, G nestandardizované oš. cíle neaplikovaly do praxe u zkoumané dg. Kategorie ***hodnocení oš. péče*** realizovala nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G nevyužívaly u oš. dg. funkční inkontinence moči nestandardizované hodnocení oš. péče.

Tabulka 12 Oš. dg: Porucha vyprazdňování stolice - zácpa (kód 00011)

PORUCHA VYPRAZDŇOVÁNÍ STOLICE - ZÁCPA	**NEMOCNICE (n)**						
	nA	**nB**	**nC**	**nD**	**nE**	**nF**	**nG**
Standardizovaná klasifikace NANDA-I. Taxonomie II	+	-	-	-	-	-	-
Nestandardizovaná ošetřovatelská diagnóza	-	+	+	+	+	+	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelské intervence	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské intervence	+	+	+	+	+	+	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelských výsledků	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské cíle	+	+	+	+	+	+	-
Nestandardizované hodnocení ošetřovatelské péče	+	-	-	-	-	-	-

Tabulka 12 prezentuje využití oš. diagnostického managementu u sesterské diagnózy ***porucha vyprazdňování stolice - zácpa***, dle NANDA-I. Z výsledků kategorie ***standardizované klasifikace NANDA-I taxonomie II*** nám vyplývá, že oš. dg. porucha vyprazdňování stolice, dle NANDA-I využívala nemocnice A. Z čehož zároveň vychází fakt, že nemocnice A nepracovala s nestandardizovanou formou zkoumané oš. dg. Nemocnice B, C, D, E, F, G neaplikovaly klasifikaci NANDA-I u zkoumané oš. dg. do praxe. Kategorie ***nestandardizované oš. diagnózy*** vyjadřuje, že nestandardizovanou formu oš. dg. porucha vyprazdňování stolice – zácpa, používaly nemocnice B, C, D, E, F. Nemocnice A nepracovala s nestandardizovanou formu u zkoumané oš. dg. v praxi. Nemocnice G neaplikovala oš. dg. poruchu vyprazdňování stolice – zácpa do praxe. Z kategorie ***standardizované klasifikace oš. intervencí*** je zřejmé, že žádná ze zkoumaných nemocnic nepoužila do praxe klasifikací intervencí u zkoumané oš. dg do praxe. Kategorie ***nestandardizované oš. intervence*** vyjadřuje, že tuto formu intervencí ke zkoumané oš. dg. využívaly nemocnice A, B, C, D, E, F. Nemocnice G nevyužívala nestandardizovanou formu intervencí ke zkoumané oš. dg. Z kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. výsledků*** plyne, že žádná z nemocnic tento standardizovaný systém ke

zkoumané oš. dg., nevyužívala v praxi. Kategorie ***nestandardizované oš. cíle*** aplikovaly k oš. dg. nemocnice A, B, C, D, E, F. Nemocnice G neimplementovala nestandardizované cíle k oš. dg. Kategorii hodnocení péče realizovala u oš. dg. nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G nevyužívaly nestandardizované hodnocení oš. péče u zkoumané oš. dg.

Tabulka 13 Oš. dg: Porucha vyprazdňování stolice - průjem (kód 00013)

PORUCHA VYPRAZDŇOVÁNÍ STOLICE - PRŮJEM	**NEMOCNICE (n)**						
	nA	**nB**	**nC**	**nD**	**nE**	**nF**	**nG**
Standardizovaná klasifikace NANDA-I. Taxonomie II	+	-	-	-	-	-	-
Nestandardizovaná ošetřovatelská diagnóza	-	+	+	+	+	+	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelské intervence	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské intervence	+	+	+	+	+	+	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelských výsledků	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské cíle	+	+	+	+	+	+	-
Nestandardizované hodnocení ošetřovatelské péče	+	-	-	-	-	-	-

Tabulka 13 znázorňuje využití oš. diagnostického managementu u sesterské diagnózy porucha vyprazdňování stolice- průjem, dle NANDA-I. Kategorie ***standardizovaná klasifikace NANDA-I taxonomie II*** znázorňuje, že oš. dg. poruchu vyprazdňování stolice- průjem, dle NANDA-I využívala nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G neaplikovaly klasifikaci NANDA-I u zkoumané oš. dg. do praxe. Z výsledků kategorie ***nestandardizované oš. diagnózy*** nám vychází, že nestandardizovanou formu zkoumané oš. dg. využívaly nemocnice B, C, D, E, F. Nemocnice A neuplatňovala nestandardizovanou formu u oš. dg. poruchy vyprazdňování stolice-průjem. Nemocnice G neaplikovala oš. dg. poruchu vyprazdňování stolice – průjem do praxe. Kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. intervencí*** znázorňuje, že žádná ze zkoumaných nemocnic nepoužila do praxe klasifikací intervencí u zkoumané oš. dg do praxe. Výsledky kategorie ***nestandardizované oš. intervence*** ukazují, že tuto formu intervencí ke zkoumané oš. dg. uplatňovaly nemocnice A, B, C, D, E, F. Nemocnice G

neaplikovala nestandardizovanou formu intervencí ke zkoumané oš. dg. Kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. výsledků*** vyjadřuje, že žádná z nemocnic klasifikaci výsledků ke zkoumané oš. dg., nevyužívala v praxi. ***Kategorii nestandardizované oš. cíle*** využívaly ke zkoumané oš. dg. nemocnice A, B, C, D, E, F. Nemocnice G neaplikovala nestandardizované oš. cíle ke zkoumané oš. dg.. Kategorii ***hodnocení péče*** uplatňovala u oš. dg. nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G nevyužívaly nestandardizované hodnocení oš. péče u zkoumané oš. dg.

Tabulka 14 Oš. dg: Inkontinence stolice (kód 00014)

INKONTINENCE STOLICE	NEMOCNICE (n)						
	nA	**nB**	**nC**	**nD**	**nE**	**nF**	**nG**
Standardizovaná klasifikace NANDA-I. Taxonomie II	+	-	-	-	-	-	-
Nestandardizovaná ošetřovatelská diagnóza	-	-	+	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelské intervence	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské intervence	+	-	+	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelských výsledků	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské cíle	+	-	+	+	+	-	-
Nestandardizované hodnocení ošetřovatelské péče	+	-	-	-	-	-	-

Tabulka 14 vyjadřuje uplatnění oš. diagnostického managementu u sesterské diagnózy ***inkontinence stolice***, dle NANDA-I. Kategorie ***standardizovaná klasifikace NANDA-I taxonomie II*** vyjadřuje, že oš. dg. inkontinence stolice, dle NANDA-I využívala nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G nepoužívaly klasifikaci NANDA-I u zkoumané oš. dg. v praxi. Kategorii ***nestandardizované oš. diagnózy*** využívaly u ověřované oš. dg. nemocnice C, D, E. Nemocnice A nevyužívala nestandardizovanou formu u oš. dg. inkontinence stolice. Nemocnice B, F, G neaplikovaly oš. dg. inkontinenci stolice do praxe, z čehož vyplývá, že nevyužívaly další kroky v diagnostickém posouzení.. Z výsledků kategorie ***standardizované klasifikace oš. intervencí*** vyplynulo, že žádná ze zkoumaných nemocnic nevyužívá u ověřované oš. dg. klasifikaci oš. intervencí. Kategorie ***nestandardizované oš. intervence*** naopak ukazují, že nestandardizovanou formu intervencí uplatňují nemocnice A, C, D, E. Nemocnice B, F, G neaplikují nestandardizovanou formu intervencí ke zkoumané oš. dg. v praxi. Z

kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. výsledků*** plyne, že žádná z nemocnic klasifikaci výsledků ke zkoumané oš. dg. inkontinence stolice, nevyužívala v praxi. ***Kategorii nestandardizované oš. cíle*** využívaly ke zkoumané oš. dg. nemocnice A, C, D, E. Nemocnice B, F, G neuplatňovaly nestandardizované oš. cíle k oš. dg. inkontinence stolice. Kategorii ***hodnocení péče*** využívala u zkoumané oš. dg. nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G nevyužívaly nestandardizované hodnocení oš. péče u oš. dg. inkontinence stolice.

Tabulka 15 Oš. dg: Strach (kód 00148)

STRACH	NEMOCNICE (n)						
	nA	**nB**	**nC**	**nD**	**nE**	**nF**	**nG**
Standardizovaná klasifikace NANDA-I. Taxonomie II	+	-	-	-	-	-	-
Nestandardizovaná ošetřovatelská diagnóza	-	+	+	+	+	+	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelské intervence	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské intervence	+	+	+	+	+	+	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelských výsledků	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské cíle	+	+	+	+	+	+	-
Nestandardizované hodnocení ošetřovatelské péče	+	-	-	-	-	-	-

Tabulka 15 znázorňuje aplikaci oš. diagnostického managementu u sesterské diagnózy ***strach***, dle NANDA-I. Z kategorie ***standardizovaná klasifikace NANDA-I taxonomie II*** vyplývá, že oš. dg. strach, dle NANDA-I uplatňovala nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, F, G nevyužívaly klasifikaci NANDA-I u ověřované oš. dg. v praxi. Kategorii ***nestandardizovanou oš. diagnózu*** aplikovaly do praxe nemocnice B, C, D, E, F. Nemocnice A nevyužívala nestandardizovanou formu u oš. dg. strach. Nemocnice G neaplikovala oš. nestandardizovanou dg. strach do praxe, z čehož plyne, že nepoužívala další kroky v diagnostickém posouzení. Z výsledků kategorie ***standardizované klasifikace oš. intervencí*** vyplynulo, že žádná ze zkoumaných nemocnic nevyužívala u oš. dg. strach klasifikaci oš. intervencí. Kategorie ***nestandardizovaná oš. intervence*** vyjadřuje, že nestandardizovanou formu intervencí k ověřované oš. dg. využívají nemocnice A, B, C, D, E, F. Nemocnice G neaplikovala nestandardizované oš. intervence k oš. dg. strach. Z výsledků kategorie ***standardizovaná klasifikace oš.***

výsledků vychází, že žádná z nemocnic klasifikaci výsledků ke zkoumané oš. dg. strach, nevyužívala v praxi. ***Kategorii nestandardizované oš. cíle*** uplatňovaly ke zkoumané oš. dg. nemocnice A, B, C, D, E, F. Nemocnice G neaplikovala nestandardizované oš. cíle k oš. dg. strach. Kategorii ***hodnocení péče*** využívala u oš. dg. strach nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G nevyužívaly nestandardizované hodnocení oš. péče u oš. dg. strach.

Tabulka 16 Oš. dg: Úzkost (kód 00146)

ÚZKOST	NEMOCNICE (n)						
	nA	**nB**	**nC**	**nD**	**nE**	**nF**	**nG**
Standardizovaná klasifikace NANDA-I. Taxonomie II	+	-	-	-	-	-	-
Nestandardizovaná ošetřovatelská diagnóza	-	+	+	+	+	+	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelské intervence	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské intervence	+	+	+	+	+	+	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelských výsledků	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské cíle	+	+	+	+	+	+	-
Nestandardizované hodnocení ošetřovatelské péče	+	-	-	-	-	-	-

Tabulka 16 znázorňuje aplikaci oš. diagnostického managementu u sesterské diagnózy ***úzkost,*** dle NANDA-I. Kategorie ***standardizovaná klasifikace NANDA-I taxonomie II*** vyjadřuje, že oš. dg. úzkost, dle NANDA-I uplatňovala nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, F, G nevyužívaly klasifikaci NANDA-I u ověřované oš. dg. v praxi. Z výsledků kategorie ***nestandardizované oš. diagnózy*** vychází, že nestandardizovanou oš. dg využívaly v praxi nemocnice B, C, D, E, F. Nemocnice A nevyužívala nestandardizovanou formu u oš. dg. úzkost. Nemocnice G neuplatňovala oš. nestandardizovanou dg. úzkost v praxi, z čehož vychází i fakt, že nemocnice G nepoužívala další kroky v diagnostickém posouzení. Kategorie ***standardizované klasifikace oš. intervencí*** vyjadřuje, že žádná ze zkoumaných nemocnic nevyužívá u zkoumané oš. dg. klasifikaci oš. intervencí. Kategorie ***nestandardizovaná oš. intervence*** vyjadřuje, že nestandardizovanou formu intervencí k ověřované oš. dg. úzkost, využívají nemocnice A, B, C, D, E, F. Nemocnice G neaplikovala nestandardizované oš. intervence k oš. dg. úzkost. Z výsledků kategorie

standardizovaná klasifikace oš. výsledků vychází, že žádná z nemocnic klasifikaci výsledků ke zkoumané oš. dg. úzkost, nevyužívala v praxi. ***Kategorii nestandardizované oš. cíle*** uplatňovaly ke zkoumané oš. dg. nemocnice A, B, C, D, E, F. Nemocnice G nevyužívala nestandardizované oš. cíle k oš. dg. úzkost. Kategorii ***hodnocení péče*** aplikovala v praxi u oš. dg. úzkost nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G nevyužívaly nestandardizované hodnocení oš. péče u oš. dg. úzkost.

Tabulka 17 Oš. dg: Nevolnost (kód 00134)

NEVOLNOST	NEMOCNICE (n)						
	nA	**nB**	**nC**	**nD**	**nE**	**nF**	**nG**
Standardizovaná klasifikace NANDA-I. Taxonomie II	+	-	-	-	-	-	-
Nestandardizovaná ošetřovatelská diagnóza	-	+	+	-	+	+	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelské intervence	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské intervence	+	+	+	-	+	+	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelských výsledků	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské cíle	+	+	+	-	+	+	-
Nestandardizované hodnocení ošetřovatelské péče	+	-	-	-	-	-	-

Tabulka 17 prezentuje použití oš. diagnostického managementu u **sesterské diagnózy *nevolnost***, dle NANDA-I. Kategorie ***standardizovaná klasifikace NANDA-I taxonomie II*** nám udává, že oš. dg. nevolnost, dle NANDA-I využívala v praxi nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G nevyužívaly standardizovanou klasifikaci NANDA-I u oš. dg. nevolnost v oš. praxi. Kategorie ***nestandardizované oš. diagnózy*** znázorňují výsledek, že nestandardizovanou formu zkoumané oš. dg. nevolnost, aplikovaly v praxi nemocnice B, C, E, F. Nemocnice A nevyužívala nestandardizovanou formu zkoumané diagnózy. Nemocnice D, G neaplikovaly nestandardizovanou oš. dg. nevolnost do praxe, z čehož vyplývá, že nevyužívaly další diagnostické kroky posouzení. Kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. intervence*** zřetelně ukazuje, že u zkoumané diagnózy žádná z nemocnic nepoužívala klasifikací intervencí v praxi. Kategorie ***nestandardizované oš. intervence*** zřetelně ukazuje, že k oš. dg. nevolnost, aplikovaly nestandardizované intervence nemocnice A, B, C, E, F. Nemocnice D, G nevyužívaly nestandardizované oš. intervence ke zkoumané dg. nevolnost. Kategorie

standardizovaná klasifikace oš. výsledků vyjadřuje, že u ověřované oš. dg. klasifikaci výsledků nevyužívala žádná z nemocnic v praxi. Kategorie ***nestandardizované oš. cíle*** k oš. dg. nevolnost využívaly v praxi nemocnice A, B, C, E, F. Nemocnice D, G nestandardizované oš. cíle neaplikovaly do praxe u zkoumané dg. Kategorie ***hodnocení oš. péče*** realizovala nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G nevyužívaly u oš. dg. nevolnost nestandardizované hodnocení oš. péče.

Tabulka 18 Oš. dg: Deficit sebepéče při oblékání (kód 00109)

DEFICIT SEBEPÉČE PŘI OBLÉKÁNÍ A ÚPRAVĚ ZEVNĚJŠKU	NEMOCNICE (n)						
	nA	**nB**	**nC**	**nD**	**nE**	**nF**	**nG**
Standardizovaná klasifikace NANDA-I. Taxonomie II	+	-	-	-	-	-	-
Nestandardizovaná ošetřovatelská diagnóza	-	-	+	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelské intervence	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské intervence	+	-	+	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelských výsledků	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské cíle	+	-	+	+	+	-	-
Nestandardizované hodnocení ošetřovatelské péče	+	-	-	-	-	-	-

Tabulka 18 znázorňuje využití oš. diagnostického managementu u sesterské diagnózy ***deficit sebepéče při oblékání,*** dle NANDA-I. Z kategorie ***standardizovaná klasifikace NANDA-I taxonomie II*** vyplývá, že oš. dg. deficit sebepéče při oblékání, dle NANDA-I uplatňovala nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, F, G nevyužívaly klasifikaci NANDA-I u zkoumané oš. dg. v praxi. Kategorii ***nestandardizovanou oš. diagnózu*** aplikovaly do praxe nemocnice C, D, E. Nemocnice A neaplikovala nestandardizovanou formu u ověřované oš. dg. Nemocnice B, F, G neaplikovaly oš. nestandardizovanou dg. deficit sebepéče při oblékání do praxe, z čehož plyne, že nepoužívaly další kroky v diagnostickém posouzení. Kategorii ***standardizovanou klasifikaci oš. intervencí*** nevyužívala žádná ze zkoumaných nemocnic u oš. dg. deficit sebepéče při oblékání. Z kategorie ***nestandardizované oš. intervence*** vychází, že nestandardizovanou formu intervencí k ověřované oš. dg. využívají nemocnice A, C, D, E. Nemocnice B, F, G neaplikovaly nestandardizované oš. intervence k oš. dg. deficit sebepéče při oblékání.

Z výsledků kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. výsledků*** vychází, že žádná z nemocnic, klasifikaci výsledků ke zkoumané oš. dg. deficit sebepéče při oblékání nevyužívala v praxi. ***Kategorii nestandardizované oš. cíle*** uplatňovaly ke zkoumané oš. dg. nemocnice A, C, D, E. Nemocnice B, F, G neaplikovaly nestandardizované oš. cíle k oš. dg. sebepéče při oblékání. Kategorii ***hodnocení péče*** využívala u zkoumané oš. dg. nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G nevyužívaly nestandardizované hodnocení oš. péče u oš. dg. sebepéče při oblékání.

Tabulka 19 Oš. dg: Deficit sebepéče při hygieně (kód 00108)

DEFICIT SEBEPÉČE PŘI HYGIENĚ	**NEMOCNICE (n)**						
	nA	**nB**	**nC**	**nD**	**nE**	**nF**	**nG**
Standardizovaná klasifikace NANDA-I. Taxonomie II	+	-	-	-	-	-	-
Nestandardizovaná ošetřovatelská diagnóza	-	+	+	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelské intervence	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské intervence	+	+	+	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelských výsledků	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské cíle	+	+	+	+	+	-	-
Nestandardizované hodnocení ošetřovatelské péče	+	-	-	-	-	-	-

Tabulka 19 vyjadřuje využití oš. diagnostického managementu u oš. dg. *deficit sebepéče při hygieně*, dle NANDA-I. Z výsledků kategorie ***standardizované klasifikace NANDA-I taxonomie II*** jasně vyplývá, že NANDA –I, uplatňovala ke zkoumané oš. dg. nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G standardizovanou klasifikaci nevyužívaly, u oš. dg. deficitu sebepéče při hygieně, dle NANDA-I v praxi. Z kategorie ***nestandardizované oš. diagnózy*** je zřetelné, že v praxi využívaly nestrukturovanou formu zkoumané oš. dg. B, C, D, E. Nemocnice A nepoužívala nestandardizovanou formu u ověřované oš. dg. Nemocnice F, G neaplikovaly nestandardizovanou oš. diagnózu deficit sebepéče při hygieně do praxe, z čehož vyplývá, že nevyužívaly další kroky v diagnostickém posouzení. Z kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. intervencí*** je zřejmé, že žádná ze zkoumaných nemocnic neaplikovala tento oš. systém u zkoumané oš. dg. Z kategorie ***nestandardizované oš. intervence*** vyplývá, že u oš. dg. deficit sebepéče při hygieně využívaly nestandardizované intervence nemocnice A, B,

C, D, E v praxi. Nemocnice F, G neaplikovaly u oš. dg. deficit sebepéče při hygieně, nestandardizované oš. intervence do praxe. Z kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. výsledků*** plyne, že žádná ze zkoumaných nemocnic u ověřované oš. dg. nevyužívala klasifikaci výsledků v praxi. *Kategorii* ***nestandardizované oš. cíle*** byly využity nemocnicemi A, B, C, D, E. Nemocnice F, G neaplikovaly do praxe u zkoumané oš. dg., nestandardizované oš. cíle. Z kategorie ***nestandardizované hodnocení oš. péče*** vyplývá, že hodnocení péče realizovala nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G nepoužívaly nestandardizované hodnocení oš. péče ke zkoumané oš. dg .

Tabulka 20 Oš. dg: Deficit sebepéče při vyprazdňování (kód 00110)

DEFICIT SEBEPÉČE PŘI VYPRAZDŇOVÁNÍ	NEMOCNICE (n)						
	nA	**nB**	**nC**	**nD**	**nE**	**nF**	**nG**
Standardizovaná klasifikace NANDA-I. Taxonomie II	+	-	-	-	-	-	-
Nestandardizovaná ošetřovatelská diagnóza	-	-	+	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelské intervence	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské intervence	+	-	+	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelských výsledků	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské cíle	+	-	+	+	+	-	-
Nestandardizované hodnocení ošetřovatelské péče	+	-	-	-	-	-	-

Tabulka 20 prezentuje využití oš. diagnostického managementu u **sesterské diagnózy *deficit sebepéče při vyprazdňování*,** dle NANDA-I. Kategorii ***standardizovanou klasifikaci NANDA-I taxonomie II,*** uplatňovala u oš. dg. deficit sebepéče při vyprazdňování nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G neaplikovaly oš. dg., dle NANDA-I do praxe. Kategorie ***nestandardizované oš. diagnózy*** vyjadřuje, že oš. dg. deficit sebepéče při vyprazdňování, v praxi používaly nemocnice C, D, E. Nemocnice A nepoužívala nestandardizovanou formu oš. dg. deficit sebepéče při vyprazdňování. Nemocnice B, F, G neaplikovaly nestandardizovanou oš. dg. deficit sebepéče při vyprazdňování do praxe, z čehož vyplývá, že nevyužívaly další kroky v diagnostickém posouzení. U kategorie ***standardizované klasifikace oš. intervencí*** je zřejmé, že žádná ze zkoumaných nemocnic nepoužila do praxe tento oš. systém u oš. dg. deficit sebepéče

při vyprazdňování. Kategorie ***nestandardizované oš. intervence*** vyjadřuje, že k oš. dg. deficit sebepéče při vyprazdňování, využívaly nestandardizované intervence v praxi nemocnice A, C, D, E. Nemocnice B, F, G neaplikovaly v praxi nestandardizované ošetřovatelské intervence ke zkoumané oš. dg. Z kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. výsledků*** je zřejmé, že žádná z nemocnic tento standardizovaný systém k ověřované oš. dg., nevyužívala v praxi. Kategorie ***nestandardizované oš. cíle*** uplatňovaly k oš. dg. deficit sebepéče při vyprazdňování, nemocnice A, C, D, E. Kategorie ***hodnocení oš. péče*** k oš. dg. deficit sebepéče při vyprazdňování realizovala nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G nevyužívaly nestandardizované hodnocení oš. péče k oš. dg. deficit sebepéče při vyprazdňování.

Tabulka 21 Oš. dg: Deficit sebepéče při jídle (kód 00102)

DEFICIT SEBEPÉČE PŘI JÍDLE	NEMOCNICE (n)						
	nA	**nB**	**nC**	**nD**	**nE**	**nF**	**nG**
Standardizovaná klasifikace NANDA-I. Taxonomie II	+	-	-	-	-	-	-
Nestandardizovaná ošetřovatelská diagnóza	-	-	+	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelské intervence	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské intervence	+	-	+	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelských výsledků	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské cíle	+	-	+	+	+	-	-
Nestandardizované hodnocení ošetřovatelské péče	+	-	-	-	-	-	-

Tabulka 21 vyjadřuje využití oš. diagnostického managementu u ***sesterské diagnózy deficit sebepéče při jídle***, dle NANDA-I. Z kategorie *standardizovaná* ***klasifikace NANDA-I taxonomie II*** lze vyčíst, že v praxi oš. diagnózu deficit sebepéče při jídle využívala nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G oš. dg. deficit sebepéče při jídle, dle NANDA-I taxonomie II v praxi nepoužívaly. Z kategorie ***nestandardizovaná oš. diagnóza*** vyplývá, že zkoumanou oš. dg. v nestandardizované formě využívaly nemocnice C, D, E. Nemocnice A nepoužívala nestandardizovanou formu oš. dg. u ověřované oš. dg. Nemocnice B, F, G diagnózu deficit sebepéče při jídle nepoužívaly v praxi, z čehož vyplývá, že neuplatňovaly další postupy v diagnostickém posouzení.

Kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. intervence*** vyjadřuje, že ke zkoumané oš. dg., klasifikace intervencí nebyla využívána v praxi žádnou ze zkoumaných nemocnic. Kategorie ***nestandardizované oš. intervence*** znázorňuje, že k diagnóze deficit sebepéče při jídle, využívaly nestandardizovanou formu intervencí nemocnice A, C, D, E. Nemocnice B, F, G nevyužívaly nestandardizované oš. intervence k ověřované oš. dg. Z kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. výsledků*** vyplývá, že tento klasifikační systém k oš. dg. deficit sebepéče při jídle, nevyužívala v praxi žádná ze zkoumaných nemocnic. Kategorie ***nestandardizované oš. cíle*** využívaly, k oš. dg. deficit sebepéče při jídle, nemocnice A, C, D, E. Nestandardizované oš. cíle k ověřované oš. dg. nevyužívaly nemocnice B, F, G. Kategorie ***hodnocení oš. péče*** k oš. dg. deficit sebepéče při jídle, využívala nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G hodnocení oš. péče ke zkoumané oš. dg. nevyužívaly v praxi.

Tabulka 22 Oš. dg: Porucha spánku (kód 00095)

PORUCHA SPÁNKU	NEMOCNICE (n)						
	nA	**nB**	**nC**	**nD**	**nE**	**nF**	**nG**
Standardizovaná klasifikace NANDA-I. Taxonomie II	+	-	-	-	-	-	-
Nestandardizovaná ošetřovatelská diagnóza	-	-	+	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelské intervence	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské intervence	+	-	+	+	+	-	-
Standardizovaná klasifikace ošetřovatelských výsledků	-	-	-	-	-	-	-
Nestandardizované ošetřovatelské cíle	+	-	+	+	+	-	-
Nestandardizované hodnocení ošetřovatelské péče	+	-	-	-	-	-	-

Tabulka 22 prezentuje využití oš. diagnostického managementu u ***sesterské diagnózy poruchu spánku***, dle NANDA-I. Z výsledků kategorie ***standardizovaná klasifikace NANDA-I taxonomie II*** vyplývá, že v praxi oš. diagnózu poruchu spánku využívala nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G oš. dg. poruchu spánku, dle NANDA-I taxonomie II v praxi nepoužívaly. Z kategorie ***nestandardizovaná oš. diagnóza*** vyplývá, že zkoumanou oš. dg. v nestandardizované formě využívaly nemocnice C, D, E. Nemocnice A nepoužívala nestandardizovanou formu oš. dg. u ověřované oš. dg. Nemocnice B, F, G oš. dg. poruchu spánku nepoužívaly v praxi, z čehož vyplývá, že

neuplatňovaly další postupy v diagnostickém posouzení. Kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. intervence*** vyjadřuje, že ke zkoumané oš. dg., klasifikace intervencí nebyla využívána v praxi žádnou ze zkoumaných nemocnic. Kategorie ***nestandardizované oš. intervence*** udává, že k oš. dg. poruchu spánku, využívaly nestandardizovanou formu intervencí nemocnice A, C, D, E. Nemocnice B, F, G nevyužívaly nestandardizované oš. intervence k ověřované oš. dg. Kategorie ***standardizovaná klasifikace oš. výsledků*** znázorňuje, že tento klasifikační systém k oš. dg. porucha spánku, neaplikovala v praxi žádná ze zkoumaných nemocnic. Kategorie ***nestandardizované oš. cíle*** využívaly, k oš. dg. porucha spánku, nemocnice A, C, D, E. Nestandardizované oš. cíle k ověřované oš. dg. nevyužívaly nemocnice B, F, G. Kategorie ***hodnocení oš. péče*** k oš. dg. porucha spánku, využívala nemocnice A. Nemocnice B, C, D, E, F, G hodnocení oš. péče k oš. dg. porucha spánku nevyužívaly v praxi.

Tabulka 23 Četnost jednotlivých oš. diagnóz

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	NEMOCNICE (n)							SOUČET
	nA	nB	nC	nD	nE	nF	nG	
Akutní bolest	+	+	+	+	+	+	-	6
Chronická bolest	+	+	+	+	+	+	-	6
Neefektivní dýchání	+	+	+	+	+	-	-	5
Snížený srdeční výdej	+	+	-	-	+	+	-	4
Nevyvážená nedostatečná výživa	+	+	+	+	+	-	-	5
Nevyvážená nadměrná výživa	+	-	-	+	+	-	-	3
Snížený objem tekutin v organizmu	+	+	+	+	+	-	-	5
Zvýšený objem tekutin v organizmu	+	+	+	+	+	-	-	5
Porucha vyprazdňování moče -retence	+	-	+	+	+	-	-	4
Porucha vyprazdňování moče - funkční inkontinence	+	-	+	+	+	-	-	4
Porucha vyprazdňování stolice - zácpa	+	+	+	+	+	+	-	6
Porucha vyprazdňování stolice - průjem	+	+	+	+	+	+	-	6
Porucha vyprazdňování stolice - inkontinence	+	-	+	+	+	-	-	4
Strach	+	+	+	+	+	+	-	6
Úzkost	+	+	+	+	+	+	-	6
Nevolnost	+	+	+	-	+	+	-	5
Deficit sebepéče při oblékání	+	-	+	+	+	-	-	4
Deficit sebepéče při hygieně	+	+	+	+	+	-	-	5
Deficit sebepéče při vyprazdňování	+	-	+	+	+	-	-	4
Deficit sebepéče při jídle	+	-	+	+	+	-	-	3
Porucha spánku	+	-	+	+	+	-	-	4

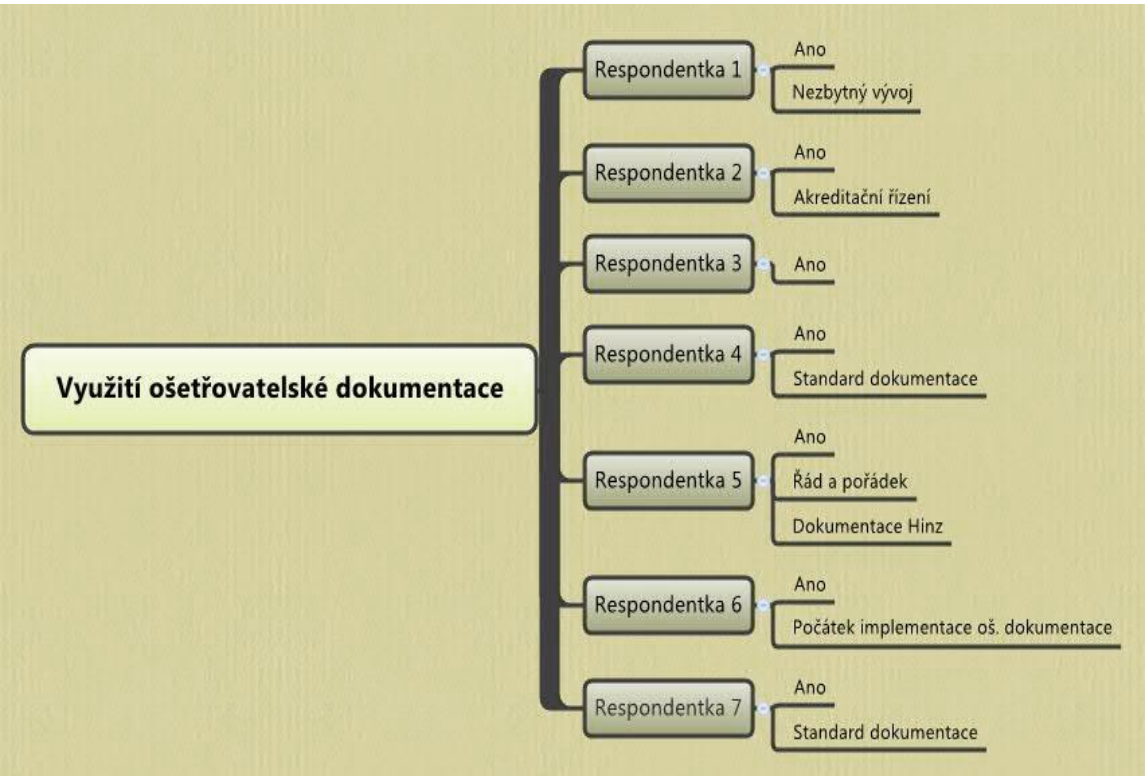
Tabulka 23 prezentuje četnost jednotlivých oš. dg., která byla podkladem pro vytvoření základního modulu oš. dg. s využitím NANDA, NIC A NOC klasifikací pro interní a chirurgické standardní oddělení. ***Akutní bolest*** patřila mezi nejvýznamněji zastoupené oš. dg. v celkovém počtu 6x, oš. dg. využívaly v praxi nemocnice A, B, C, D, E, F. Nemocnice G, oš. dg. akutní bolest neaplikovala do praxe. ***Oš. dg. chronická bolest*** byla přítomná rovněž ve výrazném celkovém počtu 6x. Chronickou bolest aplikovaly v praxi nemocnice A, B, C, D, E, F. Nemocnice G oš. dg. chronickou bolest

neaplikovala do praxe. ***Oš. dg. neefektivní dýchání*** byla zastoupena v celkovém počtu 5x. Oš. dg. využívaly v praxi nemocnice A, B, C, D, E. Nemocnice G, oš. dg. neefektivní dýchání neaplikovala do praxe. ***Oš. dg. snížený srdeční výdej*** byla zastoupena v celkovém počtu 4x, využívaly jí v praxi nemocnice A, B, E, F. Nemocnice C, D, G nevyužívaly oš. dg. snížený srdeční výdej v praxi. ***Oš. dg. nedostatečná nevyvážená výživa*** byla zastoupena v celkovém počtu 5x, aplikovaly ji v praxi nemocnice A, B, C, D, E. Nemocnice F, G nevyužívaly oš. dg. nedostatečnou výživu v praxi. ***Oš. dg. nevyvážená nadměrná výživa*** byla zastoupená v celkovém počtu 3x, s oš. dg. pracovaly nemocnice A, D, E. Nemocnice B, C, F, G nevyužívaly oš. dg. nevyváženou nadměrnou výživu v praxi. ***Oš. dg. snížený objem tekutin v organizmu*** byla zastoupena v celkovém počtu 5x, oš. dg. využívaly v praxi nemocnice A, B, C, D, E. Nemocnice F, G oš. dg. snížený objem tekutin v organizmu nepoužívala v praxi. ***Oš. dg. zvýšený objem tekutin v organizmu*** byla zastoupen v celkovém počtu 5x, s oš. dg. pracovaly nemocnice A, B, C, D, E. Nemocnice F, G oš. dg. zvýšený objem tekutin v organizmu neaplikovala do praxe. ***Oš. dg. retence moči*** byla zastoupena v celkovém počtu 4x, oš. dg. aplikovaly do praxe nemocnice A, C, D, E. Nemocnice B, F, G oš. dg. retenci moči nevyužívaly v praxi. ***Oš. dg. funkční inkontinenci moče*** byla zastoupena v celkovém počtu 4x, oš. dg. aplikovaly do praxe nemocnice A, C, D, E. Nemocnice B, F, G oš. dg. funkční inkontinenci moče nevyužívaly v praxi. ***Oš. dg. porucha vyprazdňování stolice- zácpa*** byla zastoupena ve výrazném celkovém počtu 6x, oš. dg. uplatňovaly v praxi nemocnice A, B, C, D, E, F. Nemocnice G nevyužívala oš. dg. poruchu vyprazdňování stolice-zácpa v praxi. ***Oš. dg. porucha vyprazdňování stolice-průjem*** byla zastoupena v celkovém opět výrazném počtu 6x, oš. dg. uplatňovaly v praxi nemocnice A, B, C, D, E, F. Nemocnice G nevyužívala oš. dg. poruchu vyprazdňování stolice-průjem v praxi. ***Oš. dg. inkontinence stolice*** byla zastoupena v celkovém počtu 4x, oš. dg. uplatňovaly v praxi nemocnice A, C, D, E. Nemocnice B, F, G, neaplikovaly oš. dg. inkontinenci stolice do praxe. ***Oš. dg. strach*** byla významně zastoupena v celkovém počtu 6x, oš. dg. využívaly nemocnice A, B, C, D, E, F. Nemocnice G nepoužívala oš. dg. strach. ***Oš. dg. úzkost*** byla stejně výrazně zastoupena v celkovém počtu 6x, oš. dg. využívaly nemocnice A, B, C, D, E, F. Nemocnice G

nepoužívala oš. dg. úzkost. ***Oš. dg. nevolnost*** byla zastoupena v celkovém počtu 5x, oš. dg. využívaly nemocnice A, B, C, E, F. Nemocnice D, G nepoužívaly oš. dg. nevolnost. ***Oš. dg. deficit sebepéče při oblékání*** byla zastoupena v celkovém počtu 4 x, s oš. dg. pracovaly nemocnice A, C, D, E. Nemocnice B, F, G neaplikovaly oš. dg. deficit sebepéče při oblékání. ***Oš. dg. deficit sebepéče při hygieně*** byla zastoupena v celkovém počtu 5x, oš. dg. používaly nemocnice A, B, C, D, E. Nemocnice F, G nevyužívaly oš. dg. deficit sebepéče při hygieně. ***Oš. dg. deficit sebepéče při vyprazdňování*** byla zastoupena v celkovém počtu 4x, oš. dg. aplikovaly nemocnice A, C, D, E. Nemocnice B, F, G nevyužívaly oš. dg. deficit sebepéče při vyprazdňování. ***Oš. dg. deficit sebepéče při jídle*** byla zastoupena v celkovém počtu 3x, oš. dg. uplatňovaly nemocnice A, C, D, E. Nemocnice B, F, G oš. dg. deficit sebepéče při jídle neaplikovaly do praxe. ***Oš. dg. porucha spánku*** byla zastoupena v celkovém počtu 4x, oš. dg. využívaly nemocnice A, C, D, E. Nemocnice B, F, G neaplikovaly oš. dg. poruchu spánku do praxe.

4.2 Obsahová analýza dokumentu

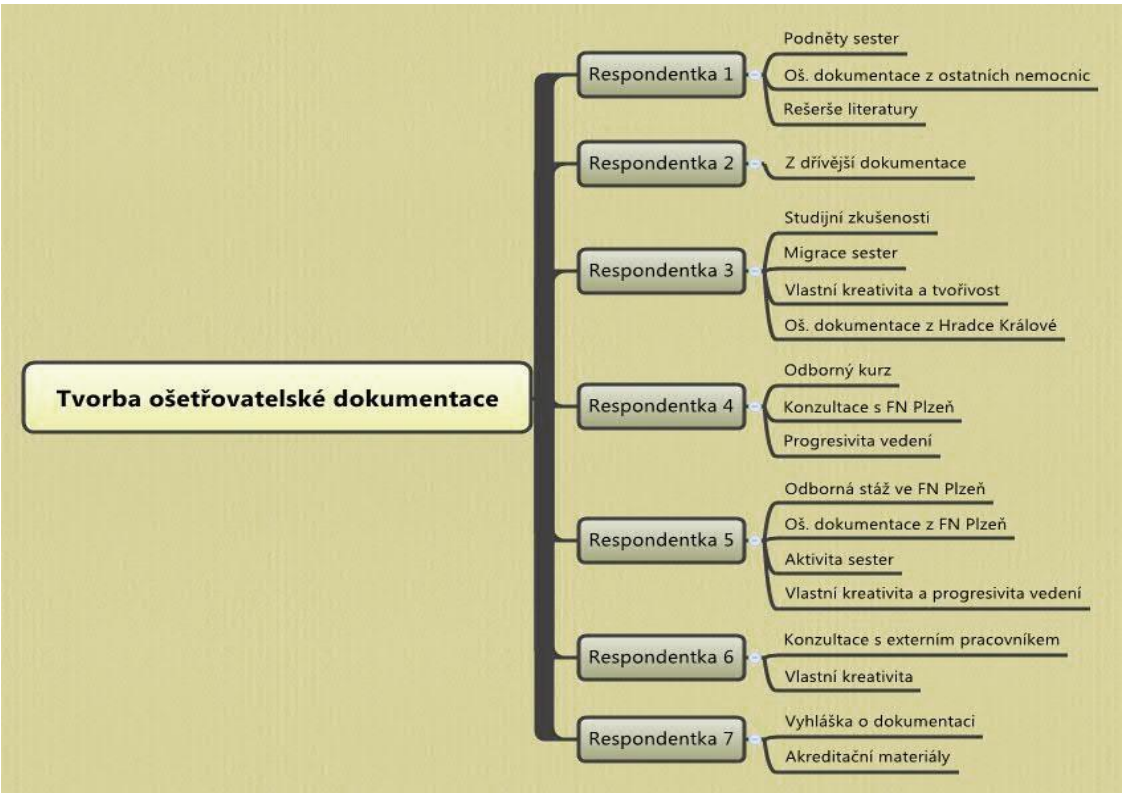
Myšlenková mapa 1: Využití ošetřovatelské dokumentace v praxi



Myšlenková mapa 1 prezentuje výsledky využívání ošetřovatelské dokumentace ve zkoumaných nemocnicích Jihočeského regionu. Vlivem zákona č. 260/2001 Sb., který nařizuje používání ošetřovatelské dokumentace ve zdravotnických zařízení se tato zákonná norma promítla i u výsledků ověřovaných nemocnic. Z myšlenkové mapy je patrné, že všechny zkoumané nemocnice ošetřovatelskou dokumentaci využívají v praxi, zároveň také zaznamenala nezbytný vývoj, dle požadavků, norem a zkušeností pracovníků: *„Ano, používáme ošetřovatelskou dokumentaci, v kompletní formě jsme jí začali využívat v roce 2004 a nyní jI znovu předěláváme.“* (Respondentka 1) Sesterský management a především zdravotnický ošetřovatelský personál zkoumaných nemocnic prochází revoltou požadavků a profesních nároků, které vyplývají z auditů, akreditačních řízení, či jiných norem, které jsou ukazatelem kvality a důvěryhodného prokázání způsobilosti nemocnice. Právě i z těchto důvodů jsou nemocnice výrazně nuceny k dalšímu vývoji a práci na ošetřovatelské dokumentaci: „*Samozřejmě, že ano,*

používáme. Musíme, protože se připravujeme na akreditaci." (Respondentka 2) Využívání sesterské dokumentace je u ošetřovatelské odborné veřejnosti již určitou samozřejmostí, jak uvedla respondentka 3: *„Samozřejmě, že používáme dokumentaci, je to automatické."* Některé nemocnice mají i své vlastní standardy k dokumentaci, jak uvádí souběžně respondentky 4 a 7 jsou nezbytnými podklady, pokud nemocnice zažádá o akreditační řízení: *„Ano, používáme dokumentaci a máme k ní i zároveň standard."* (Respondentka 4) Ošetřovatelská dokumentace je nepochybně důležitým pomocníkem a ochraňujícím prostředkem pro sestru v praxi, v případě, že dojde na právní spory je dokumentace prvním důkazním materiálem. Proto vnáší do praxe systematičnost a určitou profesní kulturu: *„Ano, používáme sesterskou dokumentaci. Jsem ráda, že ji používáme, protože to vneslo určitý řád."* (Respondentka 5) Jsou přirozeně patrné i různé stupně vývoje implementace ošetřovatelské dokumentace v nemocnicích: *„Ošetřovatelskou dokumentaci máme v minimálním rozsahu, respektive s ní spíše začínáme. Nejsem zastáncem psaní a vymýšlení, takže jsme s širší ošetřovatelskou dokumentací dlouho otáleli. Navíc není, kdo by se tím více zabýval. Vrchní sestry nemáme, byly asi před 6 lety zrušeny rozhodnutím pana ředitele. Staniční jsou u pacientů – a já „od stolu" bych nejspíš neuměla vystihnout přesně to, jak by oš. dokumentace na příslušném oddělení měla vypadat."* (Respondentka 6)

Myšlenková mapa 2: Podklady ke tvorbě ošetřovatelské dokumentace



Myšlenková mapa 2 vyjadřuje, z jakých podkladů vycházely hlavní sestry při tvorbě ošetřovatelské dokumentace pro jednotlivá oddělení nemocnice. V roce 2001 nabyl účinnost zákon č. 260/2001 Sb. (69), který uvádí povinnost zdravotnického zařízení vést v rámci zdravotnické dokumentace i část ošetřovatelskou. V průběhu této doby začaly vznikat první ošetřovatelské dokumentace, které ovšem měly různý obsah, formu a vzhled. Z toho důvodu, že nebyla nařízena jednotná linie ošetřovatelské dokumentace, vedoucí pracovníci hledali podněty a zkušenosti mezi svými kolegy ze své domovské, ale i cizí nemocnice: *„Především to byly podněty od sester, dokumenty a ošetřovatelské dokumentace z ostatních nemocnic.“* (Respondentka 1) Určité požadavky a kritéria na dokumentování ošetřovatelské péče byly nastaveny tak, že propracovaná oš. dokumentace se již může jen upravovat: *„Již před 8 lety byla naše ošetřovatelská dokumentace v základní podobě, z ní vycházíme.“* (Respondentka 2) Výrazný vliv na české ošetřovatelství má migrace sester, ať už je cestování ze studijních či pracovních důvodů, sestry získávají širší odborný přehled, setkávají se s různými metodami,

dokumenty a tyto informace pak mohou předávat dál svým kolegyním a kolegům. Respondentka 3: *„Na základě toho, že jsem studovala v Hradci Králové, kde také v té době začínali s dokumentací. Tam jsem poprvé přišla do kontaktu k uceléné dokumentaci, ze které jsem pak čerpala do návrhu dokumentace v naší nemocnici. Dále pak v rámci úpravy akreditace jsme se věnovali také dokumentaci. Vytvořila jsem pomocné tabulky, které jsem tehdy udělala, když ještě sestry moc nevěděly, co vůbec ošetřovatelská dokumentace je, natož pak, co jsou oš. diagnózy. Jako pomůcku jsem vytvořila tabulku na A4 z obou stran, aby toho nebylo moc, tak jsem vybrala nejčastější diagnózy. Tehdy jsme si řekli, že až se s tím sestry sžijou, především se jednalo o starší generaci sester, tak postupně přejdeme k tomu, že budou mít chronologické záznamy. Některá oddělení se k tomu dopracovala rychle, některá pomaleji.“* (Respondentka 3)

U vedoucích pracovníků je uměním řešit aktuální témata a zároveň vyhledávat odborné kurzy a konzultace, které mohou napomoci k orientaci v problematice, jak pro sebe, ale především pro své podřízené. Ve výsledcích jsme nalezli překvapující vzájemnou spojitost u Respondentky 4 a 5, které se individuálně obracely na FN v Plzni o rady a zkušenosti ve tvorbě oš. dokumentace. Obě respondentky potvrzují, že tato nemocnice byla s velkým předstihem dopředu, co se týkalo oš. procesu a oš. dokumentace. Respondentka 4: *„S ošetřovatelskou dokumentací v naší nemocnici, jsem začínala někdy od roku 1995. Počátek se vyvíjel tak, že jsem vzala vrchní z největších oddělení, tzn. z interny, chirurgie a odjeli jsme do Brna, kde jsme absolvovali kurz, který se vztahoval k oš. dokumentaci, a také jsem navštívila Fakultní nemocnici v Plzni, kde byli vývojově dál, a tak to sesbírané informace jsem dala dohromady. První co spatřilo světlo světa, byla oš. anamnéza, se kterou jsem chodila po oddělení a během hlášení jsem vysvětlovala.“* Zavést nový systém, či metodu do pracovního provozu, kterou většina podřízených pracovníků nezná, je vždy nelehkým úkolem manažera. Vedoucí pracovník si dokáže najít své nadšené a aktivní pracovníky, kteří pozitivně ovlivňují své kolegy a bez kterých by se proces implementace nezvládl: „*Ošetřovatelskou dokumentaci jsme vytvářeli v podstatě na podkladě plzeňského ošetřovatelského procesu. V roce přibližně 1990-1991 byly naše děvčata na stáži v Plzni, tenkrát u paní hlavní Müllerové a moc se jim tam líbila dokumentace, kterou přivezly. Byly to děvčata z chirurgie, tak že patřily*

mezi tu akčnější část. Nám se tenkrát líbila na oddělení, tak že se u nás zavedla jenom část dokumentace. Nedělal se celý proces, ale pouze chirurgický obor používal tuto dokumentaci. Dokoupily se i na dokumentaci kufry, ale jinak se celá nemocnice postavila proti, a protože tenkrát nebyl ještě tlak zvenčí na ošetřovatelský proces, tak proto se odolávalo. A vývojem doby, ať ošetřovatelství, tak kvalitou, jsme zjistili, že nemůžeme stát vzadu, protože jsme taky chtěli dokázat, že jsme dobrá, bezpečná, kvalitní nemocnice a bez toho se neobejde řádný ošetřovatelský proces. Tak že jsme najeli na ošetřovatelskou dokumentaci, přípravu, vysvětlování a s tím byla spojena i akreditace. Tak že před akreditací jsme měli splněno, že jsme znali ošetřovatelský proces. A přiznám se, myslíme si, že ho používáme, co nejlépe podle všech návodů. S tím, že se v průběhu doby a použitím ošetřovatelského procesu, provádíme revize tiskopisů. Tak, že na některých tiskopisech je už třeba revize č. 3. Je to tak, když provoz vyžaduje nějakou změnu." (Respondentka 5) Velké změny vedoucí pracovník nedokáže prosadit jen sám, vždy je třeba vyhledat spřízněnou podporu alespoň jednoho kolegy a přesvědčit své podřízené o nutnosti zavést změnu, což je jeden z nejtěžších úkolů manažera: *Nevím, čerpaly jsme z formuláře, který přivezla moje kolegyně- externí pracovník, odkud jej měla, ale nevím. Chtěla jsem, aby možnost zaškrtávání byla jednodušší a přehlednější. Děvčata ho teď mají na zkoušku a mají vyzkoušet, jak jim bude vyhovovat, či co bude třeba upravit."* (Respondentka 6) Spojená akreditační komise (dále jen SAK) na svých internetových stránkách zveřejňuje národní akreditační standardy SAK pro následnou a dlouhodobou péči. V tomto dokumentu jsou všechny jasně dané parametry, které musí nemocnice splňovat, aby získala akreditaci. Ve II. části diagnostických podkladech jsou uvedeny standardy č. 9, 10, 11, 12 a další, které se vztahují k tomu, jaké informace se musí dokumentovat a normy k samotné dokumentaci. Tyto dokumenty spojené s vyhláškou č. 385/2006 Sb. (68) slouží k základnímu metodickému pokynu ke tvorbě dokumentace: „*Ošetřovatelská dokumentace je povinná v ČR, je to zákonná norma, tzn., že jsme zpracovávali oš. dokumentaci na základě vyhlášky, která tuto problematiku zpracovává, a také na základě akreditačních materiálů. Škoda je, že MZ ČR nedalo nějakou základní linku na jednotnou ošetřovatelskou dokumentaci v ČR."* (Respondentka 7)

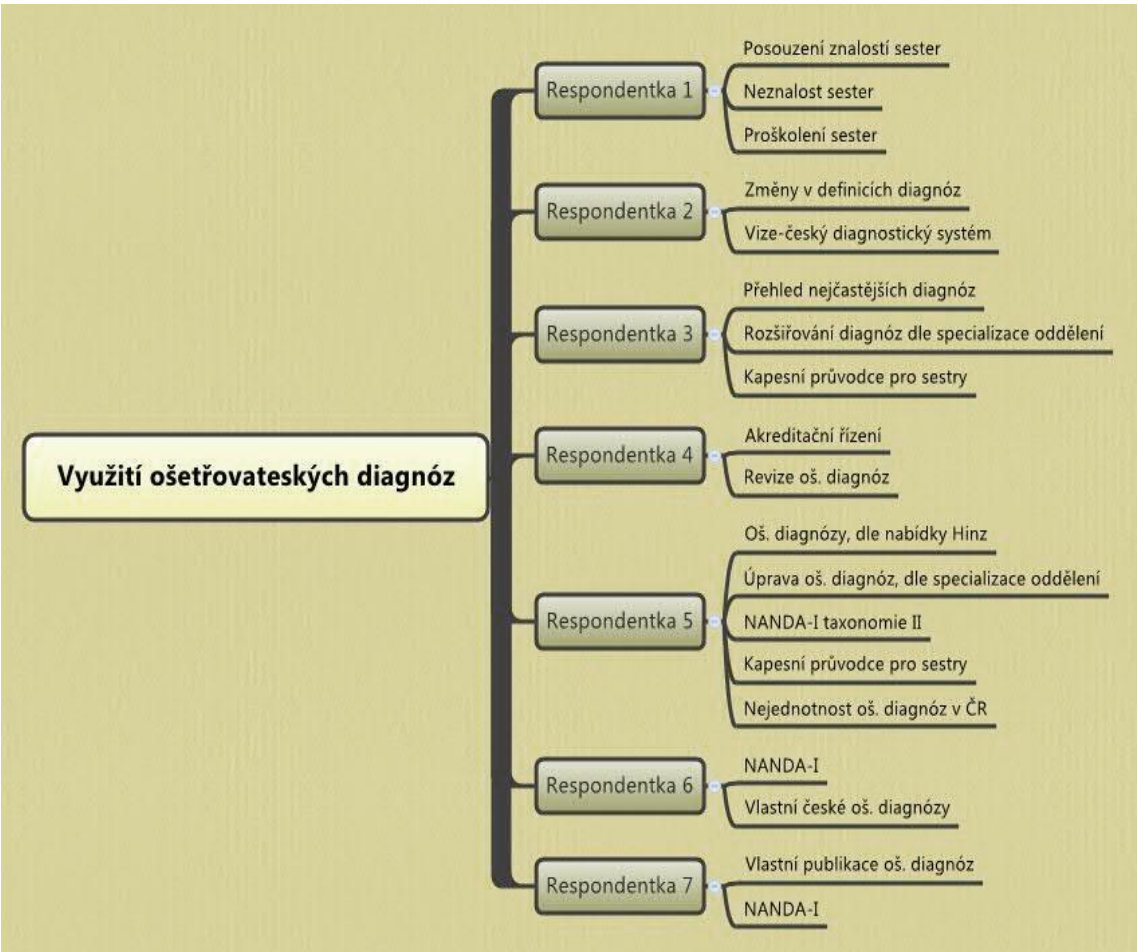
Myšlenková mapa 3: Organizační postupy pro tvorbu ošetřovatelské dokumentace

Myšlenková mapa 3 popisuje organizační proces a jednotlivé kroky hlavních sester při tvorbě ošetřovatelské dokumentace. Každý postup je jedinečný svým nápadem a skutečností, že se všem respondentkám úspěšně podařilo ošetřovatelskou dokumentaci do praxe implementovat. Ze získaných údajů vyplynulo, že klíčové je vytvoření vlastního týmu, který je sestaven z vrchních sester, jež spolupracují se staničními sestrami a ty zapojují do týmové práce sestry od lůžka. Nejvýhodnější model a zároveň i idealistický je takový, když se zapojí do tvorby dokumentace celý ošetřovatelský tým, kterému na práci záleží a snaží se jí utvořit co nejlépe: *„Začala jsem schůzkami s každou z vrchních sester a ty pak měly schůzku se sestrami ze svého oddělení. Hlavním*

koordinátorem jsem byla já. Následně se vytvořil první návrh písemné oš. dokumentace. 5 x došlo ke změně. V průběhu tvorby bylo vytvořeno 7 verzí diagnóz používaných v oš. dokumentaci. V současnosti využíváme výběr diagnóz, který mohou sestry doplňovat o další oš. diagnózy. Nevýhodou vypracování ošetřovatelské dokumentace je její vysoká časová náročnost." (Respondentka 1) Důležitým atributem týmu je spolupráce a výsledek náročného snažení, avšak výsledný efekt, v našem případě ošetřovatelská dokumentace, musí být pro využitelnost otestována v praxi: *„Máme tým pro oš. dokumentaci, který se skládá z vrchních sester oddělení. Já jako hlavní sestra vytvářím návrh, myšlenku. Následně se k tomu tým vyjadřuje a vytváří dokumentaci. Nyní jí spíše přetváří, aktualizuje. Poté se vše prodiskutuje u lůžka, v praxi."* (Respondentka 2)
Překvapivým a ojedinělým výsledkem byla zpětná vazba od pacientů na ošetřovatelskou anamnézu, kterou sestry registrovaly v průběhu testování. Dalším jevem bylo také zapojení lékařů při ověřování dokumentace v praxi.: „*S ošetřovatelskou dokumentací jsme začínali na neurologickém oddělení, kde jsme měli velkou podporu od paní primářky. Sestry měly týden, aby pracovaly s dokumentací, případně napsaly připomínky, změny. Na neurologickém oddělní se rychle ujala. Následovalo plicní oddělení a klasická interna. I pacienti to vnímali velmi pozitivně, především rozhovor ohledně sběru ošetřovatelské anamnézy."* (Respondentka 3) Respondentka 4 se společně s respondentkou 7 shodují, že k zavedení sesterské dokumentace je potřebná intenzivní teoretická příprava a proškolenost, jak pro vedoucí pracovníky, tak pro sestry od lůžka: „*Zkušební provoz jsem měla na interně na gastro, kde jak primář tak vrchní sestra byli nadšeni. A na tomto oddělení jsme jí poprvé zkusili. Lze říci, že v podstatě již 15 let, máme ošetřovatelskou dokumentaci. Sestry musí vědět, proč to dělají, musí tomu předcházet důkladná teoretická příprava, protože sestry když vidí papír, tak už jsou alergické."* (Respondentka 4) Respondentka 7: „*Ošetřovatelská dokumentace byla zaváděna nejdříve na odděleních, kde je větší podíl ošetřovatelské péče tzn. na lůžkách následné péče. Jinak jsme v podstatě začali nejdříve tak, že jsme proškolili sestry z jednotlivých oddělení., takže nejdříve vrchní a staniční a pak tedy ostatní sestry. Museli jsme je naučit, co je to ošetřovatelský proces, a jakým způsobem se aplikuje přímo do praxe."* Při zavádění ošetřovatelské dokumentace vedoucí pracovník naráží na spoustu

problémů, se kterými musí bojovat. Mezi ně zcela určitě patří mezigenerační problém sester. Je nesnadné přesvědčit zkušené sestry, které jsou řadu let v praxi, o nutnosti a důležitosti zavedení a používání sesterské dokumentace do praxe: „*Organizačně jsme dokumentaci vytvářeli především pomocí komunikace s vedoucími spolupracovníky. Nejtěžší bylo hlavně přesvědčit tyto vedoucí pracovníky, aby pochopili nutnost a důležitost dokumentace. Protože naši vedoucí pracovníci jsou v 75 % vyššího věku, tak tato problematika nebyla přijata velmi pozitivně – „Proč když to stačilo tenkrát“, a nepochopily ten prvopočátek, podstatu legislativy, která jde s dobou. Bylo tedy nutné je napřed seznámit s tímto krokem a pak s nutností vlastní ochrany. Takže, aby pochopili, že sestra umí používat hlavu, je šikovná, je chráněná a může písemně doložit všechny akty, které prováděla. Není to jenom takové to – „já jsem“, ale má to parafované a „jsem konkrétní osoba.“* (Respondentka 5) Je přirozené, když formy implementace jsou v pohybu, stále pokračují a neustále se vyvíjejí. Je důležité vnímat, že jsou různé stupně vývoje aplikace ošetřovatelské dokumentace: „*Po zkušenostech vidím, že staniční sestry si budou muset říct, jak co by mělo vypadat. Bohužel, trochu je problém s časem; jak jsem se zmínila – nemáme vrchní, staniční, resp. vedoucí sestry jsou u pacientů, a tak mnoho času nemají. Nicméně již mi staniční sestry ukazovaly nějaký formulář z Písku, který je velmi obsažný, obsahuje zřejmě vše, podle ošetřovatelského procesu. Ale je to náročné i jen na pročtení - mám obavu, že to je jen papírová záležitost. Myslím, že se u toho nemusí moc přemýšlet, jenom se zaškrtává.“* (Respondentka 6)

Myšlenková mapa 4: Aplikace a praktické využívání ošetřovatelských diagnóz



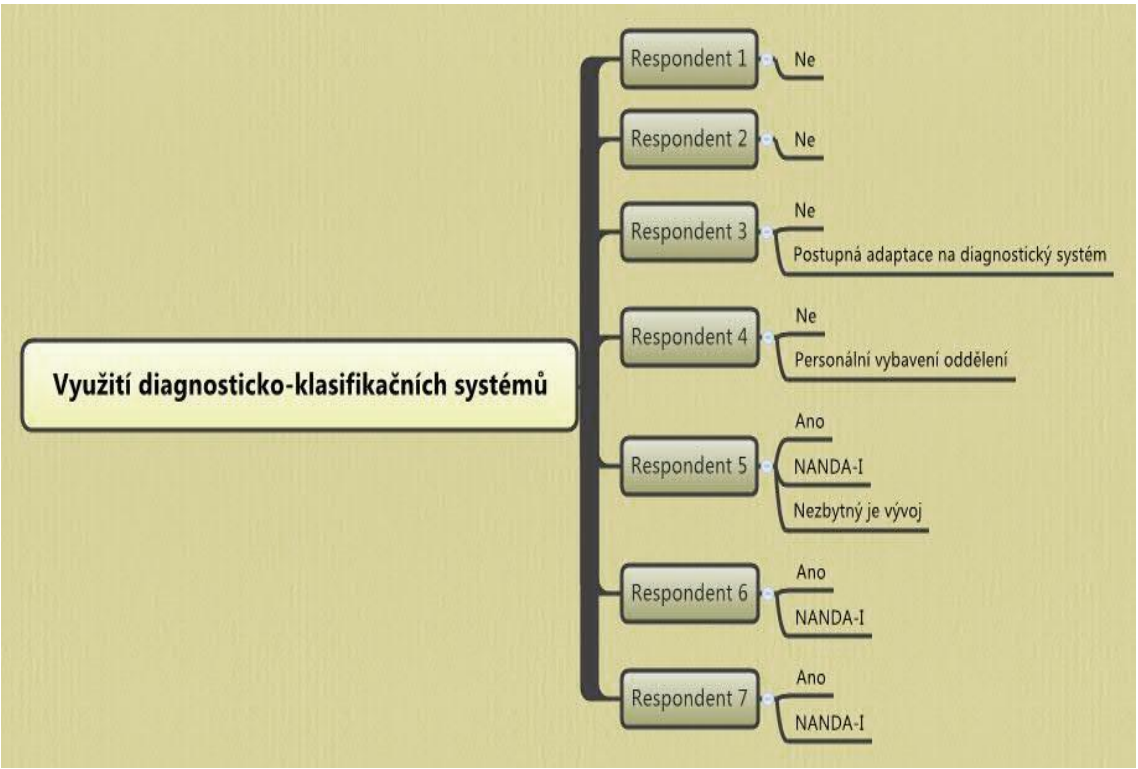
Myšlenková mapa 4 prezentuje výsledky hlavních sester v oblasti samotné aplikace a praktického využívání ošetřovatelských diagnóz v jednotlivých Jihočeských nemocnicích. Implementovat ošetřovatelské diagnózy do praxe, když většina zkušených sester není sžita s problematikou sesterské diagnostiky, je složitým úkolem pro vedoucího pracovníka. Ověření z praxe, které vyplynulo z rozhovorů je východiskem a logickým postupem posouzení znalostí sester. Na základě jejich ověřených poznatků a zkušeností je možné začít postupně proškolovat personál v oblasti ošetřovatelské diagnostiky: *„Po pravdě moc sester v době zavádění oš. dokumentace nevědělo co oš. diagnózy jsou. Nicméně po posouzení znalostí sester a proškolení jsme v oš. dokumentaci sesterské diagnózy zapojily.“* (Respondentka 1) První pokusy vytvořit a implementovat ošetřovatelské diagnózy společně se sesterskou dokumentací

byly základními kameny, na kterých se dodnes staví, i když se mění a transformuje obsah, dle požadavků a nároků. Výzvou pro ucelené české ošetřovatelství je vytvořit vlastní ošetřovatelskou diagnostickou klasifikaci, která by se vztahovala k sesterským normám, kompetencím a vyjadřovala by tak české ošetřovatelské profesní poměry. *„Nejdříve jsme vytvářeli dokumentaci na koleni, předdefinovali jsme si oš. diagnózy a ty používáme dodnes. Po rozhovoru s paní Lenkou Gutovou*[1] *se domnívám, že by bylo vhodné vypracovat vlastní „české“ oš. diagnózy.“* (Respondentka 2) Zajímavým jevem, který jsme nepředpokládali, se pro nás stala skutečnost, že sestry na anesteziologicko-resuscitačních odděleních více pracují s oš. diagnózy z toho důvodu, že mají na starost méně pacientů, ale to samozřejmě vyplývá i z individuální závažnosti stavu každého nemocného: *„Například na ARO hodně pracují s oš. diagnózami, taky na ty záznamy mají málo pacientů a tím více času. Na začátku jsem jim dala soubor diagnóz a ony si vybraly nejčastější, které se vyskytují na jejich oddělení. Ty si pak rozšiřovaly i cíle a intervence. Většina oddělení pracuje s kapesním průvodcem pro sestry. Zatím nechceme přecházet na NANDU 2.“ (Respondentka 3)* Akreditace přináší do pracovního procesu ve zdravotnických zařízení spoustu změn a nutných revizí, to se týká i oš. diagnóz v praxi: *„V listopadu 2010 proběhlo akreditační řízení, kde my jsme měli 22 oš. diagnóz, tak jsme provedli revizi a nyní jich máme 18. Jakmile proběhne nějaký impulz, buď od sester samotných nebo ústy staničních, či vrchních, tak se na dokumentaci okamžitě podíváme a hned se upravuje. Tak že se dá říci, že je to živý materiál, se kterým se průběžně pracuje. Pokud lze upravit, tak jí upravíme. Já sama jsem prosadila, že máme barevné odlišení, na což jsem pyšná.“* (Respondentka 4 pojala tuto otázku spíše obecněji). Ošetřovatelskou diagnostiku v rámci sesterské dokumentace sestavuje v základní nabídce firma HINZ, která se specializuje na tvorbu a distribuci ošetřovatelské dokumentace. Tuto službu, poměrně finančně náročnou, využila jedna ze zkoumaných nemocnic, a poté si utvořila vlastní specializované oš. diagnózy. *„HINZ má svoji nabídku diagnóz, ty jsme vzali jako prvopočátek s tím, že každé oddělení si*

[1] Mgr. Lenka Gutová je hlavní sestrou Ústřední vojenské nemocnice v Praze (dále jen ÚVN) a pod jejím vedením nelékařské zdravotnické profese, jako první z nemocničních zařízení v ČR získala ÚVN americkou akreditaci Joint Commission International.

vytvořilo svoje specifické diagnózy. Většinou ty chirurgické obory nemají až tak velké rozpětí diagnóz. S Interními obory už je to rozsáhlejší, protože jsou tam pacienti starší, je tam více přidružených chorob a má více vedlejších problémů. Takže na tom jsme stavěli a ty oddělení si k tomu řekly. S některými formulacemi diagnóz jsme nesouhlasili, tak se zase sedlo, dali jsme jim papír a formulovali jsme. Diagnóza, číslo, název a teď všechno, co k tomu patří. Pak jsme to dali našemu zásobovacímu v tisku a oni nám to udělali. A mají teď diagnózy, tak jak si to postavily. Diagnózy vycházely především z NANDY, také trochu z kapesního průvodce. Hodně jsme, ale listovali a využívali NANDU. Zase se vrátím k mladým děvčatům, protože tohle se učí ve škole, z toho vycházejí. Tak že i pro ně to bylo mnohonásobně snadnější říct, odpověď na tu diagnózu, co by tam jako mělo být. Kódy k diagnózám nedáváme. Když jsme začali používat NANDU, tak jsme si plánovali, že by jsme do budoucna tohle udělali, ale zatím jsme se k tomu nedostali. Vím, že děvčata jsou natolik šikovná, že by každá v té svoji odbornosti určitě se dokázala rychle orientovat a naučily by se používat i kódy, ale prozatím je nechci zatěžovat. Možná dobou se to po nás bude chtít, ale v současné době neplánujeme používání kódů. Problém vidím, že diagnózy se na školách učí trošku jinak, někdo chce diagnózu a kód, někdo zase diagnózu, intervence, cíl. Kdyby to bylo dané jednotně, ale bohužel není." (Respondentka 5) Z výsledků velmi nenápadným, ale zřetelným způsobem vyplývá, že českému ošetřovatelství chybí jednotnost v definicích jednotlivých oš. diagnóz, intervencí a hodnocení péče. Linie tvorby oš. diagnóz vyplývá z podkladů literatury, zkušeností a jiných odborných podnětů a nebo na základě USA ošetřovatelské klasifikace NANDA-I: *„Používáme NANDU, i když celý systém ošetřovatelských diagnóz mi nevyhovuje. Např. deficit sebepéče při jídle, já bych řekla nesamostatnost při jídle…atd. Zřejmě nejsme schopní si vymyslet český způsob vyjadřování v ošetřovatelství, tak musíme jít – a nejspíš chceme - podle Ameriky.*" (Respondent 6) V neposlední řadě je důležitá kreativita a odborné vyjádření: *„Vytvořili jsme s kolegyněmi publikaci, která zpracovává ošetřovatelské diagnózy, dle NANDA-I, které se používají u nás na každém oddělení."* (Respondent7)

Myšlenková mapa 5: Využití diagnosticko-klasifikačních systémů



Myšlenková mapa 5 znázorňuje aplikaci diagnosticko-klasifikačních systémů se zaměřením na NANDA-I, NIC a NOC v Jihočeských zkoumaných nemocnicích. Všechny tři mezinárodní ošetřovatelské klasifikace jsou amerického původu. Z myšlenkové mapy jasně vyplývá, že klasifikace NIC a NOC nejsou využívány v žádné nemocnici, naopak diagnostický systém NANDA-I je používán ve třech nemocnicích. Tento jev je vysvětlitelný tím, že NANDA-I je přeložená do českého jazyka, NIC a NOC bohužel prozatím český překlad v naší zemi nemá k dispozici. U dvou respondentek jsme zaznamenali stejné odpovědi: *„Ne.“* (Respondentka 1, 2), jež vypovídaly o nevyužití diagnosticko-klasifikačních systémů v praxi. Další výpověď charakterizuje postupnou adaptaci sester na současné oš. diagnózy a oš. dokumentaci: *„Nevyužíváme klasifikační systémy. My se nejdříve musíme sžít se současnou dokumentací, především tedy sestry. Ani to nemáme v plánu.“* (Respondentka 3) Administrativní částí v pracovním procesu se sestra, postupem let, musí zabývat více hodin, než v dřívější době. Problémem je, když personální výbava na odděleních není

dostačující. I z tohoto důvodu respondent 4 vidí, proč se klasifikační systémy méně aplikují do praxe: „*Nepoužíváme klasifikační systémy a myslím si, že je to také o personálním vybavení oddělení, neboť je to něco navíc. Já jsem ráda, pokud mi sestry nějakým způsobem zhodnotí diagnózy, které v dokumentaci zaškrtly, protože se to stále ještě učí. Ani to zatím nemám v plánu, přijde mi to už vědecké, hodilo by se to spíše na oddělení, kde by leželo 20 pacientu a mělo je na starosti 5 sester, pak možná ano, ale jinak si myslím, že to nejde.“* (Respondentka 4) Nezbytný je ale i vývoj a přizpůsobování se změnám. Jedině tak se může ošetřovatelství v ČR vyvíjet: „*Přiznám se, že jsme nepřemýšleli o zavedení klasifikačních systémů NIC a NOC, i když NANDU-I využíváme, tak asi tak. Paní kvalitářka to taky nechává na této úrovni. Je pravda, že nás příští rok čeká reakreditace. A chce se po nás jakýsi vývoj, jakou cestou jdeme kupředu, takže nechávám jí to na zvážení, neboť si myslím, že ona jako kvalitářka by to měla táhnout dopředu. Já osobně se nebráním žádným novotám, protože si myslím, že to je vždy ku prospěchu v provozu a pro pacienty. A hlavně je to dobou, nedá se říkat, to co bylo kdysi. Ošetřovatelství je dneska úplně o něčem jiném a nemůžu říkat tady, to stačí, to nejde. Pak bych si přála, aby ošetřovatelství bylo tak, jak má být, tak jak se může využít, když se o něm ví někde. To znamená, když se začne něco nového, tak zase by se na tom mohlo stavit počtově personálně, to znamená, že zase se to otočí jako šnek k tomu pacientovi. Vyplývá z toho, že to zase musí něco přinést. Já si to pořád vysvětluju tak, že i to náročný pro ten personál bude, ku prospěchu nemocnému, ta péče bude zase lepší. Asi tak bych to řekla.“* (Respondentka 5) Využití diagnostického systému NANDA-I v praxi je častějším jevem, který popisují dvě respondentky, také obě shodně odpovídají, že nevyužívají klasifikační systémy NIC a NOC: „*Ano, NANDU používáme, NIC a NOC ne.* “ (Respondentky 6, 7)

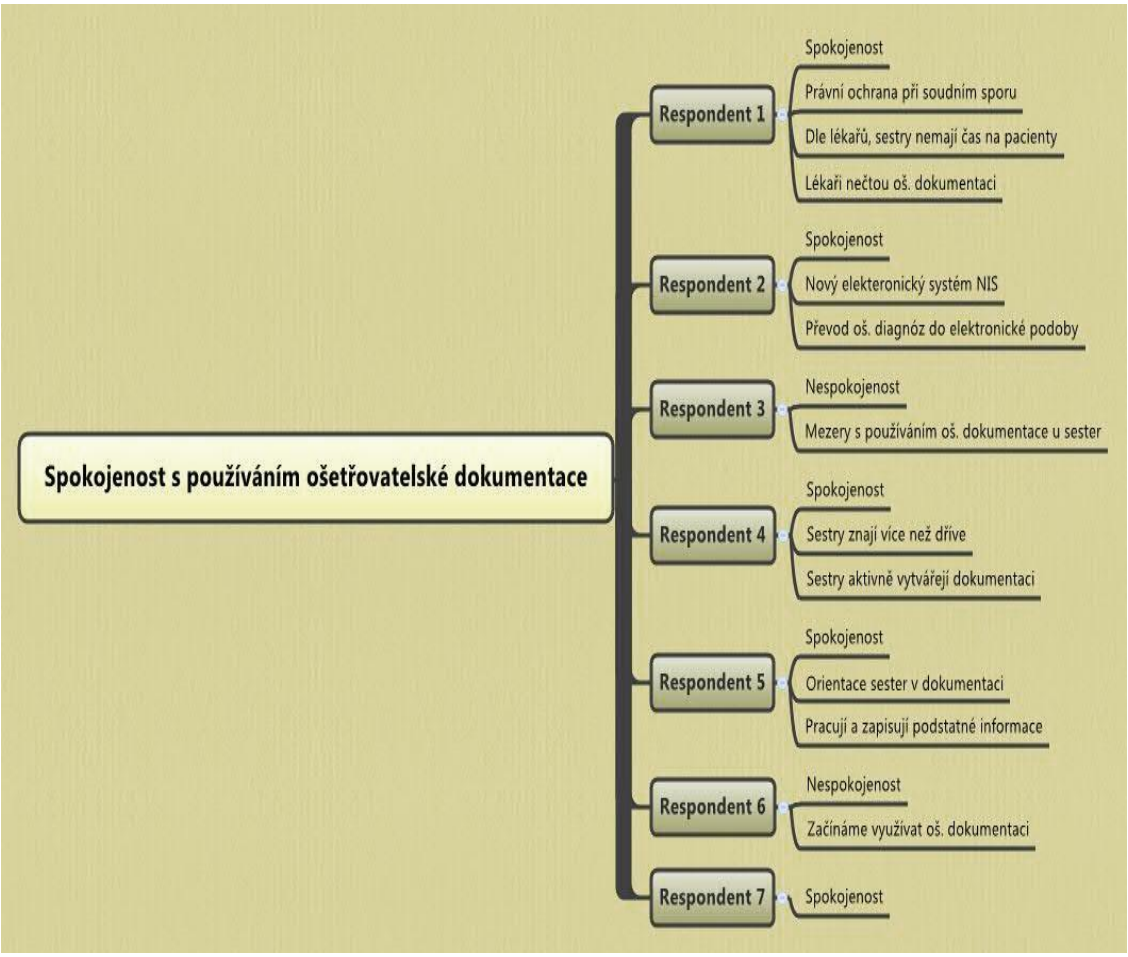
Myšlenková mapa 6: Omezení pro využití klasifikačních systémů

Myšlenková mapa 6 prezentuje, jaká existují omezení pro využití klasifikačních systémů NIC, NOC v praxi. Zaměřovali jsme se především na základní oblasti: finanční prostředky, personální výbavnost a časová náročnost a jiné faktory, které uvedly hlavní sestry. Překvapivým výsledkem, jenž vyplynul z myšlenkové mapy, byl ten, že převážná většina hlavních sester uváděla finanční dostupnost v prostředcích. Lze tedy říci, že hlavní sestry nepovažují finanční prostředky za omezující k implementaci NIC, NOC do praxe. A naopak problém, který by mohl působit jako překážka k aplikaci NIC, NOC do praxe je personální nedostatek: *„Nedostatek personálu je překážkou v zavedení klasifikačních systémů. Finanční prostředky, to si zrovna nemyslím. Spíše by mohly být motivační, jako systém hodnocení a odměňování. Časová náročnost může být překážkou, určitě ano.“ (Respondentka 3)* Respondentka 4 odpovídala téměř shodně s předchozí kolegyní: *„Nepoužíváme NIC, NOC a myslím si, že je to také o personálním*

vybavení oddělení, neboť je to něco navíc. Nedostatek finančních prostředků ani ne. Časová náročnost souvisí s personálním vybavením." Dalším aspektem, který může být překážkou v implementaci NIC, NOC v praxi je spolupráce s ošetřovatelským a lékařským týmem. Při zavádění nových metod a postupů je velmi vhodná podpora pro hlavní sestru od vedoucích pracovníků ošetřovatelství a vedoucího lékaře či ostatních z lékařského týmu: „*Teď budu upřímná, je to zkostnatělost ošetřovatelského provozu a potom, že já jako na pozici hlavní sestry, která bych měla řídit ošetřovatelský proces a provoz bez toho aniž by ho někdo ovlivňoval, nelze. Je tady hodně věcí, co to ovlivňují a to jsou hlavně lékaři-primáři oddělení, protože každý si hájí to svoje oddělení a hájí si pak ty svoje vlastní lidi s tím, že pořád jim jenom nandáváte práci. Tak že jde o hájení svého území a potom pokud nemáte 100% podporu od vedení a od primáře, který se na tom musí s vámi podílet, tak pak to velmi drhne. Dlouho všechno trvá. A musíte najít spojence, když je nenajdete, tak s tím nehnete. A upřímně pokud na vedoucích funkcích nebudou lidi minimálně mladší už s určitým dosaženým vzděláním, tak se to nebude hýbat do doby odchodu do důchodu, protože ani pan primář vám nedovolí, jen tak změnit vedoucího pracovníka, tam je kámen úrazu."* K personálnímu nedostatku se respondentka vyjádřila: „*Brání, jak kde. A to se právě odvíjí od toho vedoucího pracovníka, jak je akční vedoucí, tak ona dokáže motivovat ty svoje podřízené a oni, i když z toho vyplyne třeba větší objem myšlení, dejme tomu, tak se to mu dokážou přizpůsobit, protože ta vedoucí to odůvodní dobou, vždyť nejste hloupí, jste holky šikovný a je to takový to polechtání ze všech stran. A jakmile máte tu zkostnatělost v sobě, tak i to, co je za ní je zkostnatělé. A řeknou: „Proč by jsme to dělaly, když nemusíme a je nás tu málo." Tak asi takhle."* Finanční prostředky pro respondentku také neznamenají problém, správné a dobré věci, které přispívají ke zkvalitnění péče s podloženými podklady jsou u vedení obhajitelné. Také, když to přispěje k dobré reprezentaci a dobrému jménu nemocnice: *„Je to možná časově náročné, ale já si myslím, že když se dokáže vedení přesvědčit doloženými podklady a zdůvodníte jim, proč je to důležité, nutné a potřebné. Já si myslím, že by se finanční prostředky vždycky našly na ten rozvoj. Neříkám hned a všude, že jo. Když by to bylo přijatelné provozem a nebylo by jenom tak řečeno, že se něco chce, tak si myslím, že se o tom dá hovořit. I*

kdyby tam byla finanční náročnost, dneska se hodně počítá, ale k tomu efektu to mu provozu si myslím, že to vedení se vždycky přizpůsobí a kývne na to, protože je to i jeho prestiž toho vedení. To je potom při různých auditech z hůry, takovéto blýsknutí se, dále potom využití na konferencích, kde můžou ty sestry vystoupit a prezentují tím naše zařízení, tak že to je vždycky pozitivní." (Respondentka 5) Další respondentka se vyjádřila k personálnímu nedostatku u zavádění klasifikačních systémů do praxe: „*Zcela určitě omezuje. Nedostatek personálu ovlivňuje používání jakékoliv dokumentace a nových metod. Je-li málo personálu, vykonává se nejnutnější. Administrativa je – měla by být to poslední."* O problematice finančních prostředků pro nemocnice, vždy je počítáno s určitým ekonomickým nákladem: „*Nepřemýšlela jsem o tom… Dokumentace jsou papíry, a čím víc papírů, tím více peněz. I proto, by se mělo psát jen to nejnutnější - a s tím pak musí nemocnice ekonomicky počítat."* O překážce časové náročnosti respondentka hovořila spíše z pohledu náročnosti vedení administrativy: „*Samozřejmě, že každé psaní - o pacientovi - zabírá čas. Proto čím méně, tím lépe. Nemocnice by si neměly vymýšlet, ale pouze splnit, co je podle zákona a předpisů nutné. A nejlépe – postarat se, pracovat na změně zákonů. Méně psát a více se věnovat pacientům. Ti „z našeho psaní" vůbec nic nemají…"* (Respondentka 6) Pro zavádění nových metod v ošetřovatelství je nezbytný i pohled priorit. Zanalyzovat, co je důležité, prvořadé a naopak: *„ Nemyslím si, dle mého názoru je zavádění klasifikačních systémů v menší prioritě než další změny, které zavádíme v oš. dokumentaci, tedy záleží na dané prioritě. Ano, finanční oblast může, omezovat zavedení dokumentace s klasifikačními systémy. Časová náročnost ne."* (Respondentka 2) Respondentka 1 uváděla svůj názor v jednoslovných odpovědích a to tak, že vidí pouze překážku v oblasti financí pro zavedení klasifikačních systémů NIC a NOC. Personální výbavnost a časová náročnost z jejího pohledu nehrají roli (odpovědi ano, ne, ne). Respondentka 7 vyjádřila svůj úsudek o omezení personálního vybavení při zavádění klasifikačních systémů do praxe: *„Myslím si, pokud by sestry dokumentaci vyplňovaly průběžně, tak smysl mají."* K překážkám ve finanční a časové oblasti se vyjádřila, že v těchto faktorech nevidí velký problém.

Myšlenková mapa 7: Spokojenost s používáním ošetřovatelské dokumentace



Myšlenková mapa 7 nám vyjadřuje, jaká je spokojenost hlavních sester s používáním oš. dokumentace v praxi u sester. Z této myšlenkové mapy zřetelně vyplývají stupně vývoje implementace oš. dokumentace v jednotlivých zkoumaných nemocnicích. Překvapujícím výsledkem, avšak zároveň velmi pozitivním zjištěním bylo, že pět ze sedmi hlavních sester uvádělo spokojenost s prací sester s ošetřovatelskou dokumentací. Bohužel se nám potvrdil názor o lékařích v praxi, kteří nečtou, nebo poměrně velmi málo studují v sesterské dokumentaci. Z praxe se ale potvrdilo, že ošetřovatelská dokumentace slouží jako ochranný dokument nejen pro sestry, ale může sehrát zásadní roli i pro lékaře při soudních sporech: *„Myslím, že používání oš. dokumentace u nás je dobré. Lékaři říkají, že sestry nemají čas na pacienty. Opakovaně jsem zjistila, že lékaři*

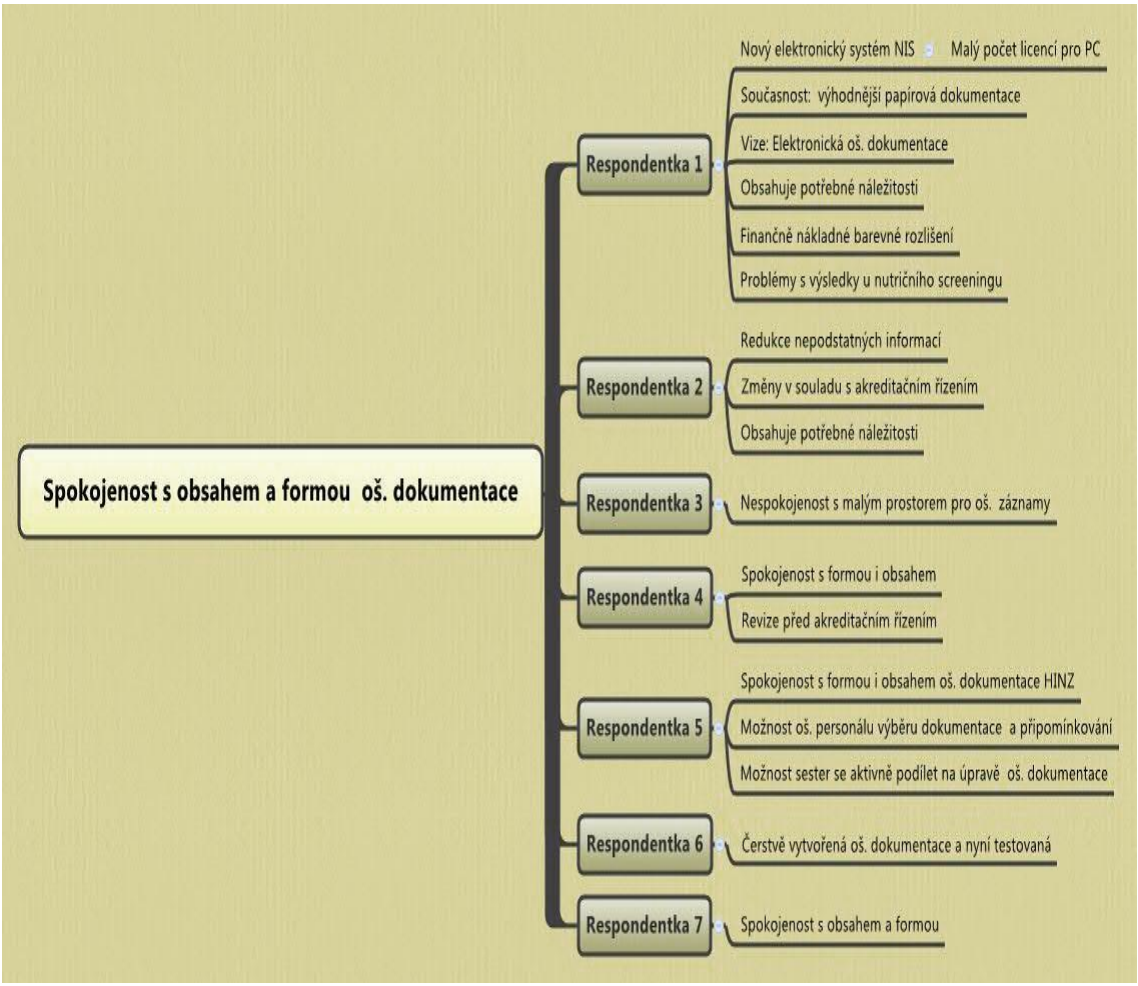
nepročítají oš. dokumentaci. Sesterská dokumentace nám vytrhla 3x trn z paty při soudním sporu.“ (Respondentka 1)

V současné době je aktuální převádět sesterskou dokumentaci do elektronické podoby, která jistě usnadní práci sestrám. V neposlední řadě také umožní hodnocení ošetřovatelských problémů ve statistické podobě, což je významným ukazatelem pro vývoj v ošetřovatelství v ČR. V budoucnu by v ČR mohl vzniknout, díky elektronickým sesterským dokumentům, unikátní ošetřovatelský registr, za jeho pomoci by mohly jednotlivé nemocnice zkoumat a porovnávat ošetřovatelské problémy, které by sloužily jako podklad pro výzkumy v ošetřovatelství. Jediným úskalím k plošnému využití je vybavenost zdravotnických zařízení v PC, která prozatím zabraňuje rozsáhlejšímu využití. A to závisí na ekonomických možnostech dané nemocnice: *„Jsem spokojena, čekám na nový elektronický systém NIS. Máme v plánu převedení většiny oš. diagnóz do elektronické podoby. Alespoň zpracování statistik v PC.“* (Respondentka 2) Je přirozené, že určitým typům sester administrativní činnost nedělá problém, práci provedou kvalitně. Jiní zase potřebují čas, aby všechno důležité vstřebaly a pochopily např. u absolventů, jež jsou v provozu krátce: *„Nejsem spokojená ani s tím, jak se dokumentace vyplňuje. Podle mého názoru jsou tam pořád mezery. Jsou sestry, které pracují s dokumentací velmi dobře, kdy umí zapsat opravdu podstatné věci a nevěnují se nepodstatným. Bohužel, to ale tak není u všech sester.“* (Respondentka 3) Vývoj ve vzdělanosti a praktických znalostech o ošetřovatelské dokumentaci sester z praxe a výpovědi vyplynulo, že se informovanost posunula velmi dopředu. A je vždy velkou výhodou, když sestry aktivně se podílejí na tvorbě a změnách v administrativě, která následně podporuje zkvalitnění ošetřovatelské péče pro pacienty. Respondentka 4 vyjadřuje své zkušenosti k používání oš. dokumentace: *„Nejde ani tak o mě jako o sestry. Dnes už sestry mají více informací díky vzdělání. Pro ně to není nic nového. Starší sestry s tím měly větší problém, Sestry dnes sami aktivně vytvářejí dokumentaci, např. oš. dokumentace používaná na JIP a ARO, na základě jejich poznatků jsme jí také upravovali. Nejlepší je, pokud změny přijdou ze zdola – od řádových sester. Nicméně mohu říct, že jsem spokojená.“*

Respondentka 5 má také velmi pozitivní zkušenost s ošetřovatelským personálem pro jejich pružnost a flexibilitu: *„Já celkem jsem spokojená, protože vycházím z jednoho, že se naučily ošetřovatelský proces velice rychle, musela jsem je chválit. Řekla bych s chybami, které nejsou tolik podstané, např. že sestra zapomněla někde parafu a podobně. Musí být ano, ale není toto důležité jako, že např., že nezapomněla zapsát medikaci, podle odběrů ordinace lékaře, objednat, atd. Tak že, to jsou takové chyby, které jsou dané v člověku, jsme jenom lidi a zapomínáme, ale důležitých, důrazných chyb, řekla bych, že ne, že se jich děvčata nedopouštějí. Jsou ty spíš chyby, jako jsou: chybí razítko, parafa, zaznamenání času, ukončení diagnózy. Víc bych neřekla, my děláme uzavřený audit*[2] *dokumentace, každý měsíc, který dělá paní kvalitářka. A vyhodnocuje se to, tak že ty problémy s důrazem na něco závažného, aby tam zapomínaly, tak to ne, to bychom řešili. Už bych řekla, že se v tom opravdu dokáží orientovat dost dobře, ty holky v tom provozu. Jsem za to ráda.“* Respondentka 6 vyjadřuje, jak jsou každé začátky změn náročným úkolem, nejen pro vedoucího pracovníka, ale také pro sestry v provozu: *„Vůbec nejsem spokojena, jednak s tím začínáme – a nikdo se v tom pořádně nevyzná. Děláme něco, k čemu jsme nucené, protože to vyžadují předpisy. Osobně si myslím, že dokumentace by měla být více o pacientovi, ale rozhodně ne systémem ošetřovatelského procesu. Dříve sestry psaly a někde ještě píší hlášení; s tím už jsem spokojená míň já, protože v něm více méně opisují ordinace doktorů, aby podle toho mohly aplikovat injekce, podávat antibiotika nebo inzulín atd. Sestry mají problém se k dokumentaci vůbec dostat – např. internisti si papíry odnesou a sestry je nevidí i půl dne, tak, prý potom nemají podle čeho pracovat. – Sestry s hlášením byly – jsou spokojené, doví se v něm podstatné. Já si myslím, že v hlášení by si měly všímat i jiných věcí, např. toho, jak se pacient cítí, možná víc toho, co není zrovna vidět….“* Respondentka 7 odpověděla, že je spokojená s použitím oš. dokumentace v praxi a více se nevyjadřovala k této problematice (jednoslovní odpověď: *„Ano*.“)

[2] Uzavřený systém auditu znamená náhodně počítačem vybraný chorobopis od IT pracovníků, ukončený k danému měsíci.

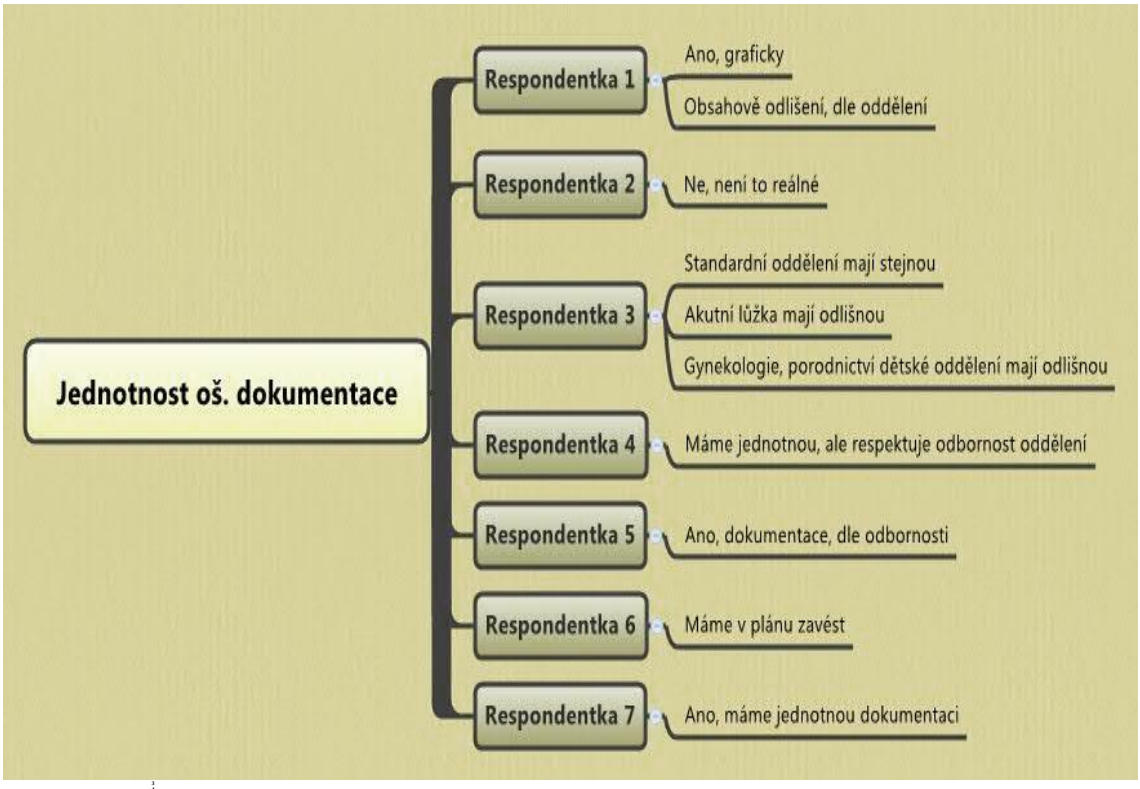
Myšlenková mapa 8: Spokojenost s obsahem a formou ošetřovatelské dokumentace



Myšlenková mapa 8 popisuje spokojenost hlavních sester s obsahem a formou oš. dokumentace. Z výpovědí hlavních sester bylo zřejmé, že mnohé z nich měly nápady a úkoly na oš. dokumentaci, které aktuálně řešily a zabývaly se jimi. Dá se tedy říct, že na obsahu a formě oš. dokumentace se neustále pracuje a zkvalitňuje se. Již v předchozí myšlenkové mapě jsme se zmiňovali o elektronické dokumentaci. Tato problematika se prolnula i do této myšlenkové mapy a potvrdila se její postupná implementace do praxe: *„Měl by se zavádět nový NIS, ale nevíme, jestli v něm bude nová oš. dokumentace. Máme malý počet licencí pro PC v rámci nemocnice -nemocniční informační systém. V současnosti je výhodnější papírová forma dokumentace. Otázkou je jakým způsobem, pokud bude oš. dokumentace v budoucnu elektronická, se bude zaznamenávat okamžitá*

oš. péče - aplikace injekcí, infuzí atd.“ (Respondentka 1) O revizi oš. dokumentace na základě akreditačních standardů a norem hovořily respondentky 2, 4. *„Redukujeme papírovou formu, zjišťujeme co je v praxi důležité, a lehce redukujeme. Máme edukační formuláře. Kontroluji, co by v dokumentaci mělo být a případně navrhuji změny a to tak, aby dokumentace splňovala akreditační standardy. Spolupracuji s více nemocnicemi. K obsahu, vše co potřebujeme, máme.“* (Respondentka 2). Respondentka 4, vyjadřovala spokojenost a ukazuje druhý velmi podobný pohled, jako její předchozí kolegyně: „*Vzhledem k tomu, že jsme dělali revizi před akreditačním řízením, takže jsem spokojena, avšak se netrefíte do vkusu 450 sester, ale to už jsou spíše jednotlivé názory, které se musí podrobit většině. Ale s dokumentací jsem spokojena. S obsahem jsem také spokojena.“* Respondentka 3 hovořila o nespokojenosti nad grafickým zpracováním: *„Jsem nespokojena s malým prostorem pro oš. záznamy, např. pro oš. plán nebo oš. hodnocení.“* Důležitým impulzem ze strany vedení pro ošetřovatelský personál je, že se mohou aktivně podílet na oš. dokumentaci a uzpůsobit si jí podle specializace a potřeb oddělení: *„My s naší verzí oš. dokumentace bych řekla, že jsme spokojení, protože můžou z provozu připomínkovat kdykoliv. Hlavně, protože se přizpůsobujeme danému oddělení a jeho potřebnostem. Jak jsem říkala, že někdo už má třetí verzi. Vybrali jsme si dokumentaci, která nám připadala objemově a obsahově nejlepší. Vybrali jsme si HINZ dokumentaci, takže jsme netvořili nic na koleně. Měli jsme tu předváděčku, možnosti výběru, hlavně jsem to stavěla tak, že ne, co se mě líbí, ale upřednostňovali jsme, aby sestrám to vyhovovalo a dobře se pracovalo. Tak že jsme se přiklonili všichni po všech těch sezeních k dokumentaci HINZ. Už jsme nechtěli nic pseudo, ale bohužel ta interna se nám nepodařila úplně na 100%. Tak že celá nemocnice pracuje s dokumentací HINZ. Avšak interna má papírově HINZ, pouze dekurz má jiný, který je přizpůsoben jejich požadavkům.“* (Respondentka 5) Respondentka 6 uvádí: *„Já se prozatím ke spokojenosti s oš. dokumentací vyjadřovat nemohu. Máme ji čerstvě zavedenou a teď byla rozdána na oddělení, takže uvidíme.“* Respondentka 7 se vyjádřila, že je spokojena s formou a obsahem oš. dokumentace v praxi: *„Jsem spokojená s oš. dokumentací, jen bych sjednotila základní části dokumentace nemocnic v Jihočeském kraji.“*

Myšlenková mapa 9: Jednotnost ošetřovatelské dokumentace



Myšlenková mapa 9 se zaměřovala na jednotnost ošetřovatelské dokumentace v jednotlivých Jihočeských nemocnicích. Z myšlenkové mapy vyplynulo, že převážná většina nemocnic vlastní oš. dokumentace, které jsou graficky jednotné, ale pro každé oddělení mají včleněny svá ošetřovatelská specifika dle oborů. To umožňuje zkvalitnění ošetřovatelských služeb a zrychlení administrativy.

Respondentka 1 se vyjádřila k této problematice: *„Graficky ano, nicméně obsahově jsou odlišnosti, dle oddělení. Interna, chirurgie, LDN, JIP a ARO mají odlišnou dokumentaci.“* Samozřejmě plošně univerzální oš. dokumentaci pro všechna oddělení bez specifik je nelogickým pro využití v praxi. *„Není možné používat jednotnou oš. dokumentaci na ARO, JIP, interním, chirurgickém, dětském oddělení.“* (Respondentka 2) Respondentka 3 téměř totožně odpovídala s respondentkou 4 až na výjimku, že pro standardní oddělení mají uzpůsobenou oš. dokumentaci: *„Na standardních odděleních používají stejnou, na ARO a JIP mají trochu odlišnou a potom je odlišná na gynekologii, porodnictví a na dětském oddělení.“*

Respondentka 4 také uváděla praktickou zkušenost s oš. dokumentací, která má jasně danou linii, avšak zachovává oborovost oddělení. Obecně můžeme říct, že se respondentky shodují, že pediatrie, gynekologie a akutní oddělení vyžadují své zaměření v oš. dokumentaci: „*Máme jednotnou, je to dokumentace, která respektuje odbornost, např. dětské oddělení má jinou protože je pro ně nevyhovující. Niance, které jsou tak je ARO, JIP, porodní sál a gynekologie, ale standardní oddělení gynekologie však používá stejnou jako ostatní oddělení. Ostatní oddělení mají jednotnou ošetřovatelskou dokumentaci, nicméně jsou drobné niance v realizaci ošetřovatelského plánu, protože je lepší oddělením vyhovět, než aby tam vypisovaly a škrtaly. Lze tedy říci, že 10 % dokumentace je vždy „ušito" na odbornost, zbytek má naprosto jednotnou dokumentaci."* Respondentka 5 uvádí jednotnost dokumentace pro celou nemocnici: *„Máme dokumentaci HINZ, kterou využívají všechna oddělení, oš. diagnózy jsou uzpůsobené oborům. Interní oddělení využívá HINZ dokumentaci, ale jako jediný má svůj dekurz podle potřeb."* Respondentka 6 z důvodů, že nemocnice prochází fází implementace oš. dokumentace do procesu se vyjadřuje k problematice: *„Ano, máme to v plánu, myslím si, že dokumentace v nemocnici by měla být pokud možno jednotná – a jednoduchá."* Respondentka 7 zastává také názor pro ucelenou oš. dokumentaci, dle oborů: *„Ano, máme jednotnou oš. dokumentaci, nechtěla jsem, aby se tříštily. Každý obor má stejný úvod. Informace jsou tedy stejné hlavně v ošetřovatelské anamnéze."*

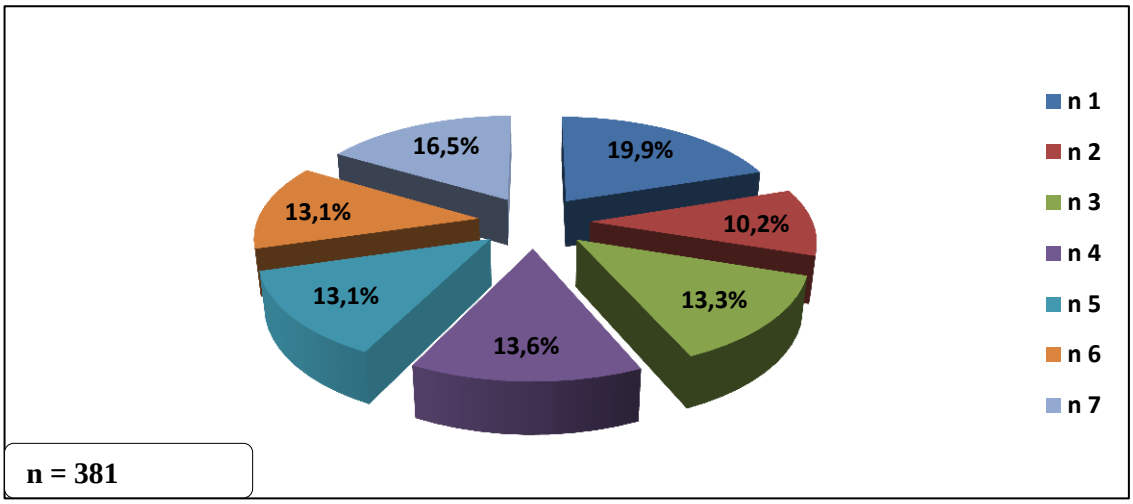
4.3 Dotazníkové šetření

Tabulka 24 Zdravotnické zařízení

Počet dotazníků: 381; Validní počet dotazníků: 381

RESPONDENTI	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST (%)	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)	KUMULATIVNI SOUČTY RELATIVNÍ
n 1	76	19,95	19,95	19,95
n 2	39	10,24	10,24	30,18
n 3	51	13,39	13,39	43,57
n 4	52	13,65	13,95	57,22
n 5	50	13,12	13,12	70,34
n 6	50	13,12	13,12	83,46
n 7	63	16,54	16,54	100,00
Celkem	**381**	**100**	**100**	**100**

Graf 1 Zdravotnické zařízení



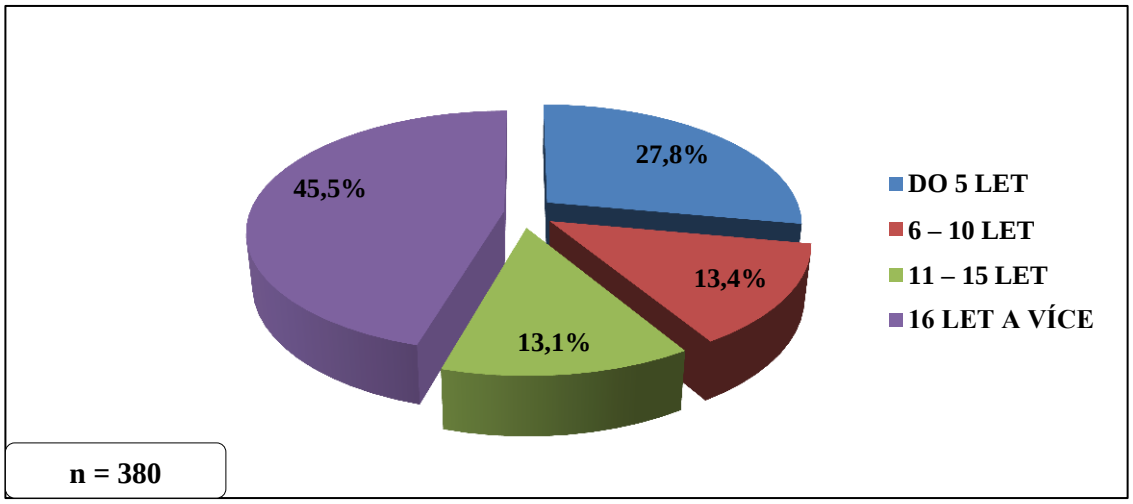
Tabulka 24 a Graf 1 prezentují počet sester ze standardních oddělení jednotlivých nemocnic Jihočeského kraje. Z celkového počtu 381 dotazníků, vyplněných od respondentů bylo validních pro naši položku 381 (100%) dotazníků. Největší procento sester zastupuje 19,9 % (76) respondentů z *n1*. Z *n2* bylo zastoupeno v nejmenším procentu 10,2 % (39) sester. Z *n3* byly v počtu 13,3% (51) sester. Z *n4* bylo zastoupeno 13,6% (52)respondentů. Z *n5* byly v počtu 13,1% (50) respondentů. Z *n6* byly zastoupeny 13,1 % (50)respondenty. Z *n7* byly v počtu 16,5 % (63) respondentů.

Tabulka 25 Délka praxe

Počet dotazníků: 381; Počet validních dotazníku: 380

DÉLKA PRAXE	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)
DO 5 LET	106	27,89
6 – 10 LET	51	13,42
11 – 15 LET	50	13,16
16 LET A VÍCE	173	45,53
CELKEM	**380**	**100**

Graf 2 Délka praxe



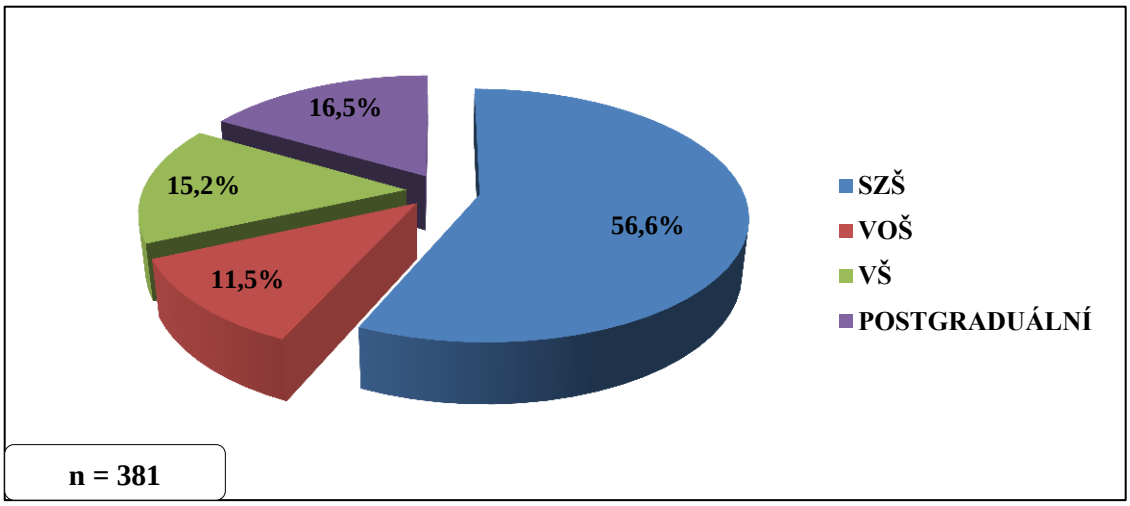
Tabulka 25 a Graf 2 vyjadřují délku praxe sester ze standardních oddělení ve zdravotnictví. Z celkového počtu 381 dotazníků vyplněných od respondentů, bylo validních pro naši položku 380 (100%) dotazníků. *Do 5 let praxe* odpovídalo 27,8 % (106) sester. *6-10 let praxe* uvedlo 13,4% (51) sester. *11-15 let praxe* odpovídalo 13,1% (50) sester. *16 let a více praxe* odpovědělo největší procento 45,5% (173) sester.

Tabulka 26 Vzdělání

Počet dotazníku: 381; Počet validních dotazníku: 381

VZDĚLÁNÍ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST (%)	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)	KUMULATIVNÍ SOUČTY VALIDNÍ
SZŠ	216	56,69	56,69	56,69
VOŠ	44	11,55	11,55	68,24
VŠ	58	15,22	15,22	83,46
POSTGRADUÁLNÍ	63	16,54	16,54	100,00
CELKEM	**381**	**100**	**100**	**100**

Graf 3 Vzdělání



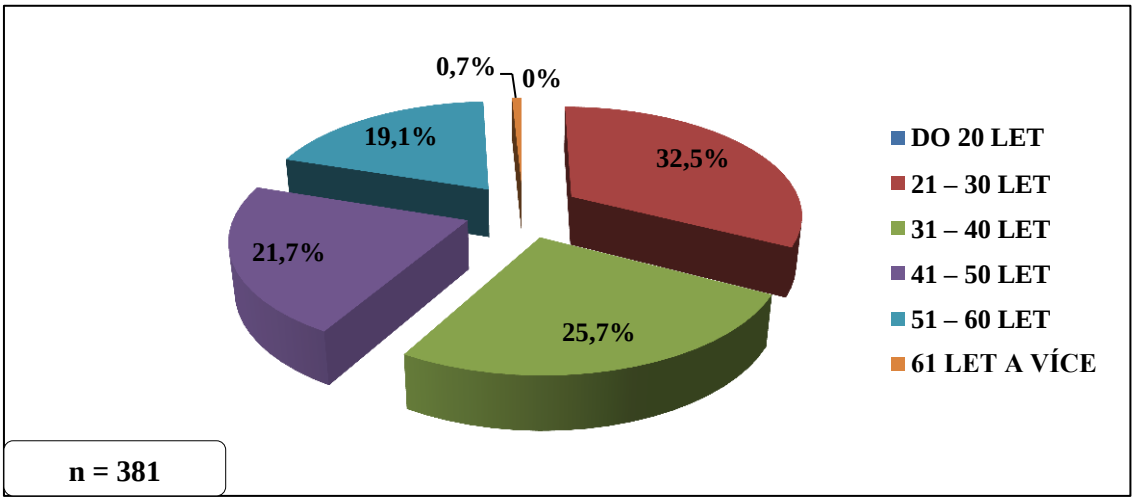
Tabulka 26 a Graf 3 znázorňují vzdělání sester ze standardních odděleních. Z celkového počtu 381 dotazníků, vyplněných od respondentů, bylo validních pro naši položku 381 (100%) dotazníků. Z výsledků vyplynulo, že *středoškolsky vzdělaných sester* se vyskytlo 56,6% (216). *Vyšší odborné vzdělání* jsme zaznamenali u nejméně 11,5 % (44) sester. *Vysokoškolského vzdělání* dosáhlo 15,2 % (58) sester. *Postgraduálního vzdělání* dosáhlo 16,5 % (63) sester.

Tabulka 27 Věk

Počet dotazníků: 381; Počet validních dotazníků: 381

VĚK	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST (%)	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)	KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ
DO 20 LET	0,00	0,00	0,00	0,00
21 – 30 LET	124	32,55	32,55	32,55
31 – 40 LET	98	25,72	25,72	58,27
41 – 50 LET	83	21,78	21,78	80,05
51 – 60 LET	73	19,16	19,16	99,21
61 LET A VÍCE	3	0,79	0,79	100,00
CELKEM	**381**	**100**	**100**	**100**

Graf 4 Věk



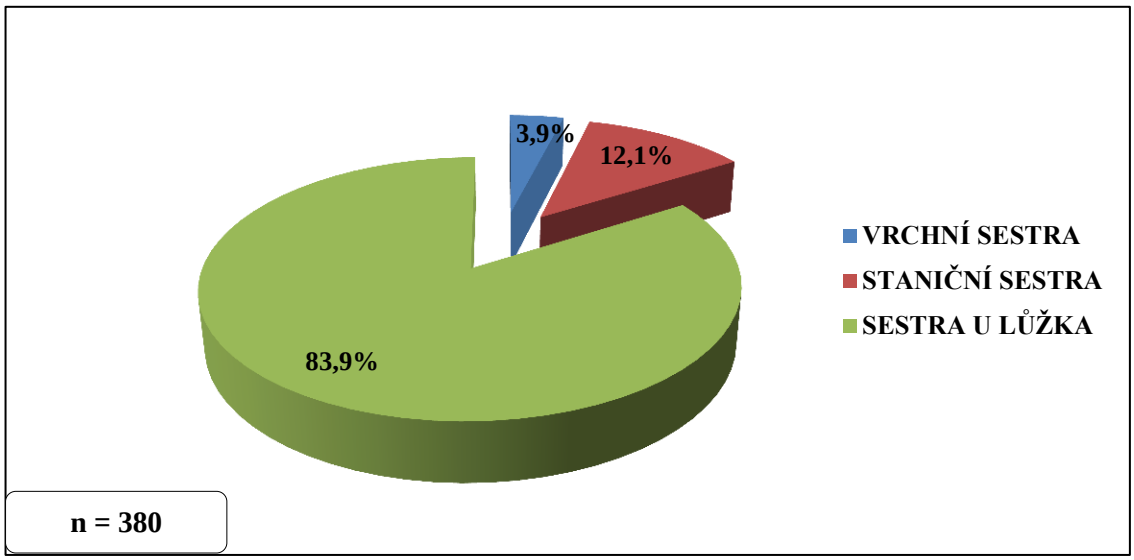
Tabulka 27 a Graf 4 prezentují výsledky věkové kategorizace u sester ze standardních oddělení. Z celkového počtu 381 dotazníků, vyplněných od respondentů, bylo validních pro naši položku 381 (100%) dotazníků. Ve věkovém rozmezí *do 20 let* se nevyskytl žádný respondent. V rozmezí *21 - 30 let* bylo zaznamenáno nejvíce 32,5 % (124) sester. Ve věkové kategorii *31 - 40* let bylo 25,7 % (98) sester. Ve věku *41 - 50* let se vyskytlo 21,7 % (83) sester. Ve věkovém rozmezí *51 - 60* bylo zaznamenáno 19,1 % (73) sester. Ve věkové kategorii *61 let a více* bylo 0,7 % (3) sester.

Tabulka 28 Pracovní zařazení

Počet dotazníků: 381; Počet validních dotazníků: 380

PRACOVNÍ ZAŘAZENÍ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)
VRCHNÍ SESTRA	15	3,95
STANIČNÍ SESTRA	46	12,11
SESTRA U LŮŽKA	319	83,95
CELKEM	380	100

Graf 5 Pracovní zařazení



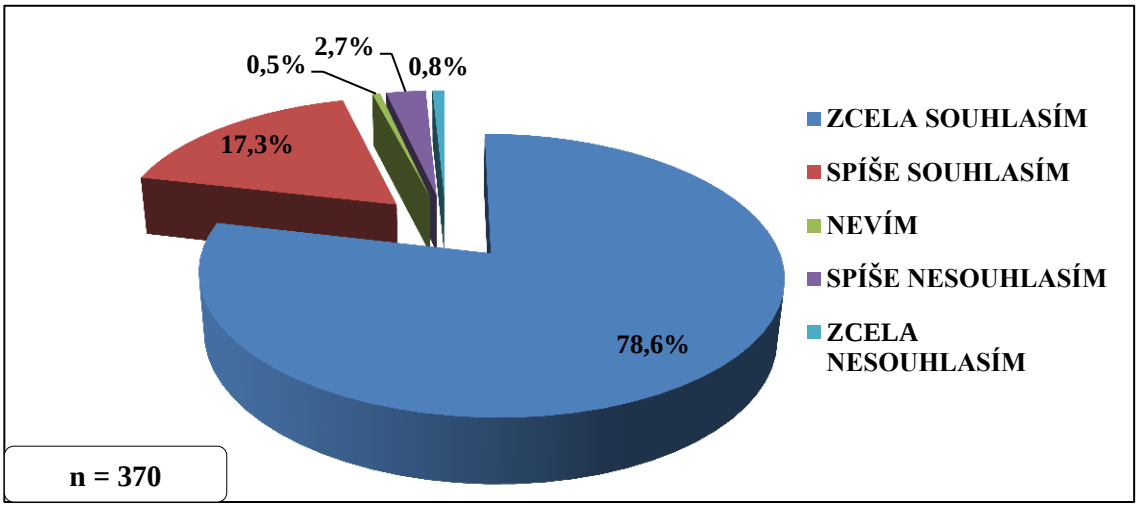
Tabulka 28 a Graf 5 znázorňují pracovní zařazení sester, které pracují na standardním oddělení. Z celkového počtu 381 dotazníků, vyplněných od respondentů, bylo validních pro naši položku 380 (100%) dotazníků. *Vrchní sestra* byla zastoupena v šetření ve 3,9 % (15) sester. *Staniční sestra* byla zaznamenána v 12,1 % (46). *Sestra u lůžka* byla zastoupena v největším počtu 83,9 % (319) sester.

Tabulka 29 Každodenní využití ošetřovatelské dokumentace

Počet dotazníků: 381; Počet validních dotazníků: 370

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)
ZCELA SOUHLASÍM	291	78,65
SPÍŠE NESOUHLASÍM	64	17,30
NEVÍM	2	0,54
SPÍŠE NESOUHLASÍM	10	2,70
ZCELA NESOUHLASÍM	3	0,81
CELKEM	**370**	**100**

Graf 6 Každodenní využití ošetřovatelské dokumentace



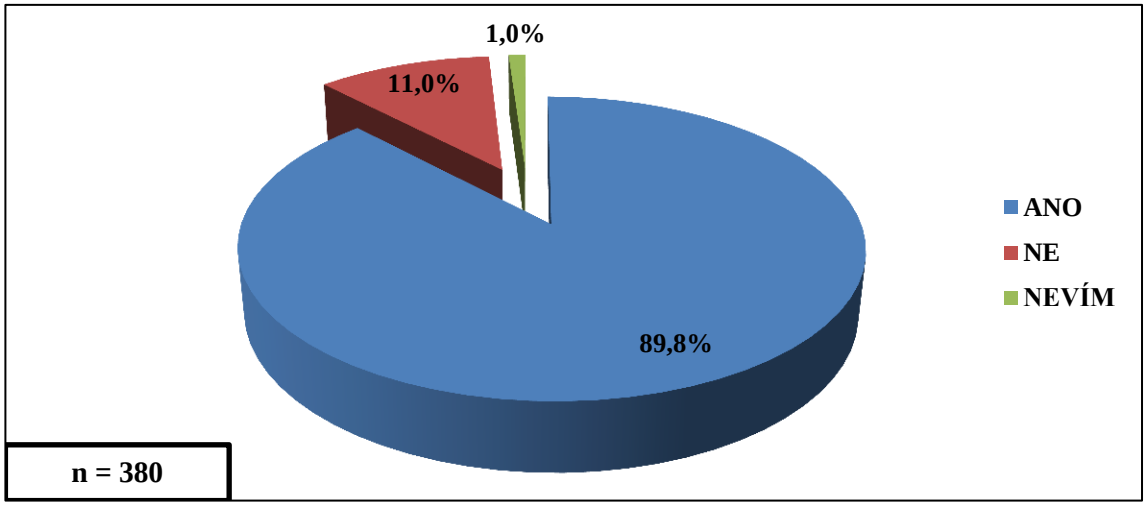
Tabulka 29 a Graf 6 znázorňují každodenní využití ošetřovatelské dokumentace sestrami na standardním oddělení. Z celkového počtu 381 dotazníků, vyplněných od respondentů, bylo validních pro naši položku 370 (100%). Na odpověď *zcela souhlasím* reagovalo 78,6 % (291) sester. Na *spíše souhlasím* odpovědělo 17,3 % (64) sester. Na odpověď *nevím* reagovalo 0,5 % (2) sestry. Na *spíše nesouhlasím* odpovědělo 2,7 % (10) sester. Na odpověď *zcela nesouhlasím* reagovalo 0,81 % (3) sestry.

Tabulka 30 Používání systému ošetřovatelských diagnóz

Počet dotazníku: 381; Počet validních dotazníku: 380

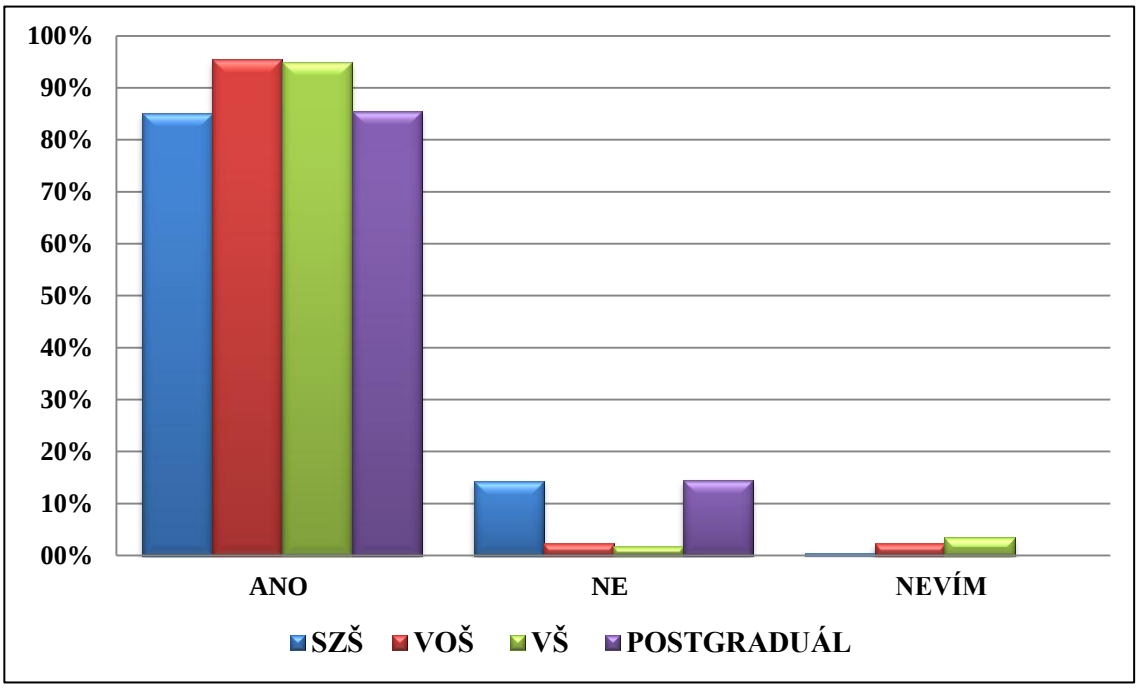
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)
ANO	334	87,89
NE	42	11,05
NEVÍM	4	1,05
CELKEM	**380**	**100**

Graf 7 Používání systému ošetřovatelských diagnóz



Tabulka 30 a Graf 7 se zaměřuje na využití systému ošetřovatelských diagnóz u sester na standardních odděleních. Z celkového počtu 381 dotazníků, vyplněných od respondentů, bylo validních pro naši položku 380 (100%). Odpověď *ano* uvedlo nejvíce respondentů 89,8 % (334) sester. Na odpověď *ne* se vyjádřilo 11% (42) sester. *Nevím* odpovědělo 1% (4) sestry.

Graf 8 Vztah mezi využitím systému ošetřovatelských diagnóz a vzdělání



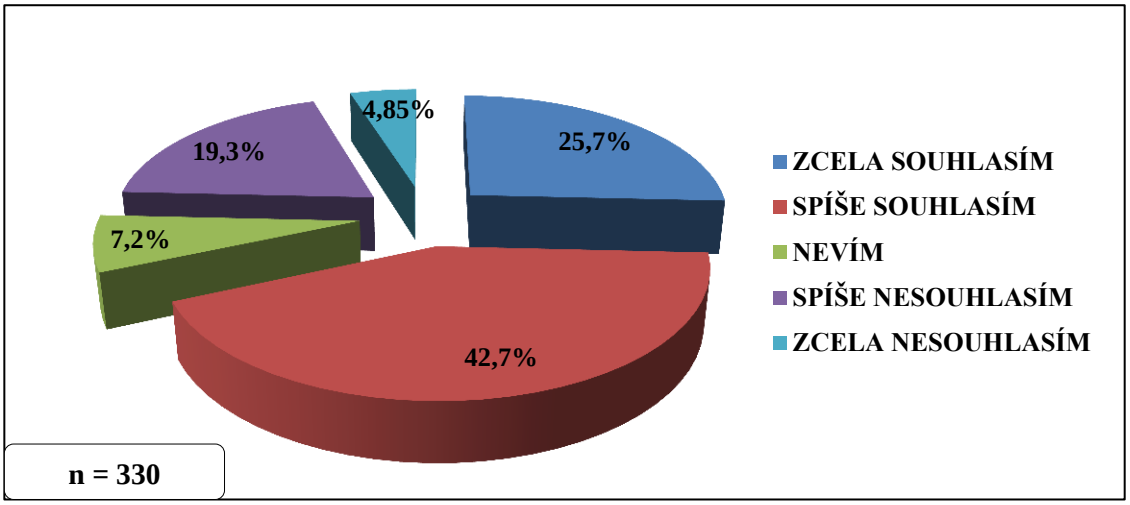
Graf 8 vyjadřují aplikaci test X^2(chí – kvadrát) s korekcí. Chí-kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má hodnotu 16,411 při 6 stupních volnosti. Statistická souvislost byla prokázána pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$. Lze považovat za prokázané, že sestry pracující na standardních odděleních s VOŠ a VŠ vzděláním používají systém ošetřovatelských diagnóz častěji než sestry se SZŠ a s postgraduálním vzděláním.

Tabulka 31 Spokojenost s ošetřovatelskými diagnózami

Počet dotazníků: 381; Počet validních dotazníků: 330

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)
ZCELA SOUHLASÍM	85	25,76
SPÍŠE SOUHLASÍM	141	42,73
NEVÍM	24	7,27
SPÍŠE NESOUHLASÍM	64	19,39
ZCELA NESOUHLASÍM	16	4,85
CELKEM	**330**	**100**

Graf 9 Spokojenost s ošetřovatelskými diagnózami



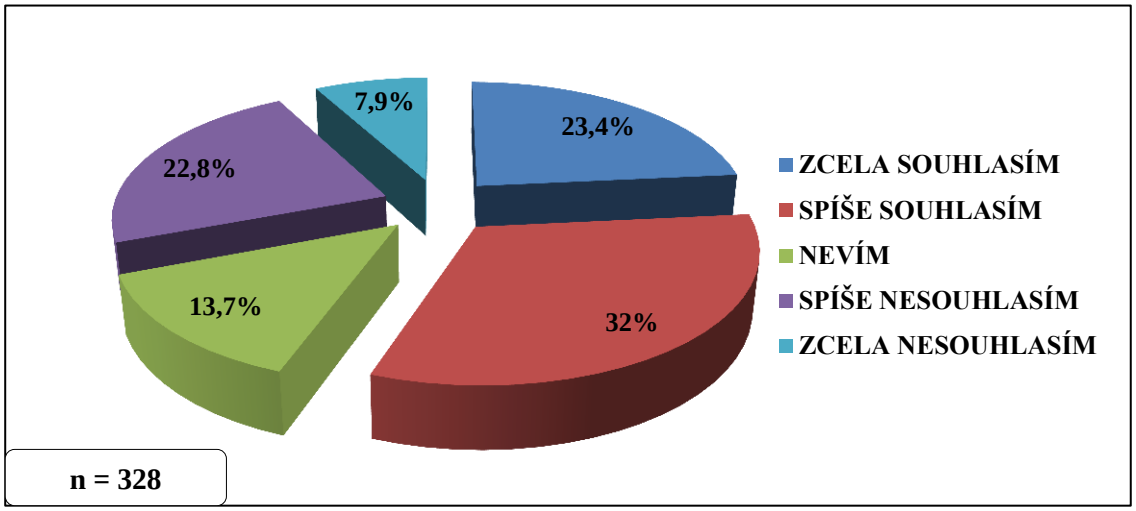
Tabulka 31 a Graf 9 vyjadřuje, zda jsou sestry spokojeny s ošetřovatelskými diagnózami na standardních oddělení. Z celkového počtu 381 dotazníků, vyplněných od respondentů, bylo validních pro naši položku 330 (100%). Na odpověď *zcela souhlasím* se vyjádřilo 25,7 % (85) sester. *Na spíše souhlasím* odpovídalo nejvíce 42,7 % (141) sester. Na odpověď *nevím* se vyjádřilo 7,2 % (24) sester. *Spíše nesouhlasím* uvedlo 19,3 % (64) sester. Na odpověď *zcela nesouhlasím* se vyjádřilo 4,85 % (16) sester. Statisticky významné vazby nebyly prokázány. Hodnocení systému ošetřovatelských diagnóz z hlediska toho, zda vyhovuje či nikoliv, není u sester ze standardních oddělení závislý na jejich vzdělání.

Tabulka 32 Přínosnost ošetřovatelských diagnóz pro ošetřovatelskou péči

Počet dotazníků: 381; Počet validních dotazníků: 328

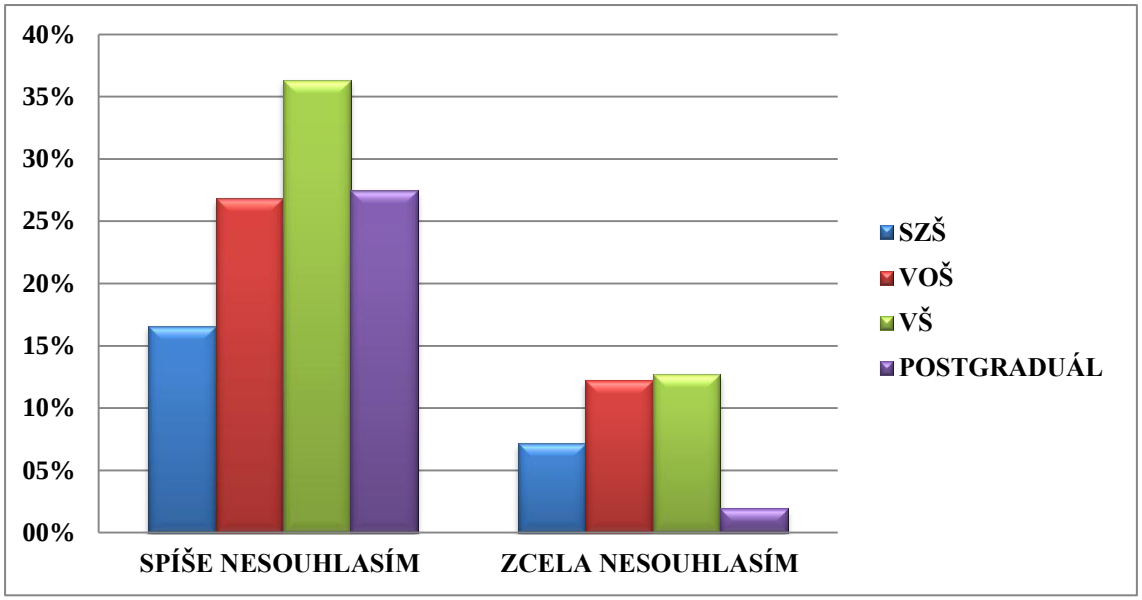
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)
ZCELA SOUHLASÍM	77	23,48
SPÍŠE SOUHLASÍM	105	32,01
NEVÍM	45	13,72
SPÍŠE NESOUHLASÍM	75	22,87
ZCELA NESOUHLASÍM	26	7,93
CELKEM	**328**	**100**

Graf 10 Přínosnost ošetřovatelských diagnóz pro ošetřovatelskou péči



Tabulka 32 a graf 10 prezentuje přínosnost ošetřovatelských diagnóz pro ošetřovatelskou péči z pohledů sester ze standardních oddělení. Z celkového počtu 381 dotazníků, vyplněných od respondentů, bylo validních pro naši položku 328 dotazníků (100%). Na odpověď *zcela souhlasím* uvedlo 23,4% (77) sester. Na odpověď *spíše souhlasím* se vyjádřil největší počet 32% (105) sester. Na odpověď *nevím* reagovalo 13,7% (45) sester. Na odpověď *spíše nesouhlasím* uvedlo 22,8% (75) sester. Na odpověď *zcela nesouhlasím* se vyjádřilo 7,9% (26) sester.

Graf 11 **Vztah mezi přínosem ošetřovatelských diagnóz pro ošetřovatelskou péči a vzděláním**



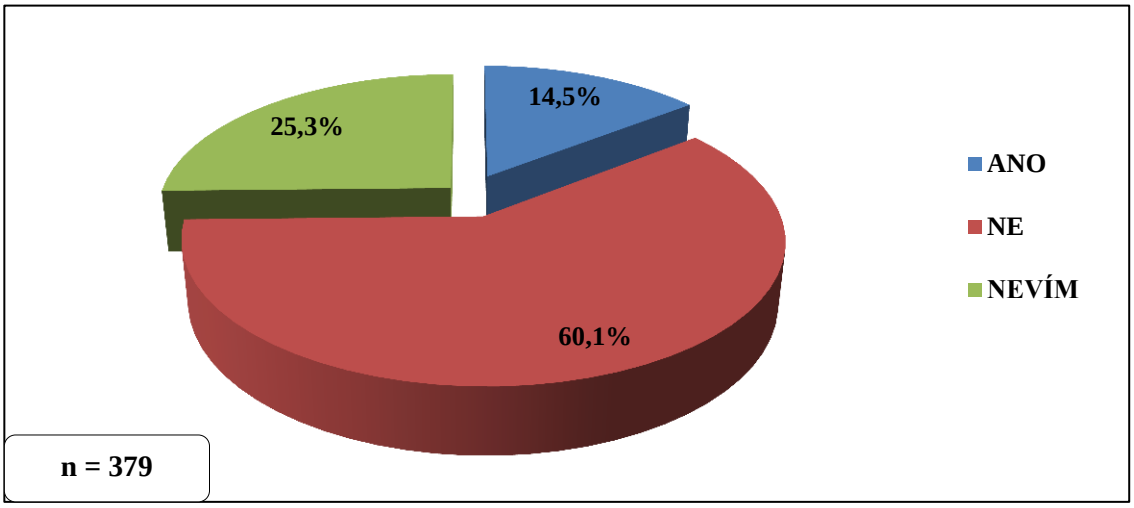
Aplikován test X^2(chí – kvadrát) s korekcí. Chí-kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má hodnotu 23,921 při 12 stupních volnosti. Statistická souvislost byla prokázána pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$. Lze považovat za prokázané, že sestry pracující na standardních odděleních s VŠ vzděláním spatřují v systému ošetřovatelských diagnóz menší přínos pro ošetřovatelskou péči než sestry se SZŠ.

Tabulka 33 Použití klasifikačních systémů NIC, NOC

Počet dotazníků: 381; Počet validních dotazníků: 379

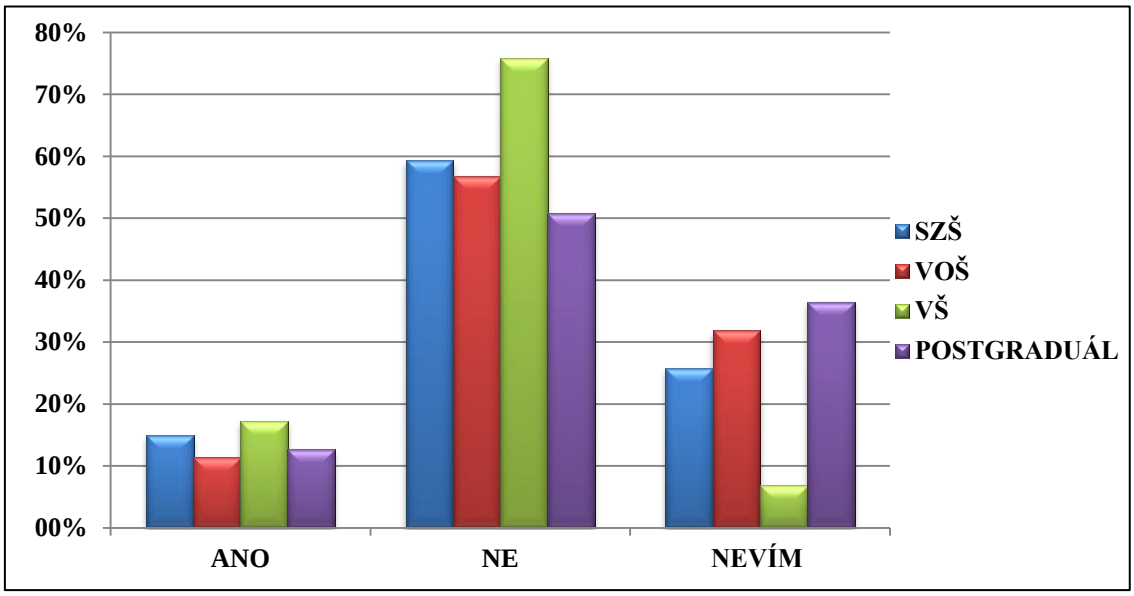
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)
ANO	55	14,51
NE	228	60,16
NEVÍM	96	25,33
CELKEM	**379**	**100**

Graf 12 Použití klasifikačních systémů NIC, NOC



Tabulka 33 a Graf 12 prezentuje použití klasifikačních systémů NIC, NOC sestrami na standardních oddělení. Z celkového počtu 381 dotazníků, vyplněných od respondentů, bylo validních pro naši položku 379 dotazníků (100%). Na odpověď *ano* reagovalo 14,5% (55) sester. Na odpověď *ne* uvedlo 60,1% (228) sester. Na odpověď *nevím* reagovalo 25,3% (96) sester.

Graf 13 Vztah mezi použití klasifikačních systémů NIC, NOC a vzděláním



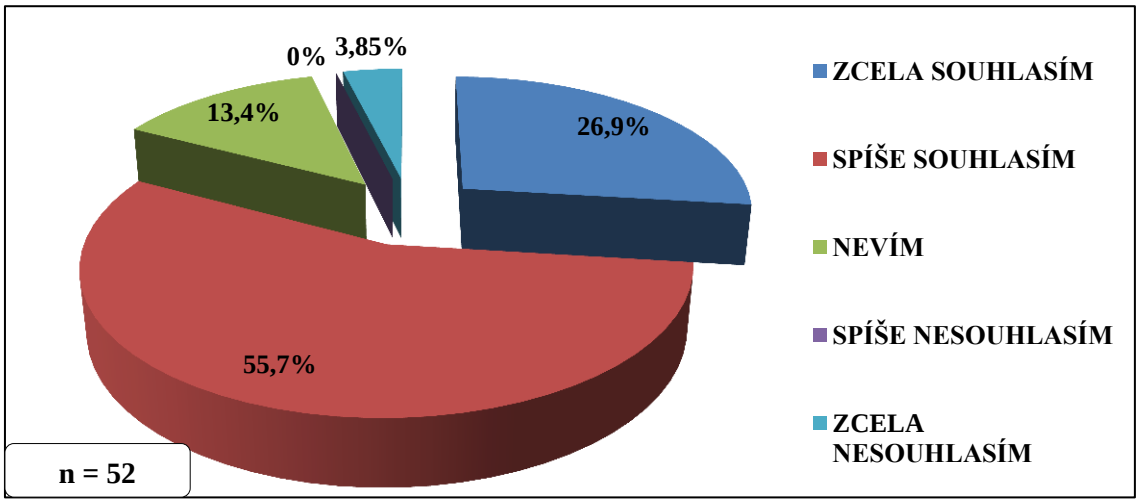
Graf 13 znázorňují aplikaci testu X^2(chí – kvadrát) s korekcí. Chí-kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má hodnotu 15,802 při 6 stupních volnosti. Statistická souvislost byla prokázána pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$. Lze považovat za prokázané, že sestry pracující na standardních odděleních s VŠ vzděláním méně využívají ošetřovatelských klasifikačních systémů NIC, NOC, než ostatní sestry a zároveň méně volí odpověď *nevím* což nepřímo ukazuje na to, že tyto systémy znají.

Tabulka 34 Schopnost pracovat s klasifikačními systémy

Počet dotazníků: 381; Počet validních dotazníků: 52

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)
ZCELA SOUHLASÍM	14	26,92
SPÍŠE SOUHLASÍM	29	55,77
NEVÍM	7	13,46
SPÍŠE NESOUHLASÍM	0	0,00
ZCELA NESOUHLASÍM	2	3,85
CELKEM	52	100

Graf 14 Schopnost pracovat s klasifikačními systémy



Tabulka 34 a Graf 14 vyjadřují, jak umí sestry ze standardních oddělení pracovat s klasifikačními systémy. Z celkového počtu 381 dotazníků, vyplněných od respondentů, bylo validních pro naši položku 52 dotazníků (100%). Na odpověď *zcela souhlasím* se vyjádřilo 26,9% (14) sester. Na odpověď *spíše souhlasím* uvedlo 55,7% (29) sester. Na odpověď *nevím* se vyjádřilo 13,4 % (7) sester. K odpovědi *spíše nesouhlasím* se nevyjádřil žádný z respondentů. Na odpověď *zcela nesouhlasím* uvedlo 3,85 (2) sestry.

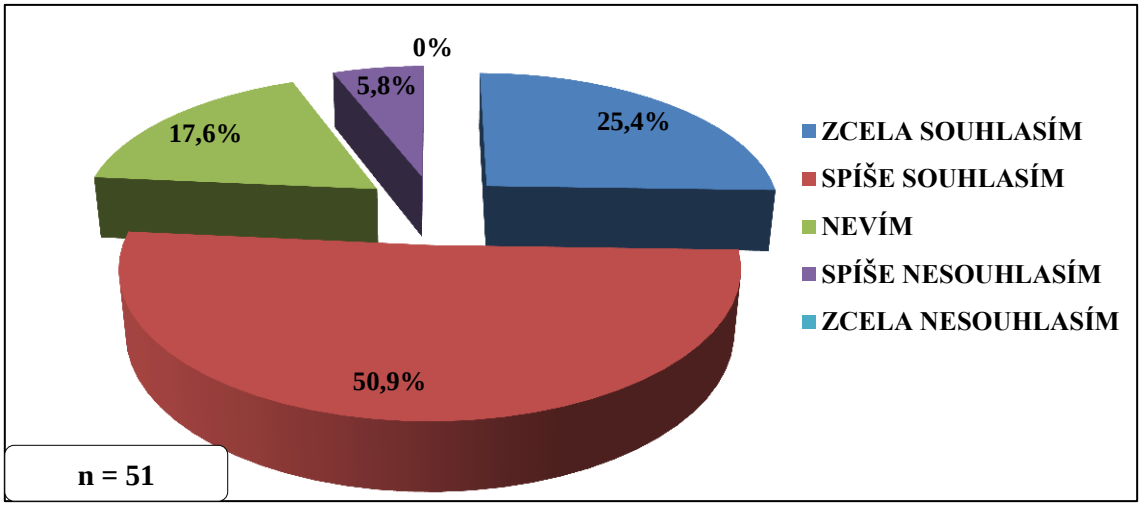
.

Tabulka 35 Informovanost o klasifikačních systémech

Počet dotazníků: 381; Počet validních dotazníků: 51

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)
ZCELA SOUHLASÍM	13	25,49
SPÍŠE SOUHLASÍM	26	50,98
NEVÍM	9	17,65
SPÍŠE NESOUHLASÍM	3	5,88
ZCELA NESOUHLASÍM	0	0,00
CELKEM	**51**	**100**

Graf 15 Informovanost o klasifikačních systémech



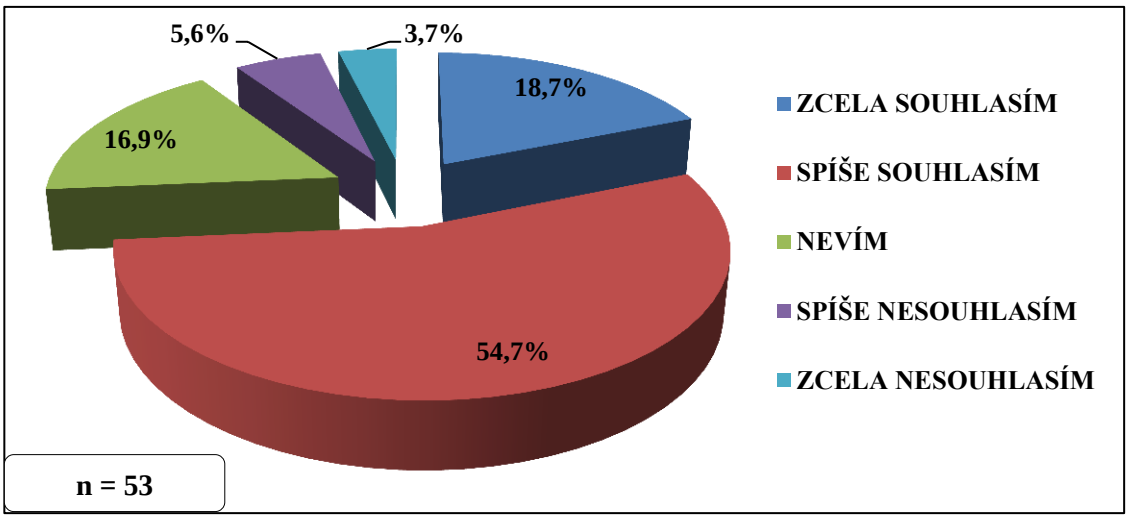
Tabulka 35 a Graf 15 vyjadřuje, jaká je informovanost sester ze standardního oddělení o klasifikačních systémech. Z celkového počtu 381 dotazníků, vyplněných od respondentů, bylo validních pro naši položku 51 dotazníků (100%). Na odpověď *zcela souhlasím* se vyjádřilo 25,4% (13) sester. Na *spíše souhlasím* uvedlo 50,9% (26) sester. Na odpověď *nevím* se vyjádřilo 17,6% (9) sester. *Spíše nesouhlasím* odpovědělo 5,8% (3) sestry. Na odpověď *zcela nesouhlasím* se nevyjádřil žádný respondent.

Tabulka 36 Přínosnost klasifikačních systému pro oš. péči

Počet dotazníků: 381; Počet validních dotazníků: 53

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)
ZCELA SOUHLASÍM	10	18,87
SPÍŠE SOUHLASÍM	29	54,72
NEVÍM	9	16,98
SPÍŠE NESOUHLASÍM	3	5,66
ZCELA NESOUHLASÍM	2	3,77
CELKEM	**53**	**100**

Graf 16 Přínosnost klasifikačních systému pro oš. péči



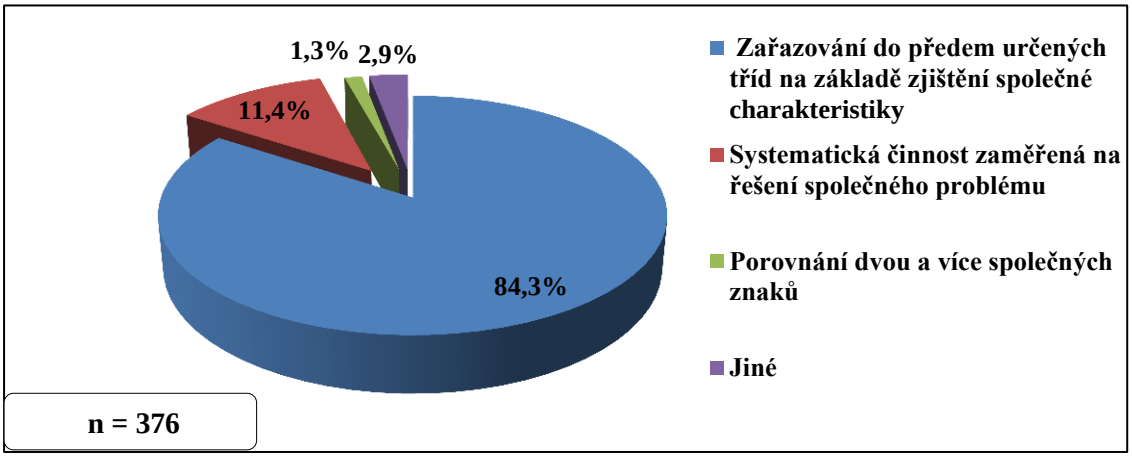
Tabulka 36 a Graf 16 znázorňuje přínosnost klasifikačních systémů z pohledů sester ze standardního oddělení. Z celkového počtu 381 dotazníků, vyplněných od respondentů, bylo validních pro naši položku 53 dotazníků (100%). Na odpověď *zcela souhlasím* uvedlo 18,7% (10) sester. Na odpověď *spíše souhlasím* se vyjádřilo 54,7% (29) sester. Odpověď *nevím*, uvádělo 16,9% (9) sester. *Spíše nesouhlasím* odpovídalo 5,6% (3) sestry. Na odpověď *zcela nesouhlasím* reagovalo 3,7% (2) sestry.

Tabulka 37 Pojem klasifikace

Počet dotazníků: 381; Počet validních dotazníků: 376

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)
Zařazování do předem určených tříd na základě zjištění společné charakteristiky	317	84,31
Systematická činnost zaměřená na řešení společného problému	43	11,44
Porovnání dvou a více společných znaků	5	1,33
Jiné	11	2,93
CELKEM	**376**	**100**

Graf 17 Pojem klasifikace



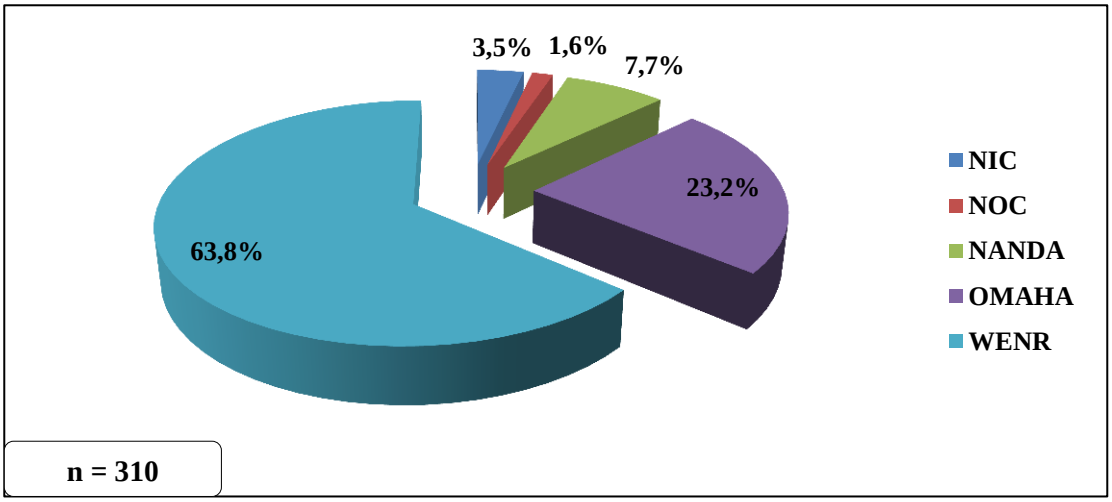
Tabulka 37 a Graf 17 prezentuje znalost pojmu klasifikace u sester ze standardního oddělení. Z celkového počtu 381 dotazníků, vyplněných od respondentů, bylo validních pro naši položku 376 dotazníků (100%). 84,3% (317) sester správně odpovědělo, že *klasifikace znamená zařazování do předem určených tříd na základě zjištění společné charakteristiky*. 11,4% (43) sester zařadilo pojem klasifikace jako *systematickou činnost zaměřenou na řešení společného problém*u. Odpověď porovnávání dvou a více společných znaků uvedlo 1,3% (5) sester. *Jinou* odpověď uvedlo 2,93% (11) sester.

Tabulka 38 Znalost klasifikačních systémů

Počet dotazníků: 381; Počet validních dotazníků: 310

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)
NIC	11	3,55
NOC	5	1,61
NANDA	24	7,74
OMAHA	72	23,23
WENR	198	63,87
CELKEM	310	100

Graf 18 Znalost klasifikačních systémů



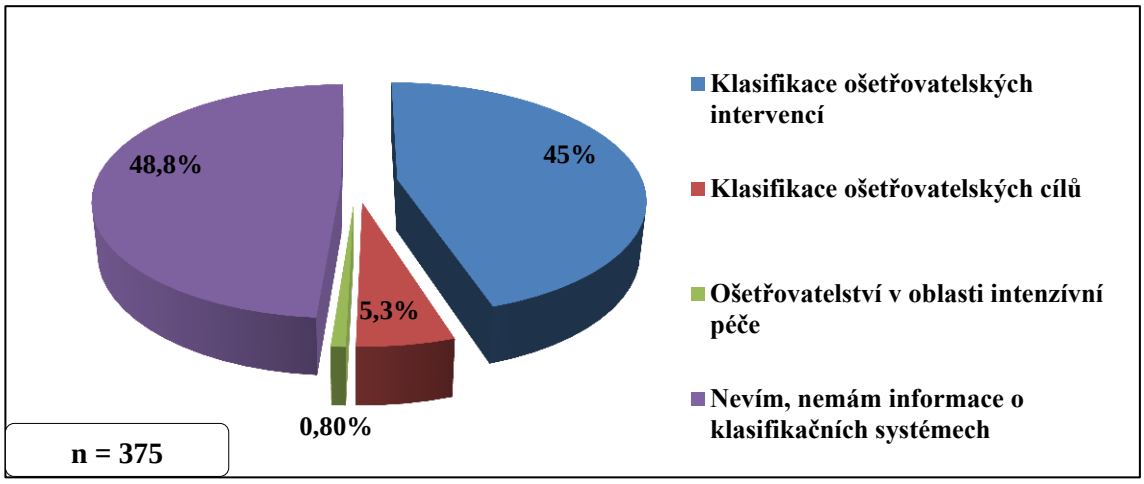
Tabulka 38 a graf 18 prezentuje znalost sester formou zařazení nesprávné položky, která nepatří do klasifikačních systémů. Z celkového počtu 381 dotazníků, vyplněných od respondentů, bylo validních pro naši položku 310 dotazníků (100%). Odpověď *NIC* uvedlo 3,5% (11) sester. Odpověď *NOC* zaznamenalo 1,6% (5) sester. Odpověď *NANDA* označilo 7,7% (24) sester. Odpověď OMAHA uvedlo 23,2% (72) sester.

Tabulka 39 Znalost NIC

Počet dotazníků: 381; Počet validních dotazníků: 375

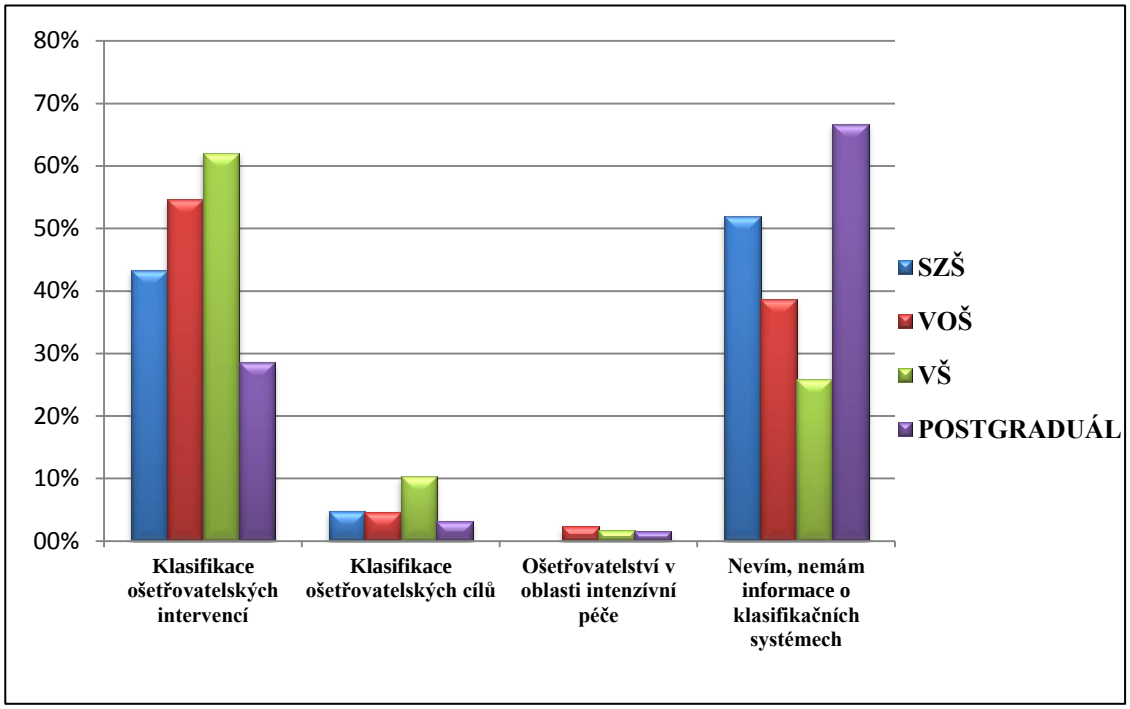
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)
Klasifikace ošetřovatelských intervencí	169	45,07
Klasifikace ošetřovatelských cílů	20	5,33
Ošetřovatelství v oblasti intenzívní péče	3	0,80
Nevím, nemám informace o klasifikačních systémech	183	48,80
CELKEM	375	100

Graf 19 Znalost NIC



Tabulka 39 a Graf 19 znázorňují znalost sester ze standardních oddělení o NIC, sestry měly vybrat z následujících možností, která klasifikace se označuje NIC. Z celkového počtu 381 dotazníků, vyplněných od respondentů, bylo validních pro naši položku 375 dotazníků (100%). Správnou odpověď *klasifikace ošetřovatelských intervencí* uvedlo 45% (169) sester. Odpověď *klasifikace ošetřovatelských cílů* označilo 5,3% (20) sester. Odpověď *ošetřovatelství v oblasti intenzivní péče* uvedlo 0,80% (3) sestry. Odpověď *nevím, nemám informace* o klasifikačních systémech označilo nejvíce 48,8% (183) sester.

Graf 20 Vztah znalosti NIC a vzděláním



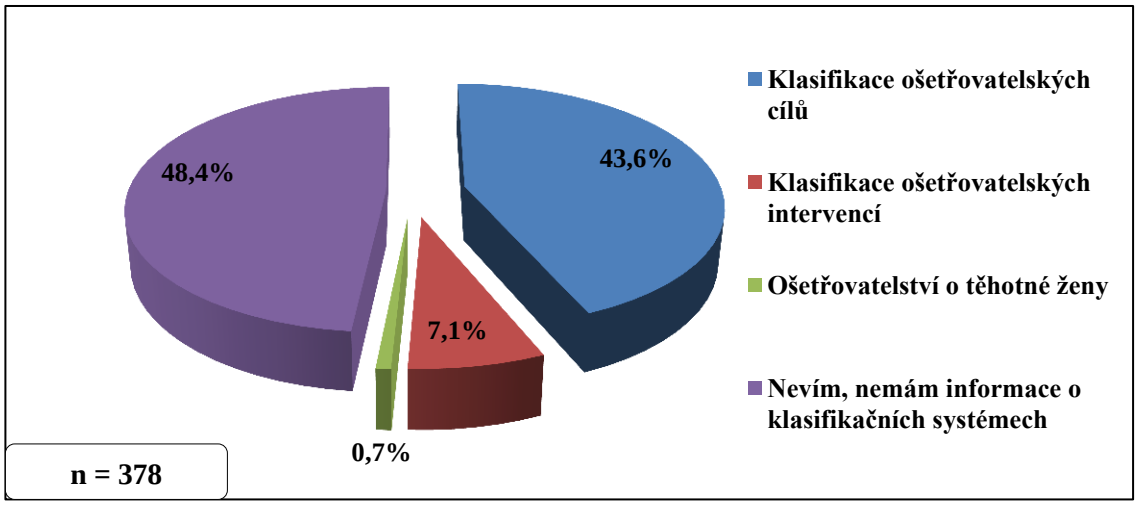
Graf 20 vyjadřující aplikaci testu X^2(chí – kvadrát) s korekcí, který má hodnotu 1. Lze tedy považovat za prokázané, že sestry s VŠ vzděláním častěji než ostatní rozumí pod zkratkou NIC klasifikaci ošetřovatelských intervencí, sestry s postgraduálním vzděláním více volí odpověď „nevím“. Stupeň porozumění zkratce NIC je u sester pracujících na standardních odděleních závislý na vzdělání.

Tabulka 40 Znalost NOC

Počet dotazníků: 381; Počet validních dotazníků: 378

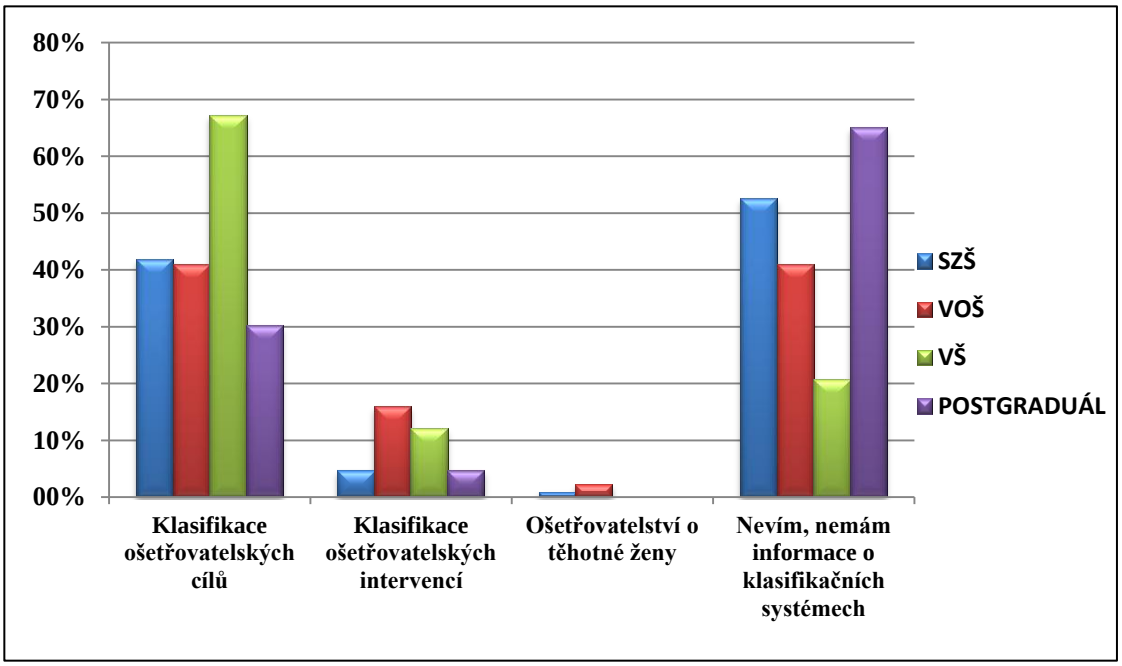
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)
Klasifikace ošetřovatelských cílů	165	43,65
Klasifikace ošetřovatelských intervencí	27	7,14
Ošetřovatelství o těhotné ženy	3	0,79
Nevím, nemám informace o klasifikačních systémech	183	48,41
CELKEM	378	100

Graf 21 Znalost NOC



Tabulka 40 a Graf 21 prezentují znalost sester ze standardních oddělení o NOC. Sestry měly vybrat z následujících možností, která klasifikace se označuje NOC. Z celkového počtu 381 dotazníků, vyplněných od respondentů, bylo validních pro naši položku 378 dotazníků (100%). Správnou odpověď *klasifikace ošetřovatelských cílů* uvedlo 43,6% (165) sester. *Klasifikaci ošetřovatelských intervencí* označilo 7,1% (27) sester. Odpověď *ošetřovatelství o těhotné ženy* uvedlo 0,7% (3) sestry. 48,4% (183) sester uvedlo *nevím nemám informace o klasifikačních systémech.*

Graf 22 Vztah mezi znalostí NOC a vzděláním



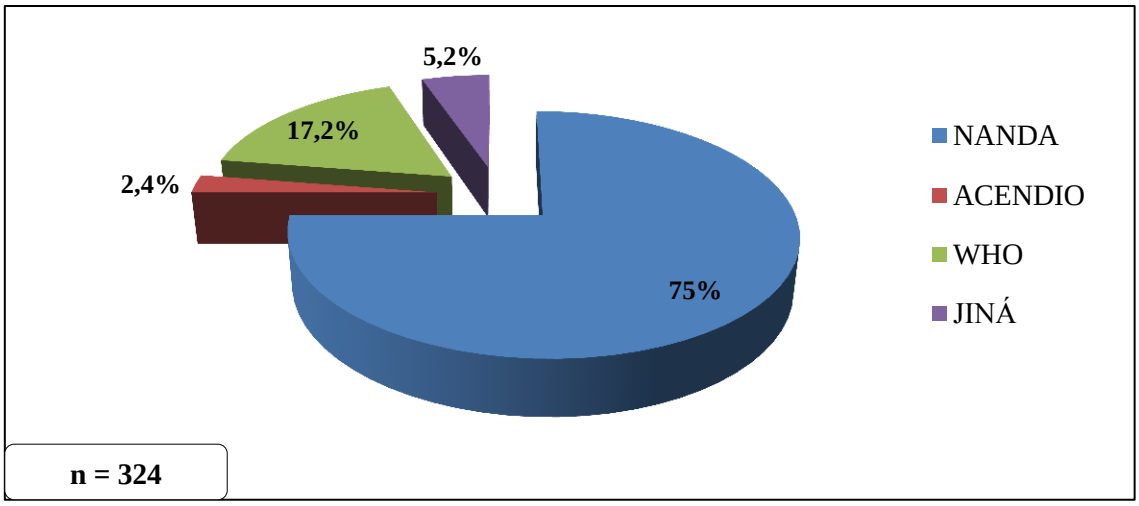
Graf 22 vyjadřují aplikaci testu X^2(chí – kvadrát, který má hodnotu 1. Lze tedy považovat za prokázané, že sestry s VŠ vzděláním častěji než ostatní rozumí pod zkratkou NOC klasifikaci ošetřovatelských cílů, sestry s postgraduálním vzděláním více volí odpověď „nevím“. Stupeň porozumění zkratce NOC je u sester pracujících na standardních odděleních závislý na vzdělání.

Tabulka 41 Znalost o NANDA-I

Počet dotazníků: 381; Počet validních dotazníků: 324

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)
NANDA	243	75,00
ACENDIO	8	2,47
WHO	56	17,28
JINÁ	17	5,25
CELKEM	324	100

Graf 23 Znalost o NANDA-I



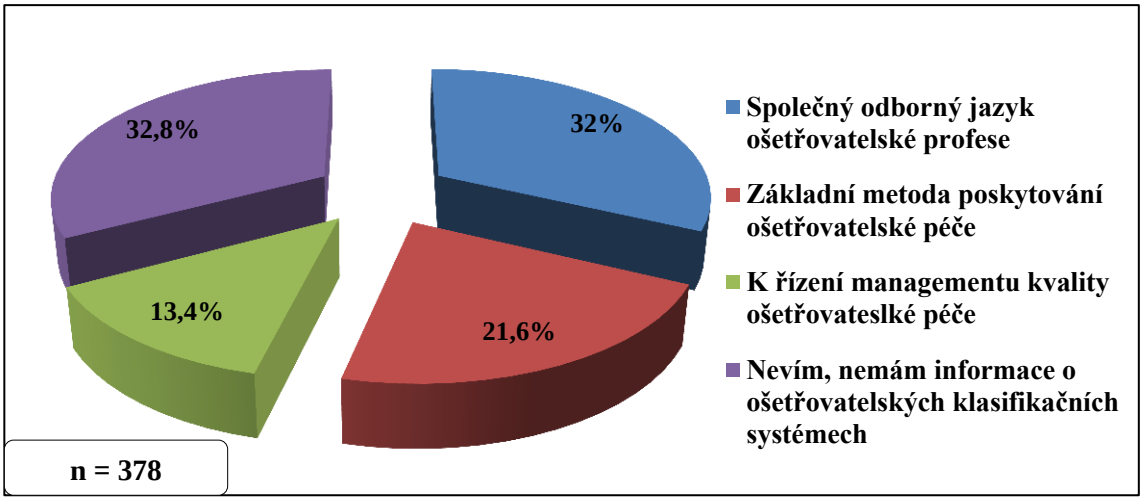
Tabulka 41 a graf 23 znázorňují znalost sester ze standardních oddělení o NANDA-I, sestry měly vybrat z následujících možností, která organizace se zabývá oš. diagnózami. Z celkového počtu 381 dotazníků, vyplněných od respondentů, bylo validních pro naši položku 324 dotazníků (100%). Odpověď *NANDA* správně uvedlo 75% (243) sester. Odpověď *ACENDIO* označilo 2,4% (8) sester. Odpověď *WHO* uvedlo 17,2% (56) sester. Odpověď *jiná* označilo 5,2% (17) sester.

Tabulka 42 Znalost o zaměření klasifikačních systémů v ošetřovatelství

Počet dotazníku: 381; Počet validních dotazníku: 378

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)
Společný odborný jazyk ošetřovatelské profese	121	32,01
Základní metoda poskytování ošetřovatelské péče	82	21,69
K řízení managementu kvality ošetřovatelské péče	51	13,49
Nevím, nemám informace o ošetřovatelských klasifikačních systémech	124	32,80
CELKEM	**378**	**100**

Graf 24 Znalost o zaměření klasifikačních systémů



Tabulka 42 a Graf 24 vyjadřují znalost sester na standardních oddělení o zaměření klasifikačních systémů. Z celkového počtu 381 dotazníků, vyplněných od respondentů, bylo validních pro naši položku 378 dotazníků (100%). 32% (121) sester správně odpovědělo, že klasifikační systémy pomáhají tvořit *společný odborný jazyk ošetřovatelské profese.* 21,6% (82) sester uvedlo, *základní metodu poskytování ošetřovatelské péče.* 13,4% (51) sester zaznamenalo odpověď, *k řízení managementu*

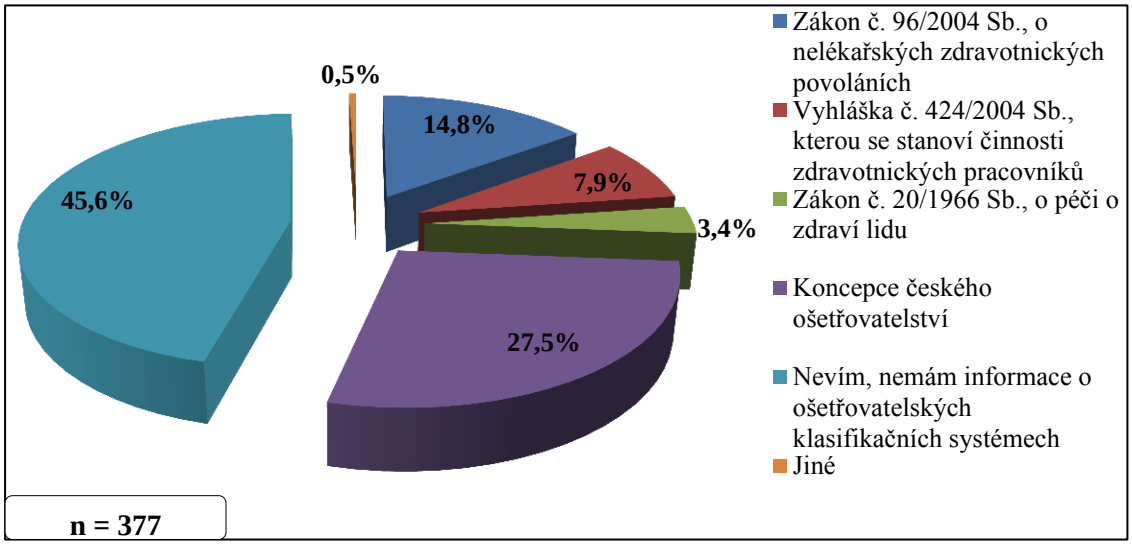
kvality ošetřovatelské péče. Největší počet 32,8% (124) sester odpovědělo, *nevím, nemám informace o ošetřovatelských klasifikačních systémech.*

Tabulka 43 Znalost o zákonné úpravě klasifikačních systémů

Počet dotazníku: 381; Počet validních dotazníku: 377

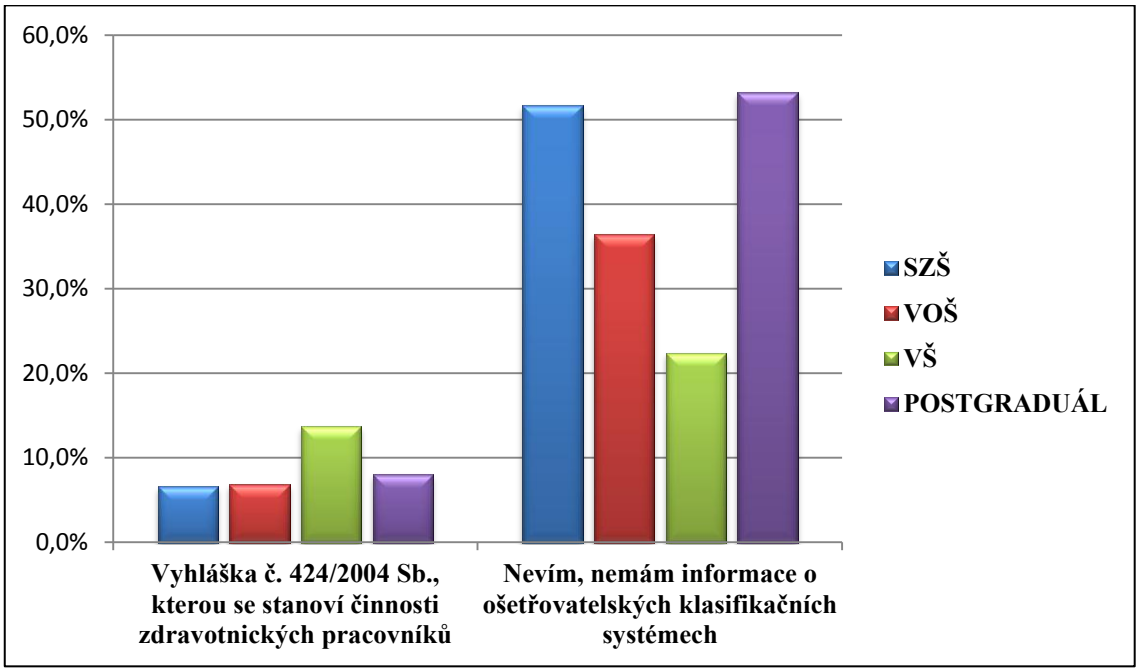
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)
Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních	56	14,85
Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků	30	7,96
Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu	13	3,45
Koncepce českého ošetřovatelství	104	27,59
Nevím, nemám informace o ošetřovatelských klasifikačních systémech	172	45,62
Jiné	2	0,53
CELKEM	**377**	**100**

Graf 25 Znalost o zákonné úpravě klasifikačních systémů



Tabulka 43 a Graf 25 prezentují znalost sester ze standardních oddělení o zákonné úpravě klasifikačních systémů. Z celkového počtu 381 dotazníků, vyplněných od respondentů, bylo validních pro naši položku 377 dotazníků (100%). Na odpověď *zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních* odpovědělo 14,8% sester (56). Na správnou odpověď *vyhláška č. 424/2004 Sb.* Kterou se stanoví činnosti zdravotni kých pracovníků, odpovědělo 7,9% (30) sester. Na odpověď *zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu* odpovědělo 3,4% (13) sester. Na odpověď *koncepce českého ošetřovatelství* uvedlo 27,5% (104) sester. Na odpověď *nevím*, reagoval největší počet 45,6% (172) sester. Odpověď *jiné*, uvedlo 0,5% (2) sestry.

Graf 26 Vztah mezi znalostí o zákonné úpravě klasifikačních systémů a vzděláním



Graf 26 znázorňují využití testu X^2(chí – kvadrát) s korekcí. Chí-kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má hodnotu 31,109 při 15 stupních volnosti. Statistická souvislost byla prokázána pro hladinu významnosti $\alpha = 0{,}01$. Lze považovat za prokázané, že sestry pracující na standardních odděleních s VŠ vzděláním častěji uvádějí, že o klasifikačních systémech v ošetřovatelství se v ČR zmiňuje vyhláška č.

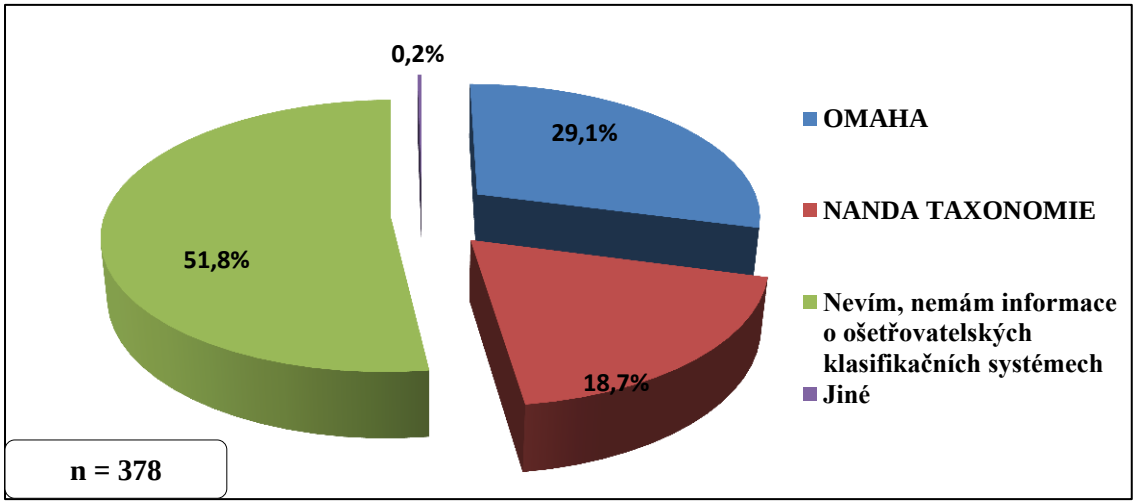
424/2004 Sb. A méně často volí odpověď „nevím“, sestry se SZŠ a postgraduálem častěji volí odpověď „nevím“.

Tabulka 44 Znalost o klasifikačním systému z komunitního ošetřovatelství

Počet dotazníku: 381; Počet validních dotazníku: 378

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)
OMAHA	110	29,10
NANDA TAXONOMIE	71	18,78
Nevím, nemám informace o ošetřovatelských klasifikačních systémech	196	51,85
Jiné	1	0,26
CELKEM	**378**	**100**

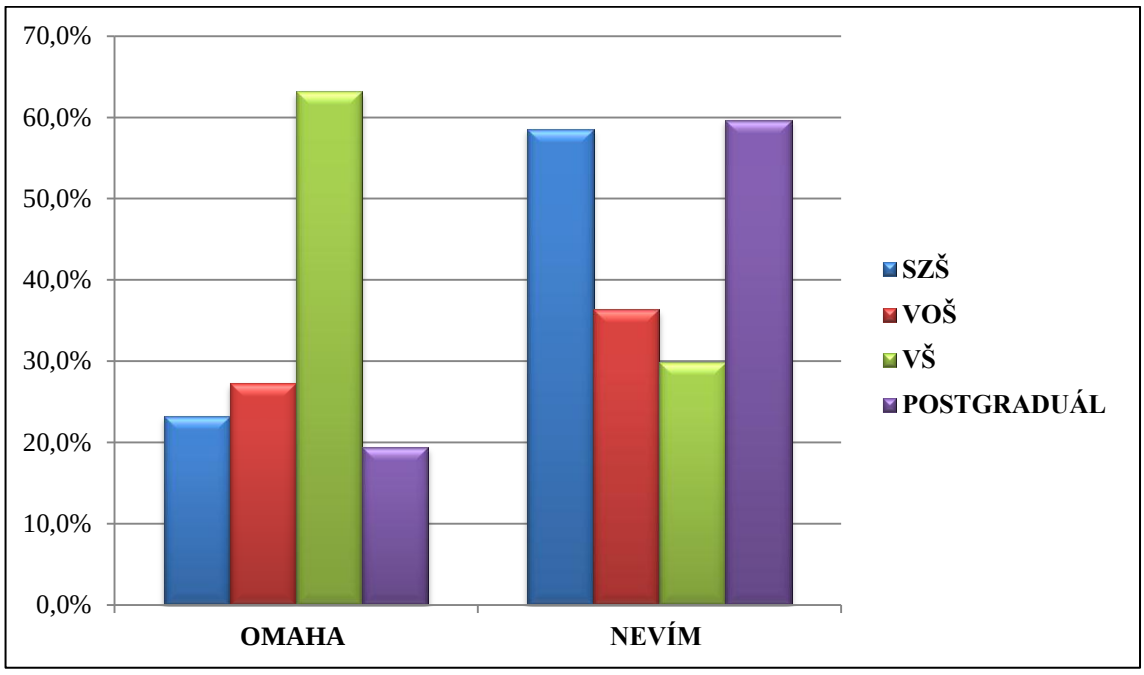
Graf 27 Znalost o klasifikačním systému z komunitního ošetřovatelství



Tabulka 44 a Graf 27 vypovídá o znalostech sester ze standardního oddělení, které měly zařadit klasifikační systém z komunitního ošetřovatelství. Z celkového počtu 381 dotazníků, vyplněných od respondentů, bylo validních pro naši položku 378 dotazníků (100%). Správnou odpověď *OMAHA* odpovědělo 29,1% (110) sester. Odpověď *NANDA* uvedlo 18,7% (71) sester. Odpověď *nevím nemám informace o*

ošetřovatelských klasifikačních systémech, uvedlo 51,8% (196) sester. Odpověď *jiné*, uvedlo 0,2%.

Graf 28 Vztah mezi znalostí o klasifikačním systému z komunitního ošetřovatelství a vzděláním



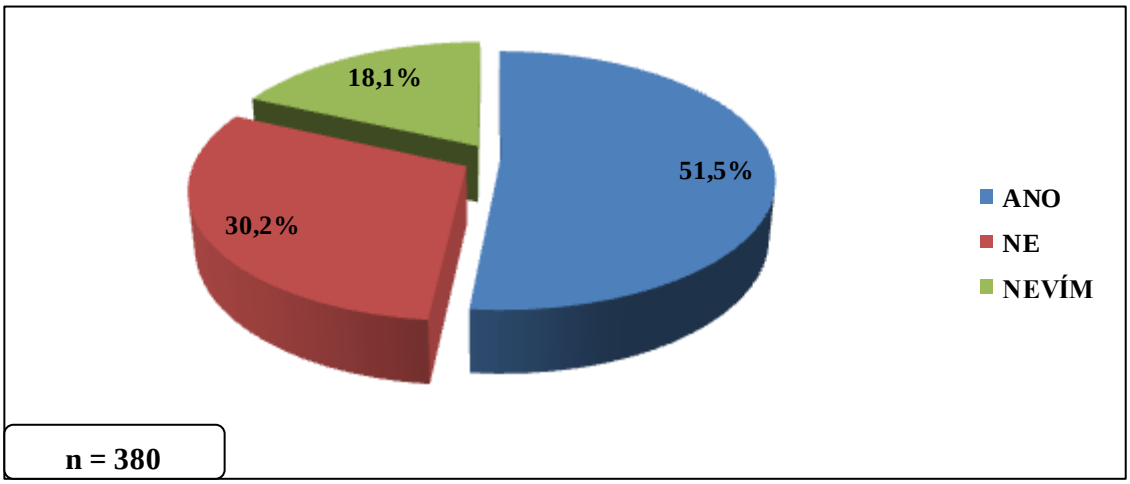
Graf 28 znázorňuje využití testu X^2(chí – kvadrát) s korekcí. Chí-kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má hodnotu 49,807 při 9 stupních volnosti. Statistická souvislost byla prokázána pro hladinu významnosti $\alpha = 0{,}001$. Lze považovat za prokázané, že sestry pracující na standardních odděleních s VŠ vzděláním častěji uvádějí, že v oblasti komunitního ošetřovatelství je nejvhodnějším klasifikačním systémem OMAHA a méně často volí odpověď „nevím“, sestry se SZŠ a postgraduálem častěji volí odpověď „nevím“.

Tabulka 45 Profesní setkání s klasifikačními systémy

Počet dotazníků: 381; Počet validních dotazníků: 380

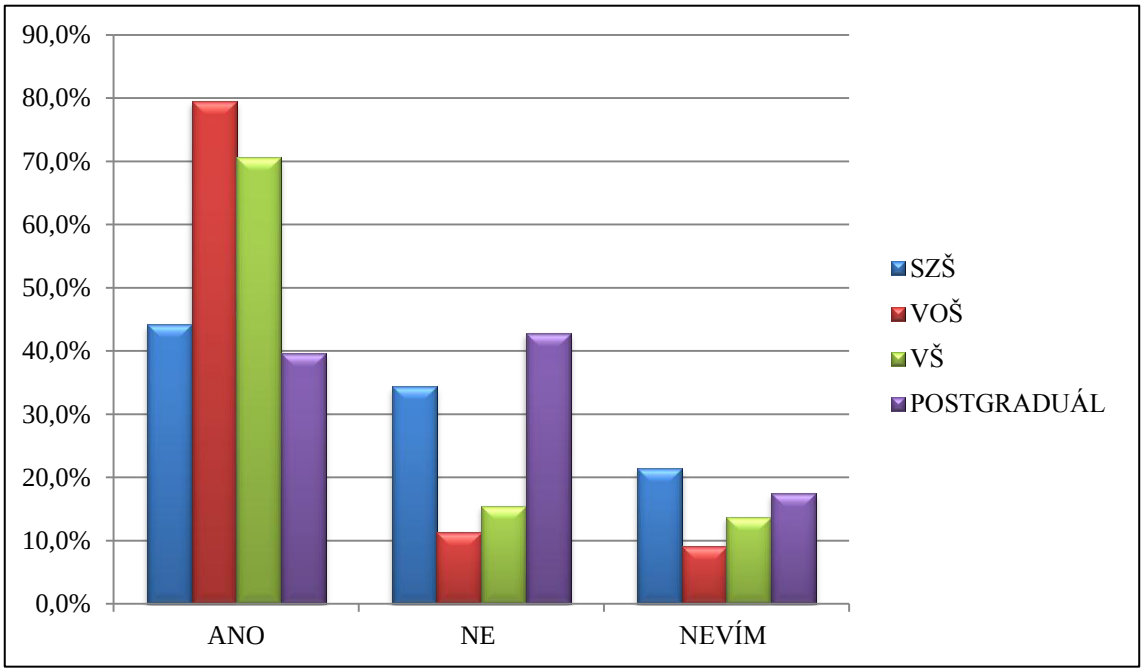
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)
ANO	196	51,58
NE	115	30,26
NEVÍM	69	18,16
CELKEM	**380**	**100**

Graf 29 Profesní setkání s klasifikačními systémy



Tabulka 45 a graf 29 prezentují profesní setkání sester ze standardního oddělení s klasifikačním systémem. Z celkového počtu 381 dotazníků, vyplněných od respondentů, bylo validních pro naši položku 380 dotazníků (100%). Odpověď *ano* uvedlo 51,5% (196) sester. Odpověď *ne* označilo 30,2% (115) sester. *Nevím* odpovědělo 18,1% (69) sester.

Graf 30 Vztah mezi profesním setkáním s klasifikačními systémy a vzděláním



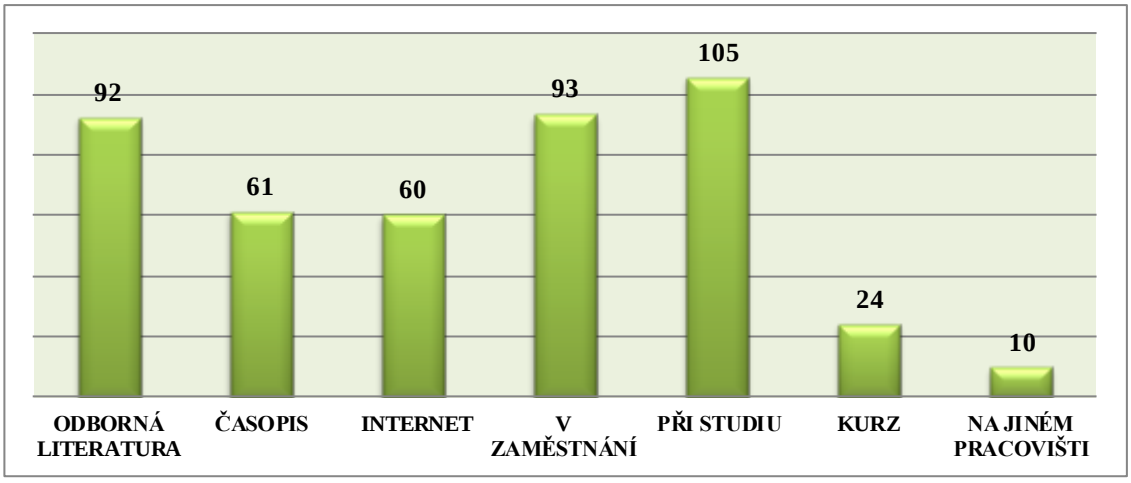
Graf 30 uvádí aplikaci testu X^2(chí – kvadrát). Byla prokázána velmi silná souvislost se vzděláním. Chí-kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má hodnotu 32,533 při 6 stupních volnosti. Statistická souvislost byla prokázána pro hladinu významnosti $\alpha = 0{,}001$. Lze považovat za prokázané, že sestry pracující na standardních odděleních s VOŠ a VŠ vzděláním častěji uvádějí, že někdy setkaly s ošetřovatelským klasifikačním systémem než sestry se SZŠ a postgraduálním vzděláním.

Tabulka 46 Zdroje o klasifikačních systémech

Počet dotazníků: 381; Počet validních dotazníků: 194

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)
V ODBORNÉ LITERATUŘE	92	47,42
V ČASOPICE	61	31,44
NA INTERNETU	60	30,93
V ZAMĚSTNÁNÍ	93	47,94
PŘI STUDIU	105	54,12
NA KURZU	24	12,37
NA JINÉM PRACOVIŠTI	10	5,15
CELKEM	**445**	**229,38**

Graf 31 Zdroje o klasifikačních systémech



Tabulka 46 a Graf 31 prezentuje zdroje, kde se sestry ze standardních oddělení, setkaly s klasifikačními systémy. Z celkového počtu 381 dotazníků, vyplněných od respondentů, bylo validních pro naši položku 194 dotazníků (100%). Na tuto položku v dotazníku mohly sestry zaznamenat více možných odpovědí. Z těchto odpovědí bylo vyhodnoceno 445 (229,3%) odpovědí. 92 (47,4%) odpovědí bylo zaznamenáno pro *odbornou literaturu*. 61 (31,4%) odpovědí bylo zaškrtnuto pro *časopis*. 60 (30,9%) odpovědí bylo zaznamenáno pro *internet*. 93 (47,9%) odpovědí bylo zaznamenáno pro

zaměstnání. 105 (54,1%) odpovědí bylo zaškrtnuto *při studium*. 24 (12,37%) odpovědí bylo zaznamenáno pro *kurz.* 10 (5,1%) odpovědí bylo uvedeno *na jiném pracovišti*.

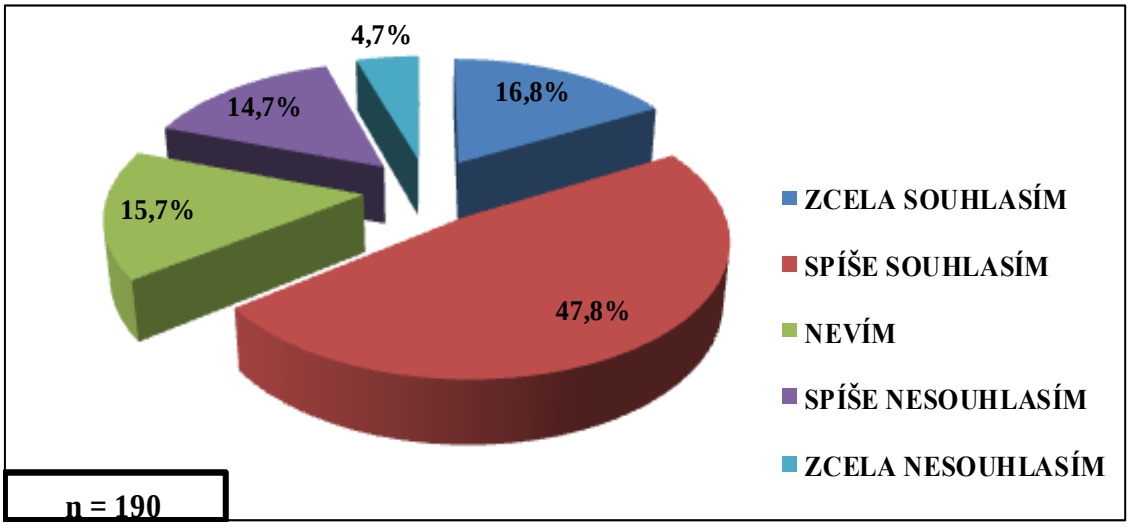
Testy statistické významnosti nelze aplikovat pro malý počet případů v jednotlivých políčkách kontingenčních tabulek. Vztah nelze prokázat.

Tabulka 47 Názor na přínosnost klasifikačních systémů

Počet dotazníků: 381; Počet validních dotazníků: 190

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)
ZCELA SOUHLASÍM	32	16,84
SPÍŠE SOUHLASÍM	91	47,89
NEVÍM	30	15,79
SPÍŠE NESOUHLASÍM	28	14,74
ZCELA NESOUHLASÍ M	9	4,74
CELKEM	**190**	**100**

Graf 32 Názor na přínosnost klasifikačních systémů



Tabulka 47 a Graf 32 prezentují názor sester ze standardních odděleni na přínosnost klasifikačních systémů v praxi. Z celkového počtu 381 dotazníků, vyplněných od respondentů, bylo validních pro naši položku 190 (100%) dotazníků. Na odpověď *zcela souhlasím* uvedlo 16,8% (32) sester. Na odpověď *spíše souhlasím* označilo 47,8% (91)

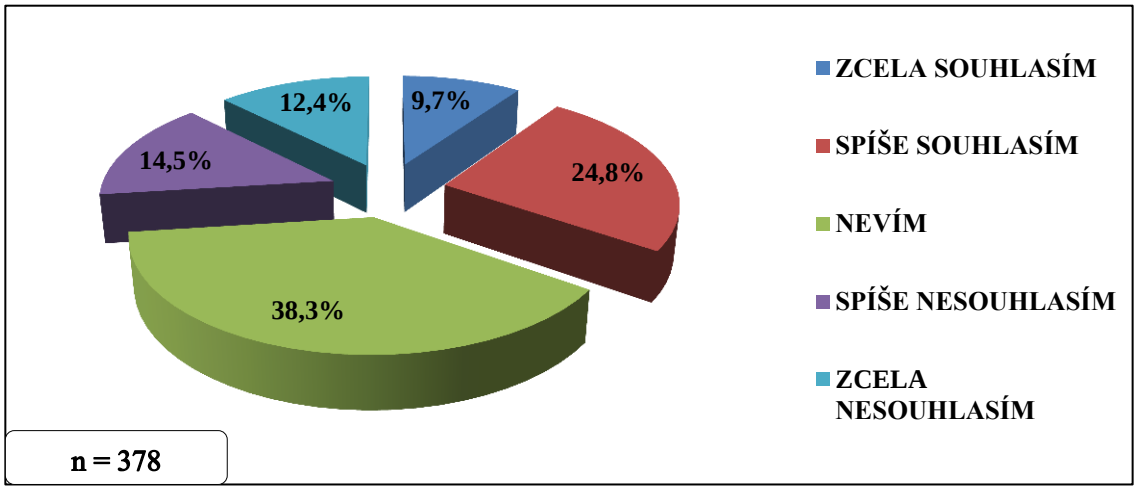
sester. Na odpověď *nevím* reagovalo 15,7% (30) sester. Na odpověď *spíše nesouhlasím* uvedlo 14,7% (28) sester. Na odpověď *zcela nesouhlasím* reagovalo 4,7% (9) sester. Aplikován test X^2 (chí – kvadrát) s korekcí. Závislost mezi tím, zda považují klasifikační systémy v ošetřovatelství za zbytečné a vzděláním nebyla prokázána.

Tabulka 48 Vhodnost použití klasifikačních systémů na oddělení

Počet dotazníků: 381; Počet validních dotazníků: 378

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)
ZCELA SOUHLASÍM	37	9,79
SPÍŠE NESOUHLASÍM	94	24,87
NEVÍM	145	38,36
SPÍŠE NESOUHLASÍM	55	14,55
ZCELA NESOUHLASÍM	47	12,43
SUMA	**378**	**100**

Graf 33 Vhodnost použití klasifikačních systémů na oddělení



Tabulka 48 a Graf 33 znázorňují názor sester ze standardních oddělení na vhodnost použití klasifikačních systémů na oddělení. Z celkového počtu 381 dotazníků, vyplněných od respondentů, bylo validních pro naši položku 378 (100%) dotazníků. Na odpověď *zcela souhlasím* uvedlo 9,7% (37) sester. Na odpověď *spíše nesouhlasím* se vyjádřilo 24,8% (94). Na odpověď *nevím* reagovalo 38,3% (145) sester. *Spíše*

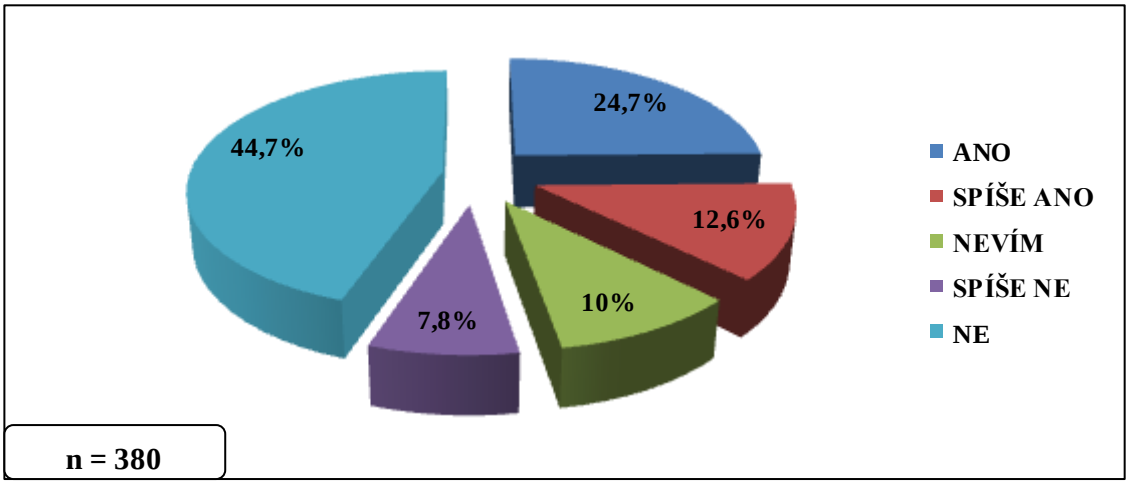
nesouhlasím odpovědělo 14,5% (55) sester. *Zcela nesouhlasím* uvedlo 12,4% (47) sester.

Tabulka 49 Výuka klasifikačních systémů

Počet dotazníků: 381; Počet validních dotazníků: 380

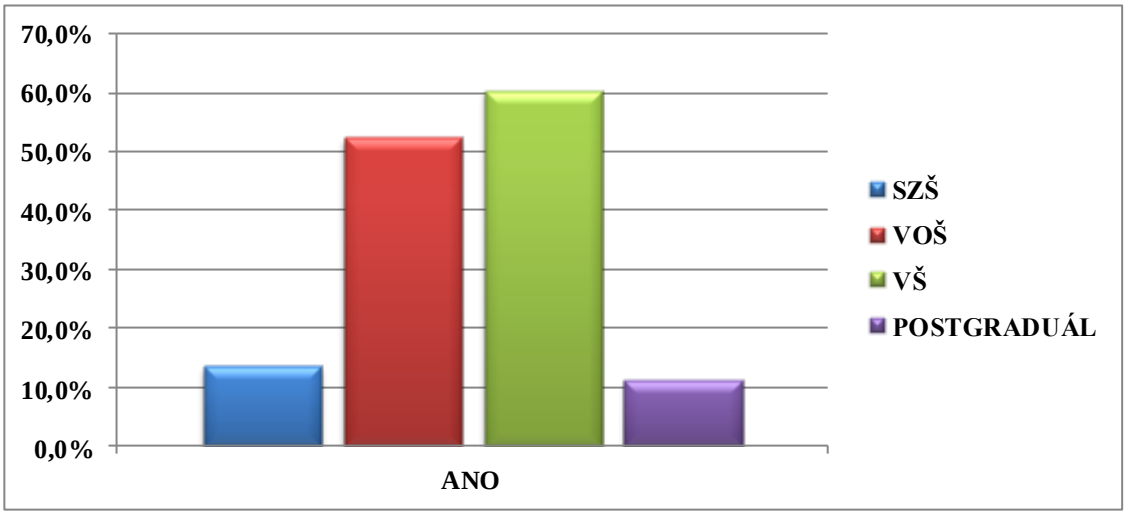
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)
ANO	94	24,74
SPÍŠE ANO	48	12,63
NEVÍM	38	10,00
SPÍŠE NE	30	7,89
NE	170	44,74
CELKEM	**380**	**100**

Graf 34 Výuka klasifikačních systémů



Tabulka 49 a Graf 34 znázorňují, zda sestry na standardních oddělení měly v průběhu studia zakomponovanou výuku klasifikačních systémů. Z celkového počtu 381 dotazníků, vyplněných od respondentů, bylo validních pro naši položku 380 (100%) dotazníků Odpověď *ano* uvedlo 24,7% (94) sester. *Spíše ano* odpovědělo 12,6% (48) sester. *Nevím* zaznamenalo 10% (38) sester. *Odpověď spíše ne* uvedlo 7,8% (30) sester. *Odpověď ne* zaznamenalo 44,7% (170) sester.

Graf 35 Vztah mezi výukou klasifikačních systémů a vzdělaností



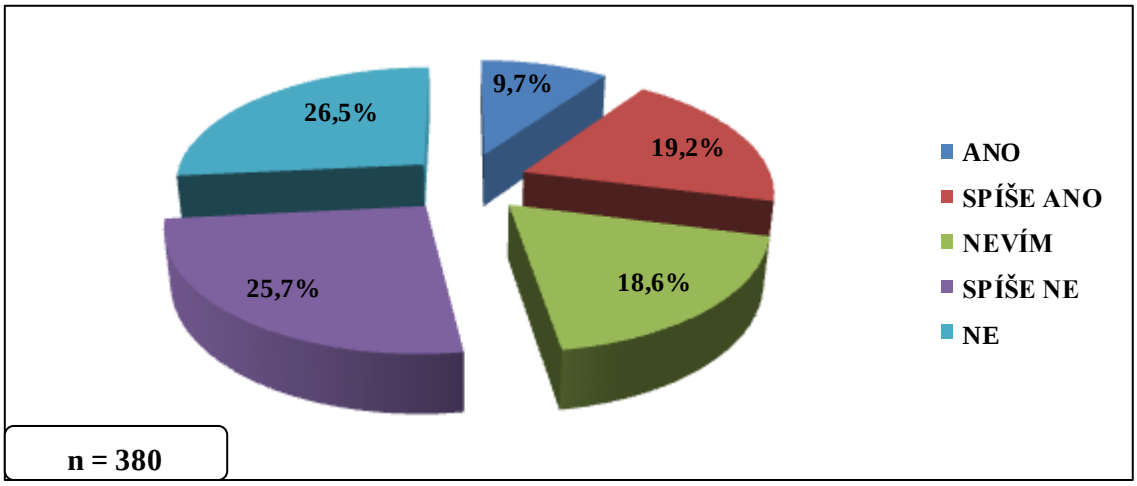
Graf 35 vyjadřuje využití testu X^2(chí – kvadrát) s korekcí. Prokázána velmi silná souvislost se vzděláním. Chí-kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má hodnotu 105,759 při 12 stupních volnosti. Statistická souvislost byla prokázána pro hladinu významnosti $\alpha = 0{,}001$. Lze považovat za prokázané, že sestry pracující na standardních odděleních s VŠ a VOŠ vzděláním měly častěji během své výuky zařazen předmět, v rámci kterého se dozvěděly o ošetřovatelských klasifikačních systémech než sestry se SZŠ a postgraduálním vzděláním.

Tabulka 50 Zájem o vzdělávací kurz v oblasti klasifikačních systémů

Počet dotazníků: 381; Počet validních dotazníků: 380

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ (%)
ANO	37	9,74
SPÍŠE ANO	73	19,21
NEVÍM	71	18,68
SPÍŠE NE	98	25,79
NE	101	26,58
CELKEM	**380**	**100**

Graf 36 Zájem o vzdělávací kurz v oblasti klasifikačních systémů



Tabulka 50 a Graf 36 znázorňují zájem sester ze standardních oddělení o vzdělávací kurz v oblasti klasifikačních systémů. Odpověď *ano* uvedlo 9,7 % (37) sester. *Spíše ano* odpovědělo 19,2% (73) sester. Odpověď *nevím* uvedlo 18,6% (71) sester. *Spíše ne* zaznamenalo 25,7% (98) sester. *Ne* uvedlo 26,5% (101) sester.

5. DISKUZE

Téma ošetřovatelských klasifikačních systémů je velmi aktuální problematikou českého, ale i mezinárodního ošetřovatelství. Pospíšilová a Kyasová (2009) uvádějí a potvrzují, že aplikace unifikovaného ošetřovatelského jazyka je do budoucna velice důležitá, zejména pro zkvalitnění a vyšší efektivitu péče (41).

V rámci obsahové analýzy jsme se zaměřovali na podrobný rozbor ošetřovatelské dokumentace a využití klasifikačních systémů v ošetřovatelské diagnostice. Doplňujícími byly rozhovory, které byly interpretovány v myšlenkových mapách a následně dotazníkové šetření, které nastínilo pohled sester ze standardních oddělení. Výzkumná část analýzy, probíhala od června do srpna 2010. Z výsledků obsahové analýzy zřetelně vyplynulo, že ve zkoumaných nemocnicích nA-G se standardizované klasifikační systémy NIC a NOC v praxi nevyužívají. Tento jev přisuzujeme tomu, že česká odborná ošetřovatelská veřejnost nemá prozatím k dispozici publikaci NIC a NOC v českém překladu. I z tohoto důvodu se domníváme, že sestry ze standardních oddělení se profesně, poměrně málo, setkaly s klasifikačními systémy jen v 51,5%, (198), (viz Graf 29).

Překvapivým výsledkem obsahové analýzy bylo zjištění, že standardizovanou diagnostickou klasifikaci NANDA-I taxonomie II využívá pouze jediná nemocnice A v praxi (35). Z pohledu top-managamentu jsme realizovali, v únoru 2011, rozhovory, které se uskutečnily s hlavními sestrami. Vyplynulo nám, že NANDA-I v praxi využívala pracoviště respondentek 5 a 6 (viz. Myšlenková mapa 5), což se z naší obsahové analýzy nepotvrdilo. Tento jev byl dán tím, že obsahová analýza byla realizována v měsících červen-srpen 2010. Později docházelo zřejmě k úpravám a tvorbě oš. dokumentace v jednotlivých nemocnicích.

Respondentka 5, uváděla v rozhovoru využití NANDA-I při tvorbě a aplikaci diagnóz v praxi, které si později upravovaly (viz. Myšlenková mapa 4). Pracoviště respondentky 6 v době, kdy se obsahová analýza realizovala tak neměli k dispozici ošetřovatelskou dokumentaci. Na počátku listopadu 2010 pracoviště respondentky 6 již mělo vytvořenou oš. dokumentaci a v té době ji testovali v praxi. Respondentka 6 v

rozhovoru uváděla tvorbu a využití diagnóz, dle NANDA-I (viz. Myšlenková mapa 5). Tyto poznatky nejsou ověřeny obsahovou analýzou. Z toho vyplývá, že pracoviště respondentek 5 a 6 nemůžeme zařadit k nemocnici A, jež využívá NANDA-I.

Očekávali jsme vyšší výskyt aplikace NANDA-I a to z toho důvodu, že má česká ošetřovatelská veřejnost k dispozici české překlady NANDA-I a v posledních letech se na akademické půdě přednáší ošetřovatelská diagnostika NANDA-I, proto je již daleko známější NANDA-I pro odbornou veřejnost než NIC a NOC, což se potvrdilo z našeho dotazníkového šetření. 75% (243) sester ze standardních oddělení znaly pojem NANDA-I (viz Graf 23) a dále Chí-kvadrátem jsme prokázaly, že sestry pracující na standardních oddělení s VŠ a VOŠ vzděláním měly častěji během své výuky zařazený předmět o klasifikačních systémech, než sestry se SZŠ a postgraduálním vzděláním (viz. Graf 35). Sikorová (2007) uvádí a potvrzuje ve své publikaci na téma vztah studentů ošetřovatelství k diagnostice NANDA-I, výborné znalosti převážné většiny 91,1% (41) vysokoškolských studentů (45).

Nestandardizovanou formu oš. diagnostiky využívaly nemocnice B, C, D, E, F. Jednalo se o nestandardizované oš. diagnózy, nestandardizované oš. cíle, nestandardizované oš. intervence, nestandardizované oš. hodnocení, jež vznikly na podkladě různých odborných zdrojů (viz Myšlenkové mapy 2, 4). Z dotazníkového šetření nám vyplynulo, že systém ošetřovatelských diagnóz využívá v praxi, ať je to standardizovaná, či nestandardizovaná forma, naprostá většina sester ze standardního oddělení (viz Graf 7).

Zajímavý výsledek (viz. Graf 8) se nám prokázal Chí-kvadrátem u sester ze standardních oddělení s VŠ a VOŠ vzděláním, že více pracují s oš. diagnózami, naopak tomu je u sester se SZŠ a postgraduálním vzděláním, které mají tendenci méně pracovat s oš. diagnózami. Odvažujeme si tvrdit, že každá zkoumaná nemocnice má jinou základní sestavu a formulaci oš. diagnóz. Lze považovat za více využívanou nestandardizovanou formu oš. diagnostiky u zkoumaných nemocnic a je z výsledků prokázané, že sestry ze standardních oddělení pracují s oš. diagnózami. Jednoznačně vyplývá, že v praxi se využívá jen jeden diagnosticko-klasifikační systém NANDA-I a

to v nemocnici A. Marečková (2007) uvádí, že v oblasti české ošetřovatelské diagnostiky stále přetrvává řada nesourodostí a především neujednocení (28). S tímto tvrzením souhlasíme a domníváme se, že ve zkoumaných nemocnicích není nastaven jednotný ošetřovatelský diagnostický systém. Odvažujeme se konstatovat, že příčinu problému vidíme především v legislativě MZ ČR, kdy prostřednictvím zákonu č. 385/2006 Sb. se nařizuje využívání oš. dokumentace ve zdravotnických zařízeních, bohužel není uvedena striktní forma oš. dokumentace, proto každá nemocnice v ČR má odlišnou ošetřovatelskou dokumentaci (68).

Abychom získali na problematiku unifikovaného jazyka NIC a NOC širší a objektivní pohled, využili jsme pro tento cíl i techniku dotazníkového šetření, ze kterého nám vyplynuly odpovědi sester pracujících na standardních oddělení, zda využívají na svém pracovišti klasifikační systémy NIC a NOC. K cíli 1 se vztahuje hypotéza *H1: V praxi na standardních oddělení jsou využívány klasifikační systémy.* Z výsledků vyplynulo (viz Graf 12, 13), že 60,1% (228) sester neaplikují na svém oddělení klasifikační systémy. Tito respondenti dále nepokračovali v odpovědích na klasifikační systémy. 14,5% (55) sester ze standardních odděleních zaznamenalo aplikaci NIC a NOC na svém oddělení, což vyjadřuje neznalost sester o klasifikačních systémech. 25,3% (96) sester ze standardních oddělení nevědělo, zda využívají klasifikační systémy na svém pracovišti, což se potvrzuje opět neznalost sester. Chí-kvadrátem jsme prokázali výsledek, který nás zaujal (viz Graf 13), o využití klasifikačních systémů sester ze standardního oddělení v souvislosti na jejich dosažené vzdělání. Můžeme považovat za prokázané, že sestry pracující na standardních oddělení s VŠ vzděláním méně využívají klasifikačních systémů NIC a NOC, než ostatní sestry a zároveň méně volí odpověď „nevím“, což nepřímo ukazuje na to, že tyto systémy znají. A naopak nepřímo nám vyplývá, že sestry se středoškolským a postgraduálním vzděláním méně znají klasifikační systémy NIC a NOC. Výsledky z obsahové analýzy se potvrzují s výsledky z dotazníkového šetření, že klasifikace NIC a NOC nejsou využívány na zkoumaných pracovištích.

Zajímavá souvislost se prokázala u vysokoškolsky vzdělaných sester. Tyto sestry mají širší povědomí o ošetřovatelských klasifikací, než ostatní sestry s jiným stupněm vzděláním. Pospíšilová a Kyasová (2009) uvádějí nízké povědomí všeobecných sester o diagnosticko-ošetřovatelských klasifikacích, z jejich šetření 98% dotázaných neznalo pojem NIC a NOC, 50% neznalo pojem NANDA-I (41). Domníváme se, že situace se pozitivněji změnila především u vysokoškolsky vzdělaných sester, ale usuzujeme, že je stále třeba odbornou ošetřovatelskou veřejnost informovat o unifikovaném ošetřovatelském jazyce. *Z výsledků jasně vyplývá, že hypotéza 1 nebyla potvrzena.*

Ke zmapování aspektů ovlivňujících zavedení klasifikačních systémů na standardních oddělení v Jihočeském kraji jsme zvolili rozhovory s hlavními sestrami z pohledu top-managementu (viz. Myšlenková mapa 6). Především jsme se zaměřovali na základní oblasti aspektů, které jsme si stanovili ve výzkumných otázkách. Byly to tyto oblasti: finanční prostředky, časovou náročnost a personální výbavnost. Překvapivým výsledkem bylo zjištění, že hlavní sestry nepovažují problém ve finančních prostředcích k aplikaci klasifikačních systémů NIC a NOC do praxe za závažný. Naopak respondentka 3 uvádí, že: „*Finanční prostředky by mohly být využity po implementaci klasifikačních systémů jako forma hodnocení a odměňování ošetřovatelské péče.“* (viz. Myšlenková mapa 6) Bulechek, Butcher a Dochtermann (2008) uvádějí a potvrzují, že klasifikační ošetřovatelské systémy určují náklady poskytování péče na jednoho pacienta (zákroky přímé a navíc režijní náklady) (7). S tímto tvrzením souhlasíme a lze se domnívat se, že pro české ošetřovatelství je velká vize do budoucna proplácení ošetřovatelských diagnóz společně s ošetřovatelským managementem. Další teze k finančním prostředkům od respondentky 5 zněla, že pokud se zavádí prospěšná metoda, která zkvalitňuje péči o pacienta a zefektivňuje práci personálu, tak se vždy u vedení zdůvodní i finanční nákladnost. Z druhé strany zdravotnická zařízení získávají prestiž, která se dá předpokládat po zavedení klasifikačních systémů NIC a NOC do praxe. Pospíšilová a Kyasová uvádějí a zároveň potvrzují, že využití NIC a NOC nedojde jen ke zkvalitnění ošetřovatelské péče o nemocné, ale i k jejímu zprůhlednění v efektivní komunikaci mezi členy týmu a

umožní, tak snadné vyhodnocování oš. péče (41). O významném problému, jenž uvedly čtyři respondentky 3, 4, 5, 6, které se vyjádřily k výraznému nedostatku ošetřovatelských odborníků sester, jenž by mohl omezit aplikaci NIC a NOC do praxe.

Časová náročnost byla respondentkami logicky spojována s nedostatkem ošetřovatelského personálu. Můžeme tedy říct, že tento aspekt pociťují nemocnice, kde je nedostatek personální výbavnosti. Předpokládáme, že v procesu implementace klasifikačních systémů by mohly personální nedostatek společně s časovou náročností působit zásadní zátěž.

Dalším výrazným aspektem ovlivňující zavedení klasifikačních systémů do praxe, podle respondentky 5, je spolupráce s vedoucími lékaři oddělení, která by implementaci mohla výrazně napomoci či naopak prodloužit a znehodnotit. Bártlová, Chloubová, Trešlová (2010) uvádějí a zároveň potvrzují, že hlavním cílem lékaře i sestry je pečovat o pacienta. Tak by se zdálo, že budou spolu v dobrých vztazích, neboť jim jde o jeden společný cíl. Avšak spousta problémů ve vztahu sestra-lékař vyplývá i ze vzájemného nepochopení v rámci moderního lékařství a ošetřovatelské péče (3). Velmi zajímavý aspekt z pohledu manažera je ten, že na vedoucích pozicích by měli být kreativní profesionálové s určitým dosaženým vzděláním, kteří dokáží motivovat své podřízené. Pokud je tomu naopak mohl by to být aspekt, který by zabraňoval zavedení klasifikačních systémů do praxe. Niermeyer a Seyffert (2005) uvádějí, že opora a rozvoj spolupracovníků vyžaduje od manažerů, aby své lidi povzbuzovali k vykonání dalšího kroku své rozvojové linie. Setrvání na aktuálním dosaženém stavu vede ve střednědobém horizontu k zaostávání (30).

Další myšlenkou respondentky 2 bylo, že zavedení nových metod pro nemocnici je otázka priorit. Co je důležité a nezbytné. Takže i otázka hodnot může být překážkou k zavedení unifikovaného jazyka NIC a NOC do praxe.

Z výsledků rozhovorů s hlavními sestrami zkoumaných nemocnic Jihočeského kraje jsme vymezily aspekty, které ovlivňují implementaci klasifikačních systémů do praxe. Nepotvrdila se finanční náročnost, kterou jsme předpokládali. Významným problémem se ukázal personální nedostatek sester a s ním spojená časová náročnost, jež

by mohly být omezujícími faktory k aplikaci NIC a NOC do praxe. Dále sestry definovaly aspekty jako jsou: spolupráce s vedoucími lékaři, progresivní vedení vrchních a staničních sester a zjištění priorit ošetřovatelské péče pro praxi.

Ke druhému cíli se vztahují dvě hypotézy, kterými jsme ověřovali faktory, jenž mají souvislost se vzděláním a znalostmi sester ze standardních oddělení ve vztahu ke klasifikačním systémům. *H2: Sestry na základě znalostí využívají klasifikační systémy v praxi na standardních odděleních.* Jak už bylo konstatováno z uvedených výsledků vyplynulo, že klasifikační systémy NIC a NOC se nevyužívají na zkoumaných standardních oddělení, i když v malé míře 14,5% (55) sester zaznamenalo v dotazníku, že klasifikační systémy využívají (viz Graf 12). Tyto odpovědi můžeme považovat za neznalost o klasifikačních systémech. Chí-kvadrátem jsme prokázali, že sestry pracující na standardních oddělení s VŠ vzděláním, méně využívají ošetřovatelské klasifikační systémy NIC, NOC a méně často volí odpověď „nevím“, to znamená, že se v této oblasti lépe orientují. Dále jsme chí-kvadrátem potvrdili, že sestry pracující na standardních oddělení s VŠ a VOŠ vzděláním, častěji uvádějí, že se setkaly s oš. klasifikačním systémem, než sestry se SZŠ a postgraduálním vzděláním (viz Graf 30). Fendrychová ve svém výzkumném šetření tvrdí, že existuje statisticky významná závislost mezi vyšším vzděláním sester a znalostí NIC a NOC (15). Souhlasíme s tvrzením Fendrychové a můžeme konstatovat, že i když jsme prokázali u sester nevyužití klasifikačních systémů na standardních oddělení na základě znalostí. Sestry ze standardních oddělení s VOŠ a VŠ vzděláním se lépe orientují a častěji se setkávají s klasifikačními systémy. *Z výsledků vyplývá, že hypotéza 2 nebyla potvrzena.*

Hypotéza 3 se zaměřuje na znalosti sester ze standardních oddělení ve vztahu ke vzdělání. *H3: Vysokoškolsky vzdělané sestry uvádí větší znalost obecně o klasifikačních systémech, než sestry se středoškolským a postgraduálním vzděláním.* Abychom ověřili tuto hypotézu, použili jsme otázky z dotazníkového šetření, které měly charakter testu znalostí obecně o oš. klasifikačních systémech. Z výsledků chí-kvadrátu nám jasně vyplynulo (viz graf 20), že pod zkratkou NIC, sestry s VŠ vzděláním častěji rozumí klasifikaci oš. intervencí, než ostatní sestry s jiným stupněm vzděláním. Dále jsme

testovali zkratku NOC (viz Graf 22) pomocí Chí-kvadrátu a lze považovat za prokázané, že sestry s VŠ vzděláním častěji než ostatní, rozumí pod zkratkou NOC klasifikaci ošetřovatelských cílů. Naopak sestry s postrgraduálním vzděláním více volily odpověď „nevím“. Stupeň porozumění zkratce NOC je u sester pracujících na standardních odděleních závislý na vzdělání.

Dále jsme zkoumaly znalosti sester ze standardních oddělení o zákonné úpravě klasifikačních systémů (viz Graf 26) a z výsledků nám vyšly opět zajímavé souvislosti vztahující se ke vzdělání sester. Chí-kvadrátem jsme prokázali, že sestry pracující na standardních oddělení s VŠ vzděláním častěji uvádějí, že o klasifikačních systémech v ošetřovatelství se v ČR zmiňuje vyhláška č. 424/2004 Sb. a méně často volí odpověď „nevím“ než sestry se SZŠ a postgraduálem. Ty častěji volí odpověď „nevím“. Dále jsme se zaměřili na znalost sester ze standardního oddělení o komunitním klasifikačním systému OMAHA (viz Graf 28). Po aplikaci Chí-kvadrátu nám z výsledků vyplynulo, že sestry pracující na standardních oddělení s VŠ vzděláním častěji uváděly, že v oblasti komunitního ošetřovatelství je nejvhodnějším klasifikačním systémem OMAHA a méně často volily odpovědi „nevím“ než sestry se SZŽ s postgraduálním vzděláním, které naopak měly větší tendence odpovídat „nevím“. Pokorná a Kréthová uvádějí (2008), že se nepotvrdila statisticky významná závislost mezi dosaženým vzděláním a znalostmi sester o klasifikačních systémech (38). S tímto tvrzením se neshodujeme, z výsledků našeho výzkumného šetření nám zřetelně vychází souvislost mezi VŠ vzděláním a orientovanosti sester ze standardního oddělení v problematice klasifikačních systémů. Zde si můžeme položit otázku, proč nám vyšly odlišné výsledky? Tento jev vysvětlujeme tím, že výzkumy probíhaly v tříletém posunu, což také logicky vysvětluje rozdílné závěry. Pozitivní jev, který nám vyplývá je, že odborná ošetřovatelská veřejnost se posunula dopředu v informovanosti o klasifikačních systémech. Z našeho šetření nám výsledky ukazují, že vysokoškolsky vzdělané sestry uvádí rozsáhlejší znalost o klasifikačních systémech, než sestry se SZŠ a postgraduálním vzděláním. *Hypotéza 3 byla potvrzena.*

Dále jsme se zaměřovali na zpracování návrhů a řešení implementace klasifikačních systémů do praxe na standardních oddělení, které odpovídají všem požadavků, v rámci nově vytvořené dokumentace, realizačním týmem grantového projektu GAJU JU 079/2010. Základní modul ošetřovatelské diagnostiky NNN vznikl na podkladě obsahové analýzy, kde je obsaženo 21 oš. diagnóz dle NANDA-I, které byly následně přeloženy z anglického jazyka a napojeny na NIC a NOC (viz. Příloha 3). Při práci s klasifikacemi jsme došli na některé odlišnosti, které se týkají rozdílných kompetencí českého a amerického ošetřovatelství. Některé formulace intervencí jsme přetransformovali do českých ošetřovatelských poměrů. Abychom přizpůsobili ošetřovatelskou diagnostiku českému ošetřovatelství, pracovali jsme nejvíce s novou vyhláškou č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotníků a jiných zdravotních pracovníků a dále s národními akreditačními standardy SAK. I přes tuto práci vidíme ve vymezených kompetencí jistou socio-společenskou rozdílnost, která se musí někdy i násilně upravit na naše české ošetřovatelské poměry. Pospíšilová a Kyasová (2008) uvádějí, že aplikace klasifikací do ošetřovatelské praxe přinese vyjasnění kompetencí na pracovišti a přinese vyšší efektivitu a kvalitu poskytované péče. Intervence jsou opatřeny kvalifikací sestry, která může jednotlivé výkony provádět a časovou dotací nutnou pro jejich naplnění. Norma ovšem musí být přizpůsobena socio-kulturnímu prostředí v ČR, protože v současné podobě odpovídá systému vzdělávání sester v USA (41). S Pospíšilovou a Kyasovou s podstatnou částí souhlasíme, avšak dovolujeme si oponovat v tom, zda převzetí amerického stylu ošetřovatelství je pro nás nejlepší cestou. Není naopak výzvou pro české ošetřovatelství vybudovat svoji standardizovanou českou diagnostickou klasifikaci s jednotnými prvky mezinárodního unifikovaného ošetřovatelského jazyka?

Pro ověření uplatnění klasifikačních systémů na standardních oddělení jsme zvolili testování hypotézy a prověření základního modulu NNN v praxi, který již není v rámci naší práce. K cíli 4 se vztahuje hypotéza, *H4: Systém poskytování oš. péče je vhodný pro používání ošetřovatelské dokumentace s propojenými klasifikačními systémy*. V dotazníkovém šetření (viz Graf 33[3]) odpovídaly sestry ze standardních oddělení na

[3] Výsledky z grafu 33 jsme sečetli absolutní četnost a relativní validní četnost (souhlasím+ spíše souhlasím; spíše nesouhlasím + nesouhlasím)

otázku, zda jsou klasifikační systémy vhodné k použití do praxe, z našeho pohledu velmi opatrně. 34,5% (131) sester ze standardních oddělení odpovědělo kladně ke vhodnosti klasifikačních systémů na oddělení. 38,3% (145) sester ze standardních oddělení odpovídalo neutrálně na vhodnost klasifikačních systémů v praxi. Zbývajících 27% (102) sester vyjádřilo negativní postoj k zavedení klasifikačních systémů do praxe. Z těchto výsledků můžeme konstatovat, že sestry zaujímají velmi nevyhraněné stanovisko, ke vhodnosti klasifikačních systémů vhodné aplikovat do praxe. Naopak z výsledků na otázku z dotazníkového šetření, zda jsou pro sestry ze standardních oddělení klasifikační systémy přínosné (viz Graf 32[4]) odpovídaly sestry v 64,6% (123) kladně, 15,7% (30) sester zaujalo neutrální postoj k přínosnosti klasifikačních systémů, 19,4% (37) sester odpovědělo negativně k přínosnosti klasifikačních systémů. Z těchto výsledků se domníváme, že se sestry se spíše přiklánějí k přínosnosti klasifikačních systémů. Co se týče vhodnosti klasifikačních systémů na oddělení, zaujímají sestry ze standardních odděleních spíše neutrální postoj. Domníváme se, že to může být dáno i tím, že neměly možnost na zkoumaných pracovištích před naším výzkumným šetřením prakticky vyzkoušet práci s klasifikačními systémy v praxi (viz Myšlenková mapa 5). *Hypotézu 4 považujeme za potvrzenou.*

Základní modul ošetřovatelské diagnostiky NNN jsme testovali v rámci oš. dokumentace grantového projektu. Diagnostický modul bude upravován podle ošetřovatelského týmu z jednotlivých pracovišť. Testování základního modulu již není v rámci diplomové práce, o jejím průběhu bude odborná ošetřovatelská veřejnost informována odborným článkem.

[4] Výsledky z grafu 32 jsme sečetli absolutní četnost a relativní validní četnost (souhlasím+ spíše souhlasím; spíše nesouhlasím + nesouhlasím)

6. ZÁVĚR

Diplomová práce navazovala na výzkumný grantový projekt GAJU *JU* 079/2010/S. Stěžejním cílem práce bylo zmapovat problematiku využití NIC a NOC v ošetřovatelské péči na standardních odděleních zkoumaných nemocnic Jihočeského kraje. V současné době kompetence sester v ČR jsou určeny vyhláškou MZ ČR 55/2011 Sb. Zároveň také vymezuje činnosti všeobecné sestry mezi, které patří také zhodnocení stavu individuálních potřeb pacienta a vyhodnocení účinností ošetřovatelské péče (67, 45). K systematickému získávání dat musí sestra využívat při své práci organizovaný rámec, či standardizovanou strukturu posuzování (45). Proto aplikace a využití unifikovaného ošetřovatelského jazyka, prostřednictvím NANDA-I, NIC a NOC nebo jinými standardizovanými klasifikacemi do praxe je velmi aktuálním problémem českého ošetřovatelství. V nemalé části je výzvou pro české ošetřovatelství ke tvorbě a ucelení standardizované ošetřovatelské terminologie.

Cílem diplomové práce pro odbornou ošetřovatelskou veřejnost bylo přinést současné poznatky a informace o standardizovaných mezinárodních klasifikacích, které mapujeme v teoretické části. V empirické části byly stanoveny čtyři stěžejní cíle výzkumu. První cíl se zaměřoval na to, zda jsou na zkoumaných standardních odděleních používány klasifikační systémy. K cíli 1 se vztahovala *hypotéza 1: V praxi na standardních oddělení jsou využívány klasifikační systémy*. Klasifikační systémy nebyly využity ve zkoumaných nemocnicích. *Hypotézu jsme nepotvrdili*. Druhým cílem bylo zmapovat aspekty ovlivňující zavedení klasifikačních systému na standardních oddělení. Z výsledků byly vymezeny tyto aktuální problémy: personální nedostatek sester a s ním spojená časová náročnost, spolupráce s vedoucími lékaři, progresivní vedení vrchních a staničních sester a zjištění priorit ošetřovatelské péče pro praxi. K tomuto cíli se vztahovaly dvě hypotézy. *H2: Sestry na základě znalostí využívají klasifikační systémy v praxi.* Prokázali jsme, že sestry ze standardních oddělení nevyužívají klasifikační systémy na základě znalostí. *Hypotéza 2 nebyla potvrzena*. *H3: Vysokoškolsky vzdělané sestry uvádějí větší znalost o klasifikačních systémech, než sestry se středoškolským a postgraduálním vzděláním.* Prokázali jsme významnou

statistickou souvislost, že vysokoškolsky vzdělané sestry uvádí rozsáhlejší znalost o klasifikačních systémech, než sestry se SZŠ a postgraduálním vzděláním. *Hypotéza 3 byla potvrzena.*

Třetím cílem bylo zpravovat návrhy a řešení implementace klasifikačních systémů do praxe na standardních oddělení. Na základě obsahové analýzy jsme zpracovali základní modul ošetřovatelské diagnostiky NNN, která je návrhem implementace do ošetřovatelské praxe.

Čtvrtý cíl se zaměřoval na uplatnění klasifikačních systémů na standardních oddělení. K cíli 4 se vztahuje *hypotéza 4: Poskytování oš. péče je vhodné pro používání oš. dokumentace s propojenými klasifikačními systémy*. Pro tento cíl jsme využili dotazníkové šetření, ze kterého vyplynulo *potvrzení hypotézy 4*. V rámci grantového projektu GAJU JU 079/2010/S s názvem: Použití koncepčního modelu a klasifikačních systémů v ošetřovatelské dokumentaci byl základní modul oš. diagnostiky testován v praxi na vybraných pracovištích. Z uvedeného se domníváme, že cíle diplomové práce byly splněny.

Výsledky analýzy ošetřovatelské dokumentace v nemocnicích Jihočeského kraje byly prezentovány na III. Jihočeské konferenci nelékařských zdravotnických pracovníků. Součástí byl publikační příspěvek do sborníku. Dále byl předložen ošetřovatelské veřejnosti základní modul oš. diagnosticky NNN do praxe. Formou publikační činnosti bude odborná ošetřovatelská veřejnost nadále seznamována s vývojem grantového projektu GAJU JU 079/2010/S. Práce může být využita, k porovnání výzkumných výsledků a v neposlední řadě je možné jí použít jako teoretický podklad k orientaci unifikovaného jazyka pro vysokoškolské studenty ošetřovatelství a sestry, odborníky z praxe.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. AIZENSTEIN, S. Perspective: Implementation of Nursing Language in Long-Term Care and Nursing Education. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications.* July-September 2009, vol. 20, no. 3, s. 145 – 147. ISSN 1744-618X.
2. BARKAUSKAS, V., KEENAN, G., STOCKER, J. Evaluating Home Health Care Nursing Outcomes with OASIS and NOC. *Journal of Nursing Scholarship.* March 2008, vol. 40, no. 1, s. 77-78, ISSN 1547-5069.
3. BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ, I., TREŠLOVÁ, M. Manažerské intervence a jejich vliv na vztah sestra-lékař. In: *Cesta k modernímu ošetřovatelství XII: 16.9.-17.9. 2010.* 4. vyd. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2010. s. 14-15, ISBN 978-80-87347-03-4.
4. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetřovatelství.* 2. dopl. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, 185 s., ISBN 978-80-7013-467-2.
5. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V., *Výzkum a ošetřovatelství.* 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
6. BULECHEK, G., BUTCHER, H., JOHNSON, M., DOCHTERMAN, J., M., MAAS, M., MOORHEAD, S., SWANSON, E. *NANDA, NOC, and NIC Linkages: Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions.* 2. vyd. St. Louis: Mosby, 2006, s. 698, ISBN 13 978-0-323- 032303194-3.
7. BULECHEK, G.,M., BUTCHER, H., K., DOCHTERMAN, M., J. *Nursing Interventions Classifications (NIC).* 5. vydání. St. Louis: Mosby, 2008, 938 s., ISBN 0815163029.
8. CANADIAN NURSES ASSOCIATION, International Classificaton for Nursing Practice: Documenting Nursing Care and Client Outcomes. *Nursing Now.* January 2003, vol. 14, s. 1-4, ISSN 1206-3878.

9. CARPENITO-MOYET, L., J., *Handbook of Nursing.* 11. vyd. Philadelphia: Lippincott Willams & Wilkin, 2006, s. 344, ISBN 0-7817-6130-1.
10. CARPENITO-MOYET, L., J., *Nursing Care Plans and Documentation.* 5. vyd. Philadelphia: Lippincott Willams & Wilkin, 2008, s. 7, ISBN 0781770645.
11. DELANEY, C., GUDMUNDSDOTTIR, E., KARLSSON, T., THORODDSEN, A. Translation and Validation of the Nursing Outcomes Classification labels and Definitions for Acute Nursing in Iceland. *Journal of Advanced.* May 2004, vol. 46. no. 3, s. 293, ISSN 1365-2648.
12. DOENGES, M.., E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry.* 1. č. vyd. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 1996, 576 s., ISBN 80-7169-294-8.
13. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetřovatelství – teorie.* 1. vyd. Martin: Osveta, 2006, s. 74-75, ISBN 80-8063-227-8.
14. FEHRING, R. Methods to Validate Nursing Diagnoses. *Heart &Lung: The Journal of Acute &Critical Care.* November 1987, vol. 16, s. 3, ISSN 01479563.
15. FENDRYCHOVÁ, M. Ošetřovatelské klasifikační systémy NANDA-INTERNATIONAL, NIC, NOC a jejich využití při hodnocení bolesti sestrou v Domově pro seniory Nopova.2011. Diplomová práce na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity. Vedoucí diplomové práce Alena Pospíšilová.
16. GOOSSEN, W.,T.,F., EPPING, P., J., M., ABRAHAM, I., L., Classification Systems in Nursing Knowledge and Implications for Nursing Information Systems. *Journal Methods of Information in Medicine.* 1996. vol. 35, s. 62, ISSN 0026-1270.
17. GORDON, M. Historical perspective: The National Conference group for Classification Of Nursing Diagnoses (1978-1980). *Nursing diagnosis.* April-June 1998, vol., s. 27-31, ISSN 1046-7459.
18. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum – Základní metody aplikace.* 1.vyd. Praha: Portál, 2005, 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
19. HENRY, S., B., MEAD, F., CH. Nursing Classification Systems: Necessary but not Sufficient for Representing ‘‘What Nurses Do’’ for Inclusion in Computer-

based Patient Record Systems. *Journal of the American Medical Informatics Association.* May-Jun 1997, vol. 4, no. 3, s. 222 – 223, ISSN 1067-5027.

20. HERDMAN, H., HEATH, C., LUNNEY, M. *NANDA International: Ošetřovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2009 – 2011*. 1. č. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, s. 456, ISBN 978-80-247-3423-1.
21. HUBER, D. *Leadership and Nursing Care Managament.* 3. vydání. USA: Elsevier Health Sciences, 2006, s. 278, ISBN 1416001689.
22. HYUN, S., PARK, H., A. Cross-mapping the ICNP with NANDA, HHCC, Omaha System and NIC for Unified Nursing Language System Development. *International Nursing Review.* July 2006, vol. 49, no. 2, s. 99 -101, ISSN 1466-7657.
23. IVANOVÁ,K., JUŘÍČKOVÁ,K., *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením.* 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 98 s. ISBN 80-244-0992-5.
24. JAROŠOVÁ, D. Ošetřovatelství založené na důkazech jako součást výuky. In: *Ošetřovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech II.* BUŽGOVÁ, R., SIKOROVÁ, L. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2008, s. 26-28, ISSN 978-80-7368-499-0.
25. JOHNSON, M., MAAS, M., MOORHEAD, S., SWANSON, E. *Nursing Outcomes Classification.* 4. vyd. St. Louis: Mosby, 2008, 912 s., ISBN 978-0-323-05408-9.
26. MAREČKOVÁ, J. *NANDA-International diagnostika v ošetřovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace.* 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006, 80 s., ISBN 80-247-1399-3.
27. MAREČKOVÁ, J., JAROŠOVÁ, D. NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetřovatelského procesu. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2005, s. 18, 2005, ISBN 80-7368-058-0.
28. MAREČKOVÁ, J., TOMÁNKOVÁ, I., Diagnostické prvky NANDA-International u pacientů s poruchou vědomí. In: *Ošetřovatelská diagnostika a*

praxe založená na důkazech. BUŽGOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007, s. 58, ISBN 978-80-7368-230-9.

29. NEEDHAM, I., MŰLLER-STAUB, M., ODENBRAIT, M., et. al. Improved Quality of Nursing Documentation: Results of a Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes Implementation Study. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications.* January-March 2007, vol. 18, no. 1, s. 6, ISSN 1744-618X.
30. NIERMEYER, R., SEYFFERT, M., *Jak motivovat sebe a své pracovníky.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005, s. 72, ISBN 80-247-1223-7.
31. NISHTAR, S. Community Health promotion – a step further. *Promotion &Education*, Number 2007, vol. XIV, no. 2, s. 61, ISSN 1025-3823.
32. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, *Nanda Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2005-2006.* 1. vyd. USA: NANDA-International, 2004, s. 291, ISBN 0963704249.
33. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, *Nanda Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2007-2008.* 1. vyd. USA: NANDA-International, 2007, s. 343, ISBN 0978892402.
34. ONDRÁKOVÁ, M., BARČÍKOVÁ, K. Edukace pacienta po transplantaci ledviny. *Sestra.* 2009, roč. 10, s. 76, ISSN 1210-0404.
35. OTÁSKOVÁ, J., et. al. *Praktické využití ošetřovatelských diagnóz.* 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, a.s., 2007, 117 s., ISBN 978-80-239-9072-0.
36. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely v ošetřovatelství v kostce.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 99, ISBN 80-247-1211-3.
37. POKORNÁ, A. Implementace Evidence Based Health Care do výuky ošetřovatelství za multimediální podpory e-learningových kurzů. In: *Ošetřovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech.* BUŽGOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007, s. 77, ISSN 978-80-7368-230-9.

38. POKORNÁ, A., KRETHOVÁ, D. Možnosti využití NIC, NOC v hodnocení bolesti na hematoonkologickém oddělení. In: *Ošetřovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech II.* BUŽGOVÁ, R., SIKOROVÁ, L. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2008. s. 43-45, ISBN 978-80-7368-499-0.
39. POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 101-103, ISBN 8024723581.
40. POLIT, D., E., BECK, CH., T. *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* 8. vyd. Philadelphia: Lippincott Willams & Wilkin, 2008, s. 323, ISBN 0781794684.
41. POSPÍŠILOVÁ, A., KYASOVÁ, M. Mezinárodní klasifikace ošetřovatelských intervencí a očekávaných výsledků ošetřovatelské péče. *Diagnóza v ošetřovatelství.* Leden 2009, roč. V/1, s. 28-29, ISSN 1801-1349.
42. POWELL, C. The Delphi Technique: Myths and Realities. *Journal of Advanced Nursing*. 2003, vol. 27, s. 376, ISSN 0309-2402.
43. ŘEŠETKA, M. *Anglicko-Český, Česko- Anglický slovník.* 3. dopl. vyd. Olomouc: FIN PUBLISHING, 2004, 1178 s., ISBN 80-86002-62-4.
44. SIKOROVÁ, L. BUŽGOVÁ, R. Životní styl v NANDA doménách. In: *Ošetřovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech II.* BUŽGOVÁ, R., SIKOROVÁ, L. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2008, s. 48, ISBN 978-80-7368-499-0.
45. SIKOROVÁ, L. Vztah studentů ošetřovatelství k diagnostice NANDA-International. In: *Ošetřovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech.* BUŽGOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007, s. 82, ISBN 978-80-7368-230-9.
46. STAUB, M. Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications.* January-March 2009, vol. 20, no. 1, s. 9 – 11, ISSN 1744-618X.

47. STRYJA, J. *Repetitorium hojení ran.* 1. vyd. Semily: GEUM, 2008, s. 13, ISBN 978-80-86256-60-3.
48. ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., et al. *Intenzivní medicína.* 2. rozš. vyd. Praha: Galén, 2003. s. 422, ISBN 80-7262-203.
49. TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. *Potreby v ošetrovatel´stve.* 1. vyd. Martin: Vydavatel´stvo Osveta, 2008, s. 35, ISBN 978-80-8063-270-0.
50. TÓTHOVÁ, V., et. al. Analýza ošetřovatelské dokumentace v nemocnicích Jihočeského kraje. In: *III. Jihočeská konference nelékařských zdravotnických pracovníků: 21.10-22.10. 2010.* České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, a.s., 2010, s. 60-62, ISBN 978-80-254-7919-3.
51. TÓTHOVÁ, V., et. al. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace.* 1. vydání. Praha: Triton, 2010, s. 66, ISBN 978-80-7387-286-1.
52. TRACHTOVÁ, E., et. al. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1999, s. 15, ISBN 80-70-13-285-X.
53. VEISOVÁ, V., TÓTHOVÁ, V. Vůdcovství v ošetřovatelství. *Kontakt.* 2010, vol. XII, s, 377, ISSN 1212-4117.
54. VOKURKA, M. et al. *Velký lékařský slovník.* 4. vyd. Praha: MAXDORF, 2004, s. 358, ISBN 80-7345-105-0.
55. VONDRÁČEK, L. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 14-17, ISBN 978-80-247-2763-9.
56. VÖRÖSOVÁ, G., BOLEDOVIČOVÁ, M. Vývoj sesterského diagnostikování. *Sestra.* 2005, roč. 12, s. 12, ISSN 1210-0404
57. VÖRÖSOVÁ, G., et al. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovatel´stve.* 1. vyd. Martin: Vydavatel´stvo Osveta, 2007. s. 113., ISBN 978-80-8063-242-7.
58. WONG, E. Coining and Defining Novel Nursing Terminology: Part 2 Critical Incident Nursing. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications.* October-December 2008, vol. 19, no. 4, s. 132, ISSN 1744-618X.

59. ZELENÍKOVÁ, R., ŽIAKOVÁ, K. Využití Fehringových modelov při validizacii ošetrovatel´ských diagnóz. *Profese.* Duben 2010, roč. III/2, s. 120, ISSN 1803-4330.
60. ŽIAKOVÁ, K, HOLMANOVÁ, E., ČÁP, J. Problematika odbornej terminologie v ošetrovatel´stve. In: *Ošetřovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech II.* BUŽGOVÁ, R., SIKOROVÁ, L. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2008, s. 83-84, ISBN 978-80-7368-499-0.

Elektronické zdroje

61. Center For Nursing Classification and Clinical Effectivenes (NIC/NOC). [online], 2011, [citováno 2011-02-03]. Dostupné z: <http://www.nursing.uiowa.edu/excellence/nursing_knowledge/clinical_effectiveness/nic.htm >
62. Česka asociace sester- vedení ošetřovatelské dokumentace. [online], 2011, [citováno 2011-07-25]. Dostupné z: <http://www.cnna.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace>
63. Health Level Seven International. [online], 2011, [citováno 2011-01-19]. Dostupné z: < http://www.hl7.org/>
64. Národní referenční centrum, odborný panel ošetřovatelské péče. [online], 2011, [citováno 2011-05-20]. Dostupné z: <http://www.nrc.cz/cs/odborny-panel-osetrovatelska-pece>
65. North American Nursing Diagnosis Association. [online], 2011, [citováno 2010-11-25]. Dostupné z: < http://www.nanda.org/2011Symposia.aspx>
66. Portál veřejné správy České republiky. [online], 2011, [citováno 2011-06-02]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411?PC_8411_p=1&PC_8411_l=385/2006&PC_8411_ps=10&PC_8411_text=o%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%A1%20dokumentace#10821 >

67. Sbírka předpisů České Republiky. *Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.* [online], [citováno 2011-05-15]. Dostupné z: <http://www.fnkv.cz/soubory/vyhlaska_55-r-2011%29sb%28cinnost%29.pdf>
68. Sbírka zákonů České republiky. *Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci.* [online], [citováno 2011-06-10]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb122-06.pdf>
69. Sbírka zákonů České republiky. *Zákon č. 260/2001 Sb., kterým se měn zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.* [online], [citováno 2011-05-15]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2001/sb100-01.pdf>
70. Trans-managament Systems Corporation. [online], 2008, [citováno 2011-02-21]. Dostupné z <: http://www.trans-mgmt.com/is/inf_mgmt.html>

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Nemocný

Sestra

Ošetřovatelská péče

Klasifikační systémy

Unifikovaný jazyk

Patient

Nurse

Nursing care

Classification systems

Unified language

9. SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

BP	Evidence-Based-Practice
	Praxe založená na důkazech
ANA	American Nurses Association, Americká asociace sester
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
	Severoamerická asociace pro sesterské diagnózy
NIC	Nursing Interventions Classification
	Klasifikace ošetřovatelských intervencí
NOC	Nursing Outcomes Classification
	Klasifikace ošetřovatelských výsledků
ACENDIO	Association for Common European Nursing Diagnosis
	Asociace pro společné evropské diagnózy, intervence a cíle
ICF	International Classification of Functioning disability and Health
	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
HHCC	Home Health Care Classification
	Klasifikace domácí péče
NMDS	Nursing Minimum Data Set
	Ošetřovatelský minimální datový soubor
NMMDS	Nursing Managament Minimum Data Set
	Ošetřovatelský systém managementu pro datové soubory
NEBP	Nursing-Evidence-Based-Practice
	Ošetřovatelská praxe založené na důkazech
EHR	Electronic Health Record Systems

	Elektronické zdravotnické záznamy
NLM	National Library Medicine
	Národní lékařská knihovna
ISO	Organization for standardization
	Mezinárodní organizace pro standardy
HL7	Health Level Seven International
	Mezinárodní zdravotní úroveň 7
SNOMED	Systematized Nomenclature of Medicine
	Lékařské názvosloví
USA	Spojené Státy Americké
Aliance 3N	Aliance NANDA-I, NIC, NOC
NIDSEC	Nursing Information and Data Set Evaluation Center
	Centrum ošetřovatelských informací a vyhodnocování dat
JCACHO	Joint Commission on Accreditation for Health Care Organisations
	Spojená komise pro akreditaci organizaci zdravotní péče
CINAHL	The Cumulative Index to Nursing Literature
	Kumulativní index pro ošetřovatelskou litaraturu
DCV	Diagnostic Content Validity Model
	Model validity diagnostického obsahu
CDV	Clinical Diagnostic Validity Model
	Model klinické diagnostické validity
MNRS	Midwest Nursing Research Society
	Severozápadní ošetřovatelská výzkumná společnost

ICD	International Classification of Diseases
	Mezinárodní klasifikace nemocí
RAP	Resident assesment protocols
	Hodnotící protokoly
NIH	National Institutes of Health
	Národní ústav zdraví
NIN	National Institutes of Nursing
	Národní ústav ošetřovatelství
ICN	International Council of Nurses
	Mezinárodní rada sester
WHO	World Health Organization
	Světová zdravotnická organizace

10. SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Údaje k oš. diagnóze

Tabulka 2 Oš. dg: Akutní bolest (kód 00132)

Tabulka 3 Oš. dg: Chronická bolest (kód 00133)

Tabulka 4 Oš. dg.: Neefektivní dýchání (kód 00032)

Tabulka 5 Oš. dg.: Snížený srdeční výdej (kód 00029)

Tabulka 6 Oš. dg: Nevyvážená nedostatečná výživa (kód 00002)

Tabulka 7 Oš. dg: Nevyvážená nadměrná výživa (kód 00001)

Tabulka 8 Oš. dg: Snížený objem tekutin v organizmu (kód 00027)

Tabulka 9 Oš. dg: Zvýšený objem tekutin v organismu (kód 00026)

Tabulka 10 Oš. dg: Retence moče (kód 00023)

Tabulka 11 Oš. dg.: Funkční inkontinence moči (kód 000020)

Tabulka 12 Oš. dg: Porucha vyprazdňování stolice - zácpa (kód 00011)

Tabulka 13 Oš. dg: Porucha vyprazdňování stolice - průjem (kód 00013)

Tabulka 14 Oš. dg: Inkontinence stolice (kód 00014)

Tabulka 15 Oš. dg: Strach (kód 00148)

Tabulka 16 Oš. dg: Úzkost (kód 00146)

Tabulka 17 Oš. dg: Nevolnost (kód 00134)

Tabulka 18 Oš. dg: Deficit sebepéče při oblékání (kód 00109)

Tabulka 19 Oš. dg: Deficit sebepéče při hygieně (kód 00108)

Tabulka 20 Oš. dg: Deficit sebepéče při vyprazdňování (kód 00110)

Tabulka 21 Oš. dg: Deficit sebepéče při jídle (kód 00102)

Tabulka 22 Oš. dg: Porucha spánku (kód 00095)

Tabulka 23 Četnost jednotlivých oš. diagnóz

Tabulka 24 Zdravotnické zařízení

Tabulka 25 Délka praxe

Tabulka 26 Vzdělání

Tabulka 27 Věk

Tabulka 28 Pracovní zařazení

Tabulka 29 Každodenní využití ošetřovatelské dokumentace
Tabulka 30 Používání systému ošetřovatelských diagnóz
Tabulka 31 Spokojenost s ošetřovatelskými diagnózami
Tabulka 32 Přínosnost ošetřovatelských diagnóz pro ošetřovatelskou péči
Tabulka 33 Použití klasifikačních systémů NIC, NOC
Tabulka 34 Schopnost pracovat s klasifikačními systémy
Tabulka 35 Informovanost o klasifikačních systémech
Tabulka 36 Přínosnost klasifikačních systému pro oš. péči
Tabulka 37 Pojem klasifikace
Tabulka 38 Znalost klasifikačních systémů
Tabulka 39 Znalost NIC
Tabulka 40 Znalost NOC
Tabulka 41 Znalost o NANDA-I
Tabulka 42 Znalost o zaměření klasifikačních systémů v ošetřovatelství
Tabulka 43 Znalost o zákonné úpravě klasifikačních systémů
Tabulka 44 Znalost o klasifikačním systému z komunitního ošetřovatelství
Tabulka 45 Profesní setkání s klasifikačními systémy
Tabulka 46 Zdroje o klasifikačních systémech
Tabulka 47 Názor na přínosnost klasifikačních systémů
Tabulka 48 Vhodnost použití klasifikačních systémů na oddělení
Tabulka 49 Výuka klasifikačních systémů
Tabulka 50 Zájem o vzdělávací kurz v oblasti klasifikačních systémů

11. SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Zdravotnické zařízení

Graf 2 Délka praxe

Graf 3 Vzdělání

Graf 4 Věk

Graf 5 Pracovní zařazení

Graf 6 Každodenní využití ošetřovatelské dokumentace

Graf 7 Používání systému ošetřovatelských diagnóz

Graf 8 Vztah mezi využitím systému ošetřovatelských diagnóz a vzdělání

Graf 9 Spokojenost s ošetřovatelskými diagnózami

Graf 10 Přínosnost ošetřovatelských diagnóz pro ošetřovatelskou péči

Graf 11 Vztah mezi přínosem ošetřovatelských diagnóz pro ošetřovatelskou péči a vzděláním

Graf 12 Použití klasifikačních systémů NIC, NOC

Graf 13 Vztah mezi použití klasifikačních systémů NIC, NOC a vzděláním

Graf 14 Schopnost pracovat s klasifikačními systémy

Graf 15 Informovanost o klasifikačních systémech

Graf 16 Přínosnost klasifikačních systému pro oš. péči

Graf 17 Pojem klasifikace

Graf 18 Znalost klasifikačních systémů

Graf 19 Znalost NIC

Graf 20 Vztah znalosti NIC a vzděláním

Graf 21 Znalost NOC

Graf 22 Vztah mezi znalostí NOC a vzděláním

Graf 23 Znalost o NANDA-I

Graf 24 Znalost o zaměření klasifikačních systémů

Graf 25 Znalost o zákonné úpravě klasifikačních systémů

Graf 26 Vztah mezi znalostí o zákonné úpravě klasifikačních systémů a vzděláním

Graf 27 Znalost o klasifikačním systému z komunitního ošetřovatelství
Graf 28 Vztah mezi znalostí o klasifikačním systému z komunitního ošetřovatelství a vzděláním
Graf 29 Profesní setkání s klasifikačními systémy
Graf 30 Vztah mezi profesním setkáním s klasifikačními systémy a vzděláním
Graf 31 Zdroje o klasifikačních systémech
Graf 32 Názor na přínosnost klasifikačních systémů
Graf 33 Vhodnost použití klasifikačních systémů na oddělení
Graf 34 Výuka klasifikačních systémů
Graf 35 Vztah mezi výukou klasifikačních systémů a vzdělaností
Graf 36 Zájem o vzdělávací kurz v oblasti klasifikačních systémů

12. SEZNAM MYŠLENKOVÝCH MAP

Myšlenková mapa 1: Využití ošetřovatelské dokumentace v praxi

Myšlenková mapa 2: Podklady ke tvorbě ošetřovatelské dokumentace

Myšlenková mapa 3: Organizační postupy pro tvorbu ošetřovatelské dokumentace

Myšlenková mapa 4: Aplikace a praktické využívání ošetřovatelských diagnóz

Myšlenková mapa 5: Využití diagnosticko-klasifikačních systémů

Myšlenková mapa 6: Omezení pro využití klasifikačních systémů

Myšlenková mapa 7: Spokojenost s používáním ošetřovatelské dokumentace

Myšlenková mapa 8: Spokojenost s obsahem a formou ošetřovatelské dokumentace

Myšlenková mapa 9: Jednotnost ošetřovatelské dokumentace

13. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Seznam otázek k rozhovoru

Příloha 2 Dotazník

Příloha 3 Základní modul ošetřovatelské diagnostiky

Příloha 1 Seznam otázek k rozhovoru

Polostrukturovaný rozhovor ANONYMNÍ RESPONDENT

Dobrý den, budu Vám pokládat řadu otázek týkajících se specifik tvorby a používání Vaší ošetřovatelské dokumentace. Odpovědi budu zaznamenávat na list, který mám před sebou. Při tomto rozhovoru je uplatňováno zajištění anonymity respondenta, to znamená nikde nebude uvedeno Vaše jméno, příjmení, bydliště, rodné číslo, a jakékoliv další kontaktní údaje. Vaše nemocniční zařízení nebude nikde figurovat.

1. Používáte ošetřovatelskou dokumentaci ve Vaší nemocnici?
2. Na základě jakých podkladů jste vytvářeli ošetřovatelskou dokumentaci?
3. Jakým způsobem / organizačně jste vytvářeli ošetřovatelskou dokumentaci ve Vaší nemocnici?
4. Využíváte v dokumentaci ke stanovení oš. dg. a intervencí klasifikační systémy?
5. Využíváte v dokumentaci ke stanovení oš. dg. konkrétní klasifikační systém?
6. Omezuje podle vás nedostatek personálu zavedení dokumentace s klasifikačními systémy?
7. Omezuje podle vás nedostatek finančních prostředků zavedení dokumentace s klasifikačními systémy?
8. Ovlivňuje podle vás časová náročnost zavedení dokumentace s klasifikačními systémy?
9. Jak jste spokojena s použitím oš. dokumentace ve Vaší nemocnici?
10. Jak jste spokojena s formou oš. dokumentace ve Vaší nemocnici?
11. Jak jste spokojena s obsahem oš. dokumentace ve Vaší nemocnici?
12. Máte jednotnou, komplexní dokumentaci pro celou nemocnici?

Příloha 2 Dotazník

Grant GAJU *JU* 079/2010/S
Použití koncepčního modelu a klasifikačních systémů
v ošetřovatelské dokumentaci
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA
JIHOČESKÉ UNIVERZITY V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Vážená kolegyně, vážený kolego,

obracíme se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době je na katedře ošetřovatelství Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity realizován výzkum, jehož cílem je zmapovat názory sester na současnou ošetřovatelskou dokumentaci v nemocnicích Jihočeského kraje.

Dovolujeme si Vás proto požádat o účast ve výzkumu a o odpovědi na otázky v tomto dotazníku.

VÝZKUM JE ANONYMNÍ, NIKDE NEUVÁDĚJTE SVÉ JMÉNO!

Se všemi získanými informacemi budeme nakládat dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění. Výsledky výzkumu budou zpracovány souhrnně a budete o nich informováni prostřednictvím tisku.

Děkujeme za spolupráci.

Řešitelé výzkumného úkolu

1. Zdravotnické zařízení

□ Nemocnice České Budějovice, a. s.

□ Nemocnice Písek, a. s.

□ Nemocnice Tábor, a. s.

□ Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s.

□ Nemocnice Český Krumlov, a. s.

□ Nemocnice Strakonice, a. s.

□ Nemocnice Prachatice, a. s.

2. Oddělení

□ standardní

□ intenzivní péče

3. Délka praxe

□ do 5 let

□ 6–10 let

□ 11–15 let

□ 16 let a více

4. Vzdělání

□ SZŠ

□ VOŠ

□ VŠ

□ postgraduální

5. Věk

□ do 20 let

□ 21–30 let

□ 31–40 let

□ 41–50 let

□ 51–60 let

□ 61 let a více

6. Pracovní zařazení

□ vrchní sestra

□ staniční sestra

□ sestra u lůžka

7. Jak si na Vašem pracovišti předáváte informace o ošetřovatelské péči? (*možnost zvolit více odpovědí*)

a) ústně

b) písemně – dokumentace

c) písemně – hlášení sester

d) jiné …….....

8. Používáte na Vašem oddělení ošetřovatelskou dokumentaci?

Pokud ano:

	Zcela souhlasím	**Spíše souhlasím**	**Nevím**	**Spíše nesouhlasím**	**Zcela nesouhlasím**
Denně pracuji s ošetřovatelskou dokumentací	1	2	3	4	5
Současná ošetřovatelská dokumentace mi vyhovuje	1	2	3	4	5
Položky v ošetřovatelské dokumentaci na odd. považuji za dostačující	1	2	3	4	5
Ošetřovatelskou dokumentaci na našem oddělení považuji za přehlednou	1	2	3	4	5
S obsahem ošetřovatelské dokumentace jsem spokojen(a)	1	2	3	4	5

9. Jakou formu ošetřovatelské dokumentace používáte na Vašem oddělení?

□ tištěná forma

□ elektronická forma

□ kombinovaná forma (tištěná a elektronická)

□ jiná forma …….....

10. Tištěná forma dokumentace mi vyhovuje *(i v případě, že oš.*

dokumentaci nepoužíváte, napište svůj názor)

□ zcela souhlasím □ spíše souhlasím □ nevím □ spíše nesouhlasím

□ zcela nesouhlasím

11. Elektronická forma dokumentace mi vyhovuje *(i v případě, že oš. dokumentaci nepoužíváte, napište svůj názor)*

□ zcela souhlasím □ spíše souhlasím □ nevím □ spíše nesouhlasím

□ zcela nesouhlasím

12. Lékaři na našem oddělení pracují s ošetřovatelskou dokumentací

□ zcela souhlasím □ spíše souhlasím □ nevím □ spíše nesouhlasím

□ zcela nesouhlasím

13. Používáte na Vašem oddělení systém ošetřovatelských diagnóz?

□ ano □ ne □ nevím

*Pokud **ano**, tak:*

Systém ošetřovatelských diagnóz, které používáme na našem oddělení, považuji za vyhovující

□ zcela souhlasím □ spíše souhlasím □ nevím □ spíše nesouhlasím

□ zcela nesouhlasím

Systém ošetřovatelských diagnóz, které používáme na našem oddělení, považuji za přínosný pro ošetřovatelskou péči

□ zcela souhlasím □ spíše souhlasím □ nevím □ spíše nesouhlasím

□ zcela nesouhlasím

14. Používáte na Vašem oddělení jiné ošetřovatelské klasifikační systémy (NIC, NOC)?

□ ano □ ne □ nevím

*Pokud **ano**, tak:*

S těmito systémy umím pracovat

□ zcela souhlasím □ spíše souhlasím □ nevím □ spíše nesouhlasím

□ zcela nesouhlasím

Domnívám se, že mám o této klasifikaci dostatek informací

□ zcela souhlasím □ spíše souhlasím □ nevím □ spíše nesouhlasím

□ zcela nesouhlasím

Tyto systémy považuji za přínosné pro ošetřovatelskou péči

□ zcela souhlasím □ spíše souhlasím □ nevím □ spíše nesouhlasím
□ zcela nesouhlasím

15. Co si představíte pod pojmem klasifikace?

□ zařazování do předem určených tříd na základě zjištění společné charakteristiky
□ systematická činnost zaměřená na řešení společného problému
□ porovnání dvou a více společných znaků
□ jiné ……

16. Co podle Vás nepatří mezi ošetřovatelské klasifikační systémy?

(zvolte pouze jednu odpověď)

□ NIC
□ NOC
□ NANDA
□ OMAHA
□ WENR

17. Co podle Vás znamená zkratka NIC?

□ klasifikace ošetřovatelských intervencí
□ klasifikace ošetřovatelských cílů
□ ošetřovatelství v oblasti intenzivní péče
□ nevím, nemám informace o klasifikačních systémech
□ jiné……

18. Co podle Vás znamená zkratka NOC?

□ klasifikace ošetřovatelských cílů
□ klasifikace ošetřovatelských intervencí
□ ošetřovatelství o těhotné ženy
□ nevím, nemám informace o klasifikačních systémech
□ jiné……

19. Klasifikací ošetřovatelských diagnóz se zabývá organizace

□ NANDA
□ ACENDIO
□ WHO

□ jiná *(vypište)*…….....

20. Klasifikační systémy v ošetřovatelství podle Vás slouží jako

(uveďte pouze jednu odpověď)

□ společný odborný jazyk ošetřovatelské profese

□ základní metoda poskytování ošetřovatelské péče

□ k řízení managementu kvality ošetřovatelské péče

□ nevím, nemám informace o ošetřovatelských klasifikačních systémech

□ jiné …….....

21. O klasifikačních systémech v ošetřovatelství se v ČR zmiňuje

□ zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních

□ vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků

□ zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

□ koncepce českého ošetřovatelství

□ nevím, nemám informace o ošetřovatelských klasifikačních systémech

□ jiné …….....

22. V oblasti komunitního ošetřovatelství je nejvhodnějším klasifikačním systémem

□ OMAHA

□ NANDA taxonomie

□ nevím, nemám informace o ošetřovatelských klasifikačních systémech

□ jiné…….

23. Setkali jste se někdy s s ošetřovatelským klasifikačním systémem?

□ ano □ ne □ nevím

*Pokud **ano**:*

kde jste se s ním setkali (možno označit více odpovědí)

□ v odborné literatuře

□ v časopise

□ na internetu

□ v zaměstnání

□ při studiu

□ na kurzu

□ na jiném pracovišti

□ jiné ……

Klasifikační systémy v ošetřovatelství považuji za přínosné

□ zcela souhlasím □ spíše souhlasím □ nevím □ spíše nesouhlasím

□ zcela nesouhlasím

Klasifikační systémy v ošetřovatelství považuji za zbytečné

□ zcela souhlasím □ spíše souhlasím □ nevím □ spíše nesouhlasím

□ zcela nesouhlasím

24. Domnívám se, že oddělení, na kterém pracuji, je vhodné pro používání ošetřovatelských klasifikačních systémů

□ zcela souhlasím □ spíše souhlasím □ nevím □ spíše nesouhlasím

□ zcela nesouhlasím

25. Měl/a jste do své výuky zařazen předmět, v rámci kterého jste se dozvěděl/a o ošetřovatelských klasifikačních systémech?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

26. Měl(a) byste zájem o vzdělávací kurz v oblasti ošetřovatelských klasifikačních systémů?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

27. Považujete současnou nabídku vzdělávacích kurzů v oblasti ošetřovatelských klasifikačních systémů za dostačující?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

28. Co si představíte pod pojmem multikulturní ošetřovatelství?

(prosím, vypište) ……

……...

29. Ošetřovatelská dokumentace na Vašem oddělení zohledňuje kulturně diferencovanou ošetřovatelskou péči

□ zcela souhlasím □ spíše souhlasím □ nevím □ spíše nesouhlasím

□ zcela nesouhlasím

30. Setkali jste se někdy s multikulturním ošetřovatelstvím?

□ ano □ ne □ nevím

*Pokud **ano**:*

kde jste se s ním setkali (možno označit více odpovědí)

□ v odborné literatuře

□ v časopise

□ na internetu

□ v zaměstnání

□ při studiu

□ na kurzu

□ na jiném pracovišti

□ jiné …….....

31. Setkal/a jste se s multikulturním ošetřovatelstvím v průběhu svého vzdělávání?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

32. Víte, jaká specifika v oblasti ošetřovatelské péče mají vyznavači islámu?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

*Pokud **ano nebo spíše ano**, tak v které oblasti (možno označit více odpovědí)*

□ stravování

□ hygiena

□ umírání

□ modlitba

□ význam rodiny

□ komunikace

□ jiné …….....

33. Víte, jaká specifika v oblasti ošetřovatelské péče mají příslušníci Církve Ježíše Krista Svatých posledních dnů (mormoni)?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

*Pokud **ano nebo spíše ano**, tak v které oblasti (možno označit více*

odpovědí)

□ stravování

□ modlitba

□ význam rodiny

□ interrupce

□ jiné …….....

34. Víte, jaká specifika v oblasti ošetřovatelské péče mají vyznavači buddhismu Diamantové cesty?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

*Pokud **ano nebo spíše ano**, tak v které oblasti (možno označit více odpovědí)*

□ stravování

□ meditace

□ mravní zásady (neubližovat živým bytostem)

□ smrt

□ jiné…….....

35. Víte, jaká specifika v oblasti ošetřovatelské péče mají příslušníci pravoslavné církve?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

*Pokud **ano nebo spíše ano**, tak v které oblasti (možno označit více odpovědí)*

□ stravování (půsty)

□ modlitba

□ těhotenství

□ interrupce

□ umírání

□ jiné …….....

36. Považuji za důležité mít v ošetřovatelské dokumentaci oblast zabývající se multikulturním ošetřovatelstvím

□ zcela souhlasím □ spíše souhlasím □ nevím □ spíše nesouhlasím

□ zcela nesouhlasím

37. Mám zájem o vzdělávací kurz v oblasti multikulturního

ošetřovatelství

□ zcela souhlasím □ spíše souhlasím □ nevím □ spíše nesouhlasím □ zcela nesouhlasím

38. Znáte pojem koncepční modely v ošetřovatelství?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

39. Setkal/a jste se s určitým koncepčním modelem v průběhu svého vzdělávání?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

40. Měl/a jste do své výuky zařazen předmět, v rámci kterého jste se dozvěděl/a o koncepčních modelech?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

41. Víte, podle kterého koncepčního modelu/koncepčních modelů je vaše ošetřovatelská dokumentace vytvořena?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

42. Setkal/a jste se s koncepčním modelem Marjory Gordonové?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a NE, pokračujte na otázku ***(45)***.

43. Setkal/a jste se s koncepčním modelem Marjory Gordonové při studiu?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

44. Víte, co je obsahem koncepčního modelu Marjory Gordonové?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

45. Setkal/a jste se s koncepčním modelem M. J. Watsonové?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a NE, pokračujte na otázku ***(48)***.

46. Setkal/a jste se s koncepčním modelem M. J. Watsonové při studiu?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

47. Víte, co je obsahem koncepčního modelu M. J. Watsonové?

□ ano, obsah znám dobře □ ano, obsah znám částečně □ ne, nevím

48. Využíváte koncepčního modelu Marjory Gordonové ve své praxi?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

49. Využíváte koncepčního modelu Callisty Royové ve své praxi?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

50. Využíváte koncepčního modelu M. J. Watsonové ve své praxi?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

51. Využíváte některých postupů z koncepčních modelů ve své praxi?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO, SPÍŠE ANO, pokračujte na otázku ***(55)***.

52. Uvažujete o tom, že byste používal/a koncepční modely ošetřovatelství v rámci ošetřovatelské dokumentace?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

53. Domníváte se, že máte dostatek informací ohledně koncepčních modelů v ošetřovatelství?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

54. Považujete u sestry za důležitou schopnost empatie *(schopnost vcítit se do pocitů, jednání druhé osoby)***?**

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

55. Máte zájem o vzdělávací kurz v oblasti koncepčních modelů?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

56. Považujete současnou nabídku vzdělávacích kurzů v oblasti koncepčních modelů za dostatečnou?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

57. Souhlasím s využitím jednoho koncepčního modelu v rámci ošetřovatelské dokumentace

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

58. Souhlasím s využitím většího počtu koncepčních modelů v ošetřovatelství v rámci ošetřovatelské dokumentace

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

59. Je podle Vás systém péče na Vašem pracovišti vhodný pro ošetřovatelskou dokumentaci vypracovanou dle koncepčního modelu?

□ ano □ spíše ano □ nevím □ spíše ne □ ne

Příloha 3 Ukázka z modulu ošetřovatelské diagnostiky NNN
(kompletní příloha na CD)

Grant GAJU *JU* 079/2010/S

Použití koncepčního modelu a klasifikačních systémů v ošetřovatelské dokumentaci

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA JIHOČESKÉ UNIVERZITY V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA S VYUŽITÍM NANDA-I., NIC A NOC

Základní modul ošetřovatelských diagnóz pro standardní oddělení a jednotky intenzivní péče

Vážené kolegyně a Vážení kolegové,

do rukou se Vám dostává základní modul ošetřovatelské diagnostiky, dle NANDA-International (dále jen NANDA-I), Klasifikace ošetřovatelských intervencí (Nursing interventions Classification, dále jen NIC) a Klasifikace ošetřovatelských výsledků (Nursing Outcomes Classification, dále jen NOC). Dovolte nám, abychom Vám přiblížily a vysvětlily pojmy, které při testování tohoto ošetřovatelské modulu, budete využívat.

Ošetřovatelské diagnózy *jsou vytvořeny, dle NANDA-I. Vznikla v roce 1982 a patří mezi významné světové ošetřovatelské organizace, které se podílejí na rozvoji unifikovaného ošetřovatelského jazyka. NANDA-I se specializuje na tvorbu ošetřovatelských diagnóz na základě ošetřovatelství založené na důkazech (Nursing-Evidence-Based Practice). V modulu k jednotlivé oš. diagnóze je připojen kód, který v budoucnu bude využit pro pojišťovnu. Oš. diagnózy nejsou kompletní a na rozšíření se i nadále bude pracovat.*

Reálné ošetřovatelské cíle *jsme záměrně nechávali volné k Vašemu vyhodnocení, aby jste oš. cíle mohli přímo konkrétně aplikovat pacientovi na míru. Podle oš. cílů si také stanovíte datum vyhodnocení oš. diagnózy.*

Klasifikace ošetřovatelských intervencí *se řadí mezi prestižní projekty řízené Centrem pro ošetřovatelskou klasifikaci a klinickou efektivnost Univerzity Iowa ve Spojených Státech Amerických, který probíhá již od roku 1987 do současné doby. Iowský realizační tým, definuje NIC, jako komplexní standardizovanou klasifikaci intervencí, které sestry vykonávají v ošetřovatelské praxi. Klasifikace NIC má trojúrovňový organizační základ založený na struktuře domén, tříd a intervencí. Cílem klasifikace NIC je vytvoření a využívání ošetřovatelských zásahů pro všechny oblasti ošetřovatelské péče, od intervencí všeobecné praxe po specializovaná pracoviště. V modulu máte oš. intervence předloženy k zaškrtávání. V případě, že by Vám chyběly oš. intervence máte možnost je zformulovat ve volných prostorech pod tištěnými intervencemi. K oblasti oš. intervencí je připojen kód, který v budoucnu bude využit pro pojišťovnu.*

Klasifikace ošetřovatelských výsledků *je návazným významným projektem na NIC, Centra pro ošetřovatelskou klasifikaci a klinickou efektivnost Univerzity Iowa v USA.*

Projekt začal v roce 1991 a probíhá do současné doby. Iowský realizační tým uvádí, že NOC je komplexní standardizovaná klasifikace výsledků, která vyhodnocuje efektivitu ošetřovatelských intervencí u nemocného, to znamená, že realizuje evaluaci efektu ošetřovatelské péče. Cílem klasifikace je kvantifikovat kvalitu a efektivnost v poskytování zdravotní péče u pacienta, rodiny a komunity. Výsledek péče je průběžně hodnocen a měřen prostřednictvím indikátorů podle 5bodové Likertovy stupnice, 5 bodů udává nejlepší skóre, 1 bod znamená nepříznivé skóre. Jednotlivé výsledky máte opět předloženy v zaškrtávací formě v tabulkách. Aplikace indikátorů probíhá tak, že po výběru určených výsledků pro pacienta, sestra vyhledá indikátor, který bude využit k určení stavu pacienta a k jeho hodnocení na měřítku. Jednotlivý indikátor má šesti-číselný kód, který bude v budoucnu využit pro pojišťovny.

Tento základní modul ošetřovatelské diagnostiky je návrhem pro Vás odborníky z praxe. Není kompletní a nadále se bude rozšiřovat, proto budeme velmi rády, když vyjádříte své návrhy, názory, jak vylepšit tento modul. Popřípadě, když vytvoříte překlady k novým oš. diagnózám, intervencím a hodnocení péče, jenom urychlíte vývoj ošetřovatelské diagnostiky v ČR. Tento diagnostický materiál bude na základě Vašich podnětů upravován a doplněn.

Těšíme se společnou spolupráci

Bc. Jitka Vaculčíková

prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D, R.N

1. Oš. dg: Akutní bolest **Kód: 00132**

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně; náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné, po silnou s trváním kratším než 6 měsíců.

Stanovil/a dne: **Podpis/razítko:**

Ukončil/a dne: **Podpis/razítko:**

Stanovte reálné ošetřovatelské cíle

……

……

……

……

……

……

Plán/ datum vyhodnocení péče

……

……

Ošetřovatelská intervence NIC/Management bolesti **Kód: 1400**

- ☐ Proveďte komplexní posouzení bolesti- zhodnoťte lokalizaci, charakter, nástup / trvání, četnost, kvalitu, intenzitu, závažnost a úlevové faktory bolesti
- ☐ Založte záznam Hodnocení bolesti a monitorujte stav bolesti
- ☐ Zhodnoťte pacientovo současné používání farmakologických metod tišení bolesti ?
- ☐ Pozorujte neverbální projevy na nepohodlí a to zejména u těch, kteří nejsou schopni efektivně komunikovat
- ☐ Zajistěte vhodná analgetika a sledujte účinnost
- ☐ Informujte pacienta o úlevových polohách
- ☐ Předpokládejte kulturní aspekty, jenž mohou mít vliv na vnímání bolesti
- ☐ Určete dopad bolesti na kvalitu života nemocného (spánek, chuť k jídlu, aktivita, poznávání, nálady, vztahy, práce, role)?
- ☐ Prozkoumejte s pacientem faktory, které zvyšují/zhoršují bolest
- ☐ Proveďte záznam do dokumentace
- ☐ ……

  ……

  ……

  ……

  ……

Hodnocení výsledků péče NOC/ Kontrola bolesti					**Kód: 1605**
INDIKÁTORY	**Nikdy prokázáno 1**	**Zřídka prokázáno 2**	**Někdy prokázáno 3**	**Často prokázáno 4**	**Soustavně prokázáno 5**
160502 Rozpozná nástup bolesti	1	2	3	4	5
160501 Popisuje příčinu bolesti	1	2	3	4	5
160510 Používá záznam pro sledování b.	1	2	3	4	5
160503 Využívá preventivní opatření	1	2	3	4	5
160504 Používá analgetika preventivně	1	2	3	4	5
160505 Používá analgetika dle dop. lék.	1	2	3	4	5
160513 Hlásí změny v bolestech sestře	1	2	3	4	5
160507 Hlásí mimořádné bolesti	1	2	3	4	5
160509 Rozpozná příznaky spojené s b.	1	2	3	4	5
160511 Hlásí řízenou bolest	1	2	3	4	5

Literatura:

1. BULECHEK, G.,M., BUTCHER, H., K., DOCHTERMAN, M., J. *Nursing Interventions Classifications (NIC)*. 5. vydání. St. Louis: Mosby, 2008, s. 532, ISBN 0815163029.
2. JOHNSON, M., MAAS, M., MOORHEAD, S., SWANSON, E. *Nursing Outcomes Classification.* 4. vyd. St. Louis: Mosby, 2008, s. 536, ISBN 978-0-323-05408-9.
3. HERDMAN, H., HEATH, C., LUNNEY, M. *NANDA International: Ošetřovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2009 – 2011*. 1. č. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, s. 342, ISBN 978-80-247-3423-1.

2. Oš. dg: Chronická bolest **Kód: 00133**

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek., způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání; náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity, od mírné po silnou, neustávající nebo opakované bez očekávaného nebo předvídatelného konce s trváním delším než 6 měsíců.

Stanovil/a dne: **Podpis/razítko:**

Ukončil/a dne: **Podpis/razítko:**

Stanovte reálné ošetřovatelské cíle

……

……

……

……

……

Plán/ datum vyhodnocení péče

……

……

Ošetřovatelská intervence NIC/ Management bolesti **Kód: 1400**

- ☐ Proveďte komplexní posouzení bolesti, zhodnoťte: lokalizaci, charakter, nástup / trvání, četnost, kvalitu, intenzitu, závažnost a úlevové faktory bolesti
- ☐ Založte záznam Hodnocení bolesti a monitorujte stav bolest*
- ☐ Posuďte vliv chronické bolesti na kvalitu života (výkonnost práce, sociální interakce, finance, denní aktivity poznání / nálady koncentrace, deprese, rodina)
- ☐ Zhodnoťte pacientovo současné používání farmakologických metod k tišení bolesti
- ☐ Zajistěte vhodná analgetika a sledujte účinnost
- ☐ Prozkoumejte s pacientem faktory, které zvyšují/zhoršují bolest
- ☐ Podle typu bolesti, určete postup, který vede k úlevě nemocného
- ☐ Vysvětlete využití nefarmakologických technik (relaxace, muzikoterapie, herní terapie, terapie aktivitou, akupresura, využití účinku chladu a tepla, masáž)
- ☐ Informujte o farmakologických metodách tišení bolesti
- ☐ Sledujte stav pacienta
- ☐ Podporujte přiměřený odpočinek
- ☐ Proveďte záznam do dokumentace

☐ ……

……

……

……

……..

Hodnocení výsledků péče NOC/ Kontrola bolesti **Kód: 1605**

INDIKÁTORY	Nikdy prokázáno 1	Zřídka prokázáno 2	Někdy prokázáno 3	Často prokázáno 4	Soustavně prokázáno 5
160502 Rozpozná nástup bolesti	1	2	3	4	5
160501 Popisuje příčinu bolesti	1	2	3	4	5
160510 Používá záznam pro sledování b.	1	2	3	4	5
160504 Používá analgetika preventivně	1	2	3	4	5

INDIKÁTORY	Nikdy prokázáno 1	Zřídka prokázáno 2	Někdy prokázáno 3	Často prokázáno 4	Soustavně prokázáno 5
160505 Používá analgetika dle dop. lék.	1	2	3	4	5
160513 Hlásí změny v bolestech	1	2	3	4	5
160507 Hlásí mimořádné bolesti	1	2	3	4	5
160509 Rozpozná příznaky spojené s b.	1	2	3	4	5
160511 Hlásí řízenou bolest	1	2	3	4	5

Literatura:

1. BULECHEK, G.,M., BUTCHER, H., K., DOCHTERMAN, M., J. *Nursing Interventions Classifications (NIC)*. 5. vydání. St. Louis: Mosby, 2008, s. 532-533, ISBN 0815163029.
2. JOHNSON, M., MAAS, M., MOORHEAD, S., SWANSON, E. *Nursing Outcomes Classification.* 4. vyd. St. Louis: Mosby, 2008, s. 536, ISBN 978-0-323-05408-9.
3. CARPENITO-MOYET, L., J., *Handbook of Nursing.* 9. vyd. Philadelphia: Lippincott Willams & Wilkin, 2002, s. 61, ISBN 0-7817-3366-9.
4. HERDMAN, H., HEATH, C., LUNNEY, M. *NANDA International: Ošetřovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2009 – 2011*. 1. č. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, s. 343, ISBN 978-80-247-3423-1.