

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ošetrovatelské diagnózy v současné praxi

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Scholz Pavel

Autor práce: Míková Lucie

29.8.2012

Abstrakt

Název bakalářské práce je „ Ošetřovatelské diagnózy v současné praxi“. Cíli bakalářské práce bylo zjistit, která ošetřovatelská diagnóza je stanovována sestrami na standardním oddělení nejčastěji a zjistit specifika práce s ošetřovatelskými diagnózami z pozice vrchních sester konkrétního oddělení.

Ošetřovatelská diagnóza je označení potřeb nemocného, které jsou onemocněním porušeny.

Ve výzkumné části práce bylo využito kvantitativní i kvalitativní formy výzkumu. Technikou sběru dat kvantitativního výzkumu byl dotazník, který byl určen pro sestry chirurgického a interního oddělení. Díky použití této metody nebyla ani jedna ze dvou hypotéz potvrzena. Výsledky kvantitativního výzkumu byly zaznamenány pomocí grafů. Data pro kvalitativní výzkum byly sebrány rozhovory se sestrami chirurgického a interního oddělení. Dotazník i rozhovor byl vytvořen na základě odborné literatury.

Výzkumný soubor tvořily sestry a vrchní sestry Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Díky výzkumu jsme zjistili, že nejčastěji stanovovanou ošetřovatelskou diagnózou na interním oddělení je „ riziko pádu“, u ní je nejčastěji stanovovaný cíl: předejít pádu, kritérium: edukovat P/K, intervence: edukuj P/K.

Nejčastěji stanovovanou ošetřovatelskou diagnózou na chirurgickém oddělení je „ porušená tkáňová integrita“. U ní je nejčastěji stanovovaný cíl: zhojení defektu, kritérium: sledování procesu hojení, intervence: sleduj proces hojení.

Dále jsme z rozhovorů s vrchními sestrami standardních oddělení zjistili, že používání ošetřovatelských diagnóz nevidí v českých podmínkách jako ideální, chtěly by jednodušší systém zaznamenávání problémů pacienta, který vidí i v tom, že si vytvořily předpřipravený plán ošetřovatelské péče, do kterého sestry vpisují nebo zaškrťávají příslušné údaje.

Výsledky práce mohou sloužit managementu nemocnice a poukázat na práci sester s ošetrovatelskými diagnózami.

Abstract

Title of the thesis is Nursing diagnosis in current practice. Objective of this thesis was to find what nursing diagnosis is determined on a standard department nurses most often, and determine the specifics of work with nursing diagnoses from the position of head nurses of a particular department. Nursing diagnosis is the name of the patient's needs, which are diseases violated.

In part of research was used both quantitative and qualitative forms of research. Technique data collection of quantitative research was a questionnaire which was intended for surgical nurses and internal departments. By this method wasn't one of this two hypotheses confirmed. The results of quantitative research have been reported with graphs. Data for qualitative research were collected by the interviews with nurses of surgical and internal departments. The questionnaire and interviews were made by special literature.

The research sample consisted of nurses and head nurses of the General Teaching Hospital in Prague. By the research, we found that most often is fixing the nursing diagnosis for internal medicine is, the risk of falls. for it is most often The end goal: to prevent the fall, criterion: to educate P / K intervention: educate P / K.

The most commonly fixed nursing diagnosis in the surgical department is impaired tissue integrity. In it is the end goal: to heal the defect criteria: monitoring the healing process, intervention: watch the healing process.

They would like a simpler system for recording problems of patient, which they sees in the fact that they have created pre-arranged plan of nursing care in which nurses inscribed or ticked relevant data.

The results serves for hospital management and to highlight the work of nurses with nursing diagnoses. We will publish results of work in technical writing.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Ošetrovatelské diagnózy v současné praxi“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích.....

.....
podpis studenta

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce Mgr. Pavlu Scholzovi za cenné rady a ochotu.

Velké poděkování patří všem mým respondentům za jejich ochotu a snahu pomoci mi při psaní bakalářské práce.

Děkuji své rodině za velkou toleranci.

OBSAH

Úvod	9
1. Současný stav	9
1.1. Ošetřovatelský proces	9
1.2. Ošetřovatelská diagnóza	13
1.2.1. Odlišnosti ošetřovatelské diagnózy od lékařské diagnózy	15
1.2.2. Výhody ošetřovatelské diagnózy.....	16
1.2.3. Typy ošetřovatelských diagnóz	16
1.2.4. Formulování ošetřovatelských diagnóz.....	18
1.2.5. Běžné diagnostické omyly.....	18
1.3. Systém klasifikace ošetřovatelských diagnóz	19
1.3.1. Nanda Taxonomie I	20
1.3.2. Nanda taxonomie II	21
1.3.3. NANDA v Českých podmínkách.....	22
1.3.4. Klasifikační systém NIC.....	23
1.3.5. Klasifikační systém NOC.....	24
1.3.6. Aliance NNN.....	25
1.3.7. Klasifikační systém Omaha.....	26
1.3.8. Studie přesnosti diagnóz stanovovaných sestrami	26
2. Cíl práce a hypotézy	28
2.1. Cíl práce	28
2.2. Hypotézy	28
3. Metodika	29
3.1. Použité metody a techniky	29
3.2. Charakteristika sledovaného souboru	29
4. Výsledky	31
4.1. Výsledky kvantitativního výzkumu	31

4.2. Výsledky kvalitativního výzkumu	52
5. Diskuze	58
6. Závěr.....	63
7. Klíčová slova	64
8. Seznam použitých zdrojů	65
9. Přílohy	68

Úvod

Každá sestra dnes pracuje s ošetrovatelskými plány, jejichž základ tvoří ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelská diagnóza je označení potřeb nemocného, které jsou onemocněním porušeny. Stěženi je klasifikace Nanda, kterou produkuje asociace Nanda International. Dnes používáme novější klasifikaci Nanda II.

Je tedy důležité, aby se sestry vzdělávaly a zdokonalovaly se ve svém oboru. Sestry musí znát diagnostické postupy a související faktory při určování ošetrovatelských diagnóz a je samozřejmě cílem, a to je nejdůležitější, přínos pro pacienta, neboť o toho jde především.

Je tedy nutné zabránit nejčastějším problémům a chybám v diagnostice, ke kterým v praxi dochází a na základě kterých se mohou nesprávně interpretovat některé diagnostické znaky, což by mohlo pacienta poškodit.

Právě důležitost používání ošetrovatelských diagnóz jak pro sestry tak pro pacienta pro mě byla podnětem pro výběr tohoto téma bakalářské práce.

Práce zahrnuje teoretickou a praktickou část. V teoretické části je postupováno od základů ošetrovatelského procesu, přes specifikaci ošetrovatelské diagnózy, po systém klasifikace ošetrovatelských diagnóz. Popsány jsou také výhody používání ošetrovatelských diagnóz. Praktickou část tvoří kvantitativní a kvalitativní výzkum. V kvantitativním výzkumu jsme použili metodu anonymního dotazníku pro sestry chirurgického a interního oddělení a ve výzkumu kvalitativním jsme uplatnili techniku sběru dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru s vrchními sestrami konkrétních oddělení. Na podkladě výsledků nebyla potvrzena ani jedna ze dvou hypotéz.

Cílem práce bylo zjistit, jaké ošetrovatelská diagnóza je stanovována sestrami na standardním oddělení nejčastěji a zjistit specifika práce s ošetrovatelskými diagnózami z pozice vrchních sester konkrétních oddělení.

1. Současný stav

1.1. Ošetřovatelský proces

Pojem ošetřovatelský proces znamená poskytnutí plnohodnotné ošetřovatelské péče pacientům, rodinám a komunitám. Je to soubor činností, které jsou plánované a jejich kvalita závisí na správném zhodnocení požadavků na ošetřovatelskou péči u pacienta. Ty jsou vysoce individuální. Ošetřovatelský proces je dynamický a přizpůsobivý a jeho kroky na sebe navazují. Vyžaduje komunikaci s pacientem, která má pomoci lépe uspokojit jeho individuální potřeby. Ošetřovatelský proces musí dobře ovládat každá sestra. K tomu je ovšem třeba, aby sestra byla vzdělaná v této oblasti, rozuměla a ovládala všechny kroky ošetřovatelského procesu. V ošetřovatelském procesu je důležité, že je k člověku přistupováno holisticky, což znamená, že je člověk chápán jako celek s biologickými, psychosociálními, kulturními a duchovními potřebami. Ošetřovatelský proces má výhody jak pro pacienta tak i pro sestru. Pacientovi je poskytována plánovaná péče, která má vést k uspokojení jeho potřeb. Jedná se o soustavnou péči, na které má pacient možnost aktivně se účastnit. Pro sestru je výhoda, že při plnění ošetřovatelského procesu cítí uspokojení z práce, která je systematická, zvyšuje se její odbornost a vyhýbá se rozporům se zákonem(4,10).

Ošetřovatelský proces má **5 kroků**, neboli fází:

Prvním krokem je **posuzování**. Je velmi důležitý, protože následující kroky jsou závislé na tom, co se o pacientovi dozvíme v počáteční fázi. V rámci posuzování zjišťujeme potřeby pacienta, rodiny nebo komunity. Zjišťujeme je pomocí pozorování, rozhovoru, měření nebo testování. Je to proces, ke kterému je zapotřebí aktivní spolupráce pacienta a sestry. Údaje o stavu nemocného mohou být sebrány od nemocného, jeho rodiny, přátel, zdravotnických pracovníků, ostatních pacientů a ze zdravotnických dokumentů. Pokud je některá z lidských potřeb porušena, hovoříme o ošetřovatelské diagnóze neboli ošetřovatelském problému (4,14). Druhým krokem je **diagnostika**. V roce 1953 vznikl pojem sesterské diagnostikování.

Cílem ošetřovatelské diagnostiky je zhodnotit ošetřovatelské problémy pacienta a jeho reakci na nemoc. Reakce jsou velmi odlišné a mají rozdílné projevy. „ Na základě toho, jak člověk reaguje na nemoc, vznikají různé problémy, a úkolem ošetřovatelské diagnostiky je tyto problémy identifikovat ve všech souvislostech: důležité je současně zjistit i to, jak pacient sám svůj problém vnímá. Vzniklý problém má vliv na uspokojování pacientových potřeb a naším úkolem je v rámci diagnostiky rozpoznat a zhodnotit, resp. identifikovat jeho potřeby. Tento krok je někdy snadný, jindy však velice obtížný, neboť vedle potřeb základních jsou i potřeby vyšší a jejich identifikace není někdy tak jednoduchá (25 s. 64)“. Následuje určení pořadí důležitosti potřeb, které se ovšem mění a závisí to především na tom, jak člověk svou nemoc aktuálně vnímá.

Diagnostický proces má určitý postup.

Nejdříve sestra *zanalyzuje informace*, které nashromáždila v 1. fázi diagnostického procesu-posuzování. Sebrala mnoho informací, ale ne všechny jsou pro ni užitečné. Je důležité, aby si je sestra rozdělila do skupin:

- a) nejprve vybere ty, které jsou k realizaci ošetřovatelského procesu nezbyté a důležité,
- b) poté určí informace, které jsou neúplné a budou třeba ještě doplnit,
- c) předá informace, které jsou podstatné pro ostatní zdravotnický personál,
- d) zůstanou nepotřebné informace z hlediska ošetřovatelského procesu.

Po roztřídění informací sestra stanoví, jak je nemocný soběstačný a zjistí potřebu odborné péče a nakonec určí potřebu ošetřovatelských výkonů. Tento krok je nazýván *syntéza údajů* (21,23).

Poté si vypíše podezřelé problémy a odstraní diagnózy, které jsou si podobné. Sestra musí vybrat diagnostické označení, které je nejvhodnější a určí problémy a jejich příčiny. Konečnou fází diagnostického procesu je určení silných stránek a možností pro zlepšení, neboli *formulace diagnostického závěru*.

Pro práci sestry a její schopnost orientace v diagnostickém procesu je důležité, aby znala ošetřovatelské diagnózy a měla k dispozici odbornou literaturu . Je také třeba nenechat se ovlivnit minulou zkušeností, jinak by mohlo dojít k unáhlenému závěru. Je nutné znát vlastní schopnosti (25).

Třetím krokem ošetřovatelského procesu je **plánování**.

Jeho výsledkem je stanovení plánu ošetřovatelské péče. Je to řešení problémů nemocných, které může sestra ovlivnit. Ve fázi plánování sestra spolu s pacientem stanoví cíle, poté zvolí vhodné ošetřovatelské výkony a tím vznikne ošetřovatelský plán. Ten je třeba prodiskutovat s pacientem a seznámit s ním ostatní zdravotníky. Ošetřovatelský plán je dokumentován písemnou formou, do budoucna bude dokumentován elektronickou formou. Plány ošetřovatelské péče rozlišujeme na

- 1) dlouhodobé- plán na celé období péče o pacienta včetně rekonvalescence,
- 2) střednědobé- omezen stavem pacienta, mění se dle aktuálních změn a je tedy třeba ho neustále aktualizovat ,
- 3) krátkodobé- denní plány, mohou být vypracovávány pro potřeby jedné směny,
- 4) standardní- jsou časově úsporné, musí být obnovovány a individualizovány ,
- 5) vstupní- vznikají při přijetí klienta a obsahují výstupy prvních tří kroků ošetřovatelského procesu,
- 6) průběžné- zahrnují i výsledky 5. kroku ošetřovatelského procesu- výsledky vyhodnocení.

Ošetřovatelský plán má obsahovat: ošetřovatelské diagnózy s číselnými kódy, ošetřovatelské cíle, intervence, plán realizace, data pro vyhodnocení výsledků. Ošetřovatelský plán má být vytvořen tak, aby bylo možné ho doplňovat a měnit dle potřeby. Musí být srozumitelný pro každého člena ošetřovatelského týmu. (8,29).

Čtvrtým krokem ošetřovatelského procesu je **realizace ošetřovatelského plánu**. Propojuje všechny fáze ošetřovatelského procesu v celek. V této fázi je činnost sester nesměrovaná k realizaci a splnění cílů péče. Pro pacienta se tedy děje to nejpodstatnější- je poskytována individuální ošetřovatelská péče, za kterou je sestra

odpovědná. Správná péče má zamezit vzniku ošetrovatelských problémů, jejich odstranění, nebo alespoň snížení jejich intenzity. Poskytování péče zahrnuje plnění medicínských ordinací a spolupráci s lékaři. Sestra zároveň ověří aktuální stav klienta a následnou vhodnost naplánované činnosti. Pokud je vše v pořádku, sestra provede naplánovanou ošetrovatelskou činnost a v dokumentaci ji potvrdí podpisem. Také zabezpečí sběr informací v průběhu ošetrovatelské činnosti, který zanese do ošetrovatelské dokumentace.

Pátým krokem ošetrovatelského procesu je **hodnocení** účinnosti péče. Hodnocení je podle SZO založeno „na použití specifických kritérií, která umožní určit stupeň dosažení vytyčených cílů. Hodnocení poskytuje zpětnou vazbu, kterou můžeme využít k identifikaci dalších potřeb jedince. Týká se výsledků, tj. stavu, kterého dosáhl pacient na základě ošetrovatelských zákroků, stanovených v ošetrovatelských plánech (23, s.56)“.

Zpětný pohled, mimo jiné informuje o tom, že je např. zapotřebí lépe vzdělávat zdravotníky a že sestry nemají dobře zorganizovanou práci apod. Dílčí hodnocení probíhají průběžně, kdežto vyhodnocení finální je prováděno při propuštění, nebo odstranění klientova problému (8, 23).

1.2. Ošetrovatelská diagnóza

Sesterská diagnóza se poprvé objevila v 70. letech. Pojem diagnóza pochází z řeckého slova *diagignoskein*, což znamená rozlišovat, v obecném slova smyslu je to poznání, identifikace, rozpoznání. Diagnóza je výsledkem diagnostického procesu. Kozierová definuje diagnózu jako: „a) umenie určit chorována základe jej znakov a príznakov, b) vyhlásenie či záver týkajúci sa podstaty nejakého javu, c) analýza priebehu a podstaty stavu , situácie či problému (6, s.190).“ Jarošová popisuje ošetrovatelskou diagnózu jako: „Identifikace potřeb nemocného, které jsou onemocněním buď narušeny, nebo je porucha vyvolá. Nemocný, který je v normálním životě schopen své potřeby uspokojovat přiměřeným způsobem, nyní strádá jejich frustrací(4, s.65).“

Ošetrovateľské diagnózy jsou systematicky řazeny do 9 skupin podle lidských reakcí a jsou číselně značeny.

Pro všechny ošetrovateľské diagnózy byl stanoven:

-název- jasný a stručný.

-definice- přesná definice diagnózy pomáhá diferencovat jednotlivé diagnózy.

-určující charakteristiky- souhrn subjektivních a objektivních známek, které jsou podstatné pro správné popsání stavu a pomáhají sestře postavit správnou ošetrovateľskou diagnózu. Jsou rozděleny do dvou částí:

a) *Hlavní charakteristiky*- vyskytují se v 80 až 100% případů.

b) *Vedlejší charakteristiky*- se vyskytují v 50-79% případů.

-rizikové faktory- odrážejí příčinné, nebo přispívající faktory, které pomáhají stanovit správnou ošetrovateľskou diagnózu. Dělí se na vnější faktory(léčebné- antikoagulační léčba) a vnitřní faktory(např. přidružená onemocnění-, věk, rodičovství...).

-očekávané výsledky- pomáhají sestře formulovat očekávané výsledky u nemocného a pomáhají také potom při vlastním procesu hodnocení.

-intervence- varianty intervencí, které pomohou sestře vybrat tu, jež pomůže problém odstranit, nebo zmírnit.

-dokumentace- připomíná sestře, které důležité údaje by měla dokumentovat.

NANDA diagnózy jsou používány mezinárodně (17, 15).

Profesionální sestry jsou zodpovědné za vypracování ošetrovateľské diagnózy. Ta je někdy označována také jako zdravotní problém. Staňková v knize Jak provádět ošetrovateľský proces popisuje, že ošetrovateľská diagnóza je závěr, který sestra provedla po pečlivém a systematickém střídání informací o pacientovi a že zahrnuje pouze oblasti, na které má sestra kompetence a je schopná je ovlivnit. Ošetrovateľská diagnóza nepopisuje pouze současné problémy, ale i problémy, které by mohly nastat a lze je očekávat(23).

Sestra je tedy diagnostička, osoba, která určuje ošetrovateľskou diagnózu, čímž je i zviditelněna role sestry v ošetrovateľském procesu. Sestra vybere společně s pacientem co

možná nejpřesnější ošetřovatelské diagnózy, které povedou k dosažení pozitivních zdravotních výsledků, osobní pohodě a seberealizaci. Ošetřovatelské intervence nabízejí kromě jiného možnosti, se kterými lze zlepšit, chránit, nebo uchovat zdraví. Role sestry jako diagnostičky je tedy nesmírně důležitá, ale také náročná. Dobrá sestra si je vědoma, že existuje množství faktorů, ovlivňujících přesnost interpretace údajů. Sestra tvoří důležitý členek zdravotnického týmu a její řádně zdokumentovaná pozorování poskytují cenné informace ostatním členům zdravotnického týmu a přispívají k všestrannému uspokojování potřeb pacienta. Proto stát se ošetřovatelským diagnostikem vyžaduje mnoho osobních i odborných dovedností a znalostí(5, 19).

1.2.1. Odlišnosti ošetřovatelské diagnózy od lékařské diagnózy

K tomu, abychom odlišili ošetřovatelskou diagnózu od lékařské je nutné definovat ošetřovatelskou diagnózu tak, umožnila její odlišení od lékařské diagnózy.

Lékařská diagnóza vyjadřuje nemoc, kterou určil lékař na základě subjektivních i objektivních symptomů a diagnostických vyšetření. Lékař léčí tyto nemoci buď invazivními, nebo neinvazivními zákroky. Ale také usměrňuje sesterské činnosti a je doplňkem k ošetřovatelské diagnóze. Obvykle se skládá ze dvou až tří slov. Centrem lékařské diagnózy je tedy chorobný proces a jeho léčení (8).

Ošetřovatelská diagnóza vyjadřuje odpověď jedince na chorobu, kterou sestra identifikovala a zhodnotila a kterou může vzhledem ke svým profesionálním možnostem řešit. Ošetřovatelská diagnóza je zaměřena na jedince a mění se dle současného stavu pacienta. Popisuje všechny sociální, kulturní, tělesné, psychické a duševní změny, které vznikají vlivem nemoci. Zahrnuje sesterské činnosti, jako je: plánování, realizace a vyhodnocení. Doplnuje lékařskou diagnózu a popisuje jak a do jaké míry mění život nemocného člověka. Skládá se buď ze dvou (problém a etiologie), nebo ze tří částí (problém, etiologie a projevy). Je důležité uvědomit si, že dva pacienti se stejnou lékařskou diagnózou mohou mít rozdílné odpovědi na nemoc a tudíž odlišné ošetřovatelské diagnózy. Je třeba aby sestra znala ošetřovatelské diagnózy a uměla je rozlišit. (6, 25).

1.2.2. Výhody ošetrovatelských diagnóz

Ošetrovatelské diagnózy zjednodušují komunikaci jak mezi sestrami a ostatním zdravotnickým personálem, tak mezi sestrami a pacienty. Pokud je ošetrovatelská diagnóza správně zformulovaná, chrání sestru od toho aby zasahovala do řešení lékařských problémů. Individualizované ošetrovatelské diagnózy zaručují vytvoření odpovídajícího plánu péče a tím je zajištěno, že ošetrovatelská péče bude zaměřena na pacienta a bude koordinovaná a cílená. Jiné výhody ošetrovatelských diagnóz popisuje Kozierová a kol. (6, str.192) takto:

- posilují ošetrovatelský proces a poskytují plánování nezávislých sesterských zásahů,
- pomáhají vykonávat komplexní péči o zdraví jedince a její kontinuitu,
- pomáhají identifikovat zaměření ošetrovatelských činností a tím ulehčit posudek ostatních zdravotníků,
- přináší ulehčení v případě, pokud se pacient přestěhuje na jiné oddělení, nebo do jiné nemocnice. Usměrnují i plánování výkonů, které pacient vyžaduje po propuštění do domácího ošetření,
- slouží jako podklad pro financování ošetrovatelské péče.

Ošetrovatelské diagnózy mají tedy výhody pro sestry, pacienty a všechny členy zdravotnického týmu(25).

1.2.3. Typy ošetrovatelských diagnóz

Existuje 5 typů ošetrovatelských diagnóz, z toho o třech můžeme hovořit jako o základních a jsou to: aktuální, potenciální a pravděpodobné ošetrovatelské diagnózy. S jejich užíváním se v praxi setkáváme nejčastěji. Dále známe „wellness“ diagnózu a syndrom diagnózu.

Aktuální diagnóza: vyjadřuje současné problémy nemocného. Většina pacientů má často dobrou představu o tom, co je aktuálně trápí a co potřebují, např. cítí bolest. Ovšem některé problémy mohou sestře zůstat skryté, může to mít různé důvody, např. proto, že se pacientovi zdají příliš osobní, nebo se jí je bál sdělit. Zde je zapotřebí zvýšené všímavosti

sestry, aby problém identifikovala. Kromě toho si sestra může všimnout problémů, které pacienta aktuálně netrápí, ale z hlediska poruchy jeho zdravotního stavu jsou závažné. Aktuální ošetřovatelská diagnóza má název, definici, definující charakteristiku a související faktory.

Potenciální diagnóza: tvoří jí problémy, které se zatím nevyskytují, ale je velké riziko, že v blízké době vzniknou. Klinicky jsou velice užitečné, protože si je nemocní mohou uvědomovat a tudíž minimalizovat jejich nebezpečí správným chováním. Např. člověk s diabetem se bude správným preventivním chováním snažit předejít komplikacím. Včasnou edukací, či ošetřovatelskou péčí může sestra často provádět vhodnou prevenci, nebo minimalizovat rizika, která by mohla vést ke komplikacím. Jindy si nemocný potenciální nebezpečí nemusí uvědomovat, ale je si jich vědoma sestra. Rizikové ošetřovatelské diagnózy mají název, definici a související faktory, nemají ovšem definující charakteristiku a to z toho důvodu, že problém prozatím nevznikl(2,17).

Pravděpodobná diagnóza: je to podezření na problém, který si žádá další sběr údajů a dat. Jedná se o prozatimní ošetřovatelskou diagnózu. V databázi pacienta nejsou definující charakteristiky diagnózy, ani důkazy pro existenci souvisejících faktorů. Jedná se zde tedy pouze o intuici sestry, která jí říká, že je možnost, že by problém mohl do budoucna nastat.

Wellness diagnóza: ošetřovatelská diagnóza, která se vztahuje ke zlepšení zdraví. Tato diagnóza se používá pokud sestra zjistí, že si pacient přeje mít v určité oblasti lepší znalosti, dovednosti. Je označována také jako edukační diagnóza.

Syndrom diagnóza: jedná se o ošetřovatelskou diagnózu, která se vztahuje ke skupině příznaků – syndromu. Předpovídá aktuální, nebo potenciální diagnózu, v souvislosti s některými událostmi a situacemi. Ošetřovatelská diagnóza vztahující se k určitému syndromu umožňuje jejich efektivní zdokumentování. Tuto diagnózu sestra používá tehdy, sdružuje-li se určitá diagnóza se skupinou jiných diagnóz. Např. riziko imobilizačního syndromu. Přidružené diagnózy jsou: Riziko zácpy, riziko infekce, riziko úrazu atd. (23, 25)

Ošetrovatelské diagnózy je třeba na konci diagnostického procesu seřadit podle naléhavosti a pořadí, v jakém budou řešeny. Život ohrožující stavy jsou samozřejmě vždy prioritní. Pokud je pacient stabilizován, nebo nejde o tak akutní situaci, měly by se priority stanovovat ve spolupráci s pacientem, nebo jeho rodinou. Pořadí diagnóz jak je vidí sestra se nemusí vždy shodovat s pacientovým pohledem, proto je na místě probrat ošetrovatelskou diagnózu s nemocným, abychom dosáhli optimálního řešení. Tím i docílíme zapojení a nemocného, popřípadě jeho rodiny do ošetrovatelského procesu (23).

1.2.4. Formulování ošetrovatelských diagnóz

Tři základní složky sesterských diagnostických závěrů jsou zahrnuty v nejpoužívanější metodě systému PES (problém, etiologie, symptomy). Sestra tedy pracuje se třemi komponenty. Podle definice M. Gordonové se setkáváme s termínem dvousložkové nebo tříložkové ošetrovatelské diagnózy.

1. složka: termín popisující problém (P): Týká se názvu diagnostické kategorie a je opisem pacientova individuálního zdravotního stavu, který vyžaduje ošetrovatelskou péči. Stav pacienta se popisuje jasně a stručně několika slovy.
2. složka: etiologie problému (E): Tento komponent identifikuje jednu či více pravděpodobných příčin zdravotního problému, tedy vyvolávající nebo související faktory. Důležité je rozlišení možných příčin, protože každá může vyžadovat rozličné ošetrovatelské zásahy.
3. složka: uvedení příznaků, které dokazují že diagnóza je aktuální(6).

1.2.5. Běžné diagnostické omyly

Správnost sesterského diagnostikování závisí na správném zpracování sebraných údajů a na jejich úplnosti. Proto je na místě, aby byla sestra při sběru informací a přesvědčila se o správnosti údajů. Některé informace si však může nesprávně vyložit a tak dochází k diagnostickým omylům. Ty mohou vznikat i pokud je diagnóza stanovena předčasně-pokud byla stanovena ještě před tím, než byly sebrány všechny údaje(25).

Nejběžnější diagnostické omyly popisuje Tóthová (25, str. 80) :

- Uvádíme pacientovi odpovědi jako potřeby namísto problémů.
- Etiologii klademe před pacientův problém.
- V závěrech používáme naše domněnky.
- Používáme takové závěry, které neurčují specifický směr pro plánování nespécifických činností.
- Místo sesterské terminologie užíváme lékařskou.
- Zahajujeme diagnózu ošetrovatelským zásahem.

Pokud bude sestra myslet na to, že má popsat pacientovu reakci na nemoc a jeho zdravotní stav, bude stanovení ošetrovatelské diagnózy snadné a nebude docházet ke vzniku diagnostických omylů. Také je důležité stanovit problém, ne potřebu a používat výroky které umožňují plánování samostatné péče. Je správné diagnostikovat specificky a přesně a používat pouze ošetrovatelskou terminologii(6, 25).

1.3. Systém klasifikace ošetrovatelských diagnóz

Sestry mezi sebou potřebovaly komunikovat co možná nejjednodušeji a to vedlo k tomu, že v USA byla vytvořena standardní terminologie ošetrovatelských diagnóz-taxonomie ošetrovatelských diagnóz (jednotné označování diagnóz podle dohodnutých seznamů).Jednotná diagnostická terminologie může vytvářet rámec pro plánování cílené péče a jenom s její pomocí je možné vést srozumitelnou dokumentaci v praxi(13). Profesionálové si uvědomují, že pro doložení ošetrovatelského procesu je potřebná ustálená a jednotná terminologie. Mezi hlavní důvody rozvoje standardizované diagnostické terminologie patří:

- potřeba jasného vymezení ošetrovatelské profese, vymezení role sester
- potřeba dorozumění v průběhu ošetrovatelské péče a při sledování úrovně kvality
- nástup elektronické dokumentace-což je velmi výhodné a obejde se to bez nutnosti zaměstnat novou administrativní sílu (15, 20, 22).

Začátky aktivit, které se orientovaly na rozvoj ošetřovatelské diagnostické terminologie jsou spojeny s týmem odborníků, který se orientoval na přípravu a pořádání terminologických konferencí. Jeho předsedkyní se později stala *M. Gordonová*. V roce 1973 se konala *První národní konference o klasifikace ošetřovatelských diagnóz* a o rok později byl publikován první konferenční sborník.

V roce 1982 vznikla Severoamerická asociace pro ošetřovatelskou diagnostiku (North American Nursing Diagnosis Association) dále jen NANDA, která dnes začleňuje sestry z celého světa. Systém NANDA pronikl i do Evropy(20, 27, 28).

1.3.1. NANDA Taxonomie I

V roce 1977 *C. Royová* sdružila sestry – teoretičky, které se zabývaly vývojem organizačního systému diagnostické terminologie. V roce 1982 tým odborníků např. s *D. Oremovou* a *I. Kingovou* prezentoval nově uspořádaný rámec diagnostické terminologie nazvaný *Patterns of Unitary Man-* Vzorce unitárního člověka. Později název upravily na *Vzorce unitární lidské bytosti* a nakonec na *Vzorce lidských reakcí*. Do vzorců byly zařazeny diagnostické pojmy. NANDA taxonomie I vznikla seřazením sesterské diagnózy do skupin podle devíti lidských reakcí. Rámec tvořily tyto vzorce: výměna, komunikace, vztahování, oceňování, výběr, pohyb, vnímání, vidění a cítění. V její poslední vývojové verzi bylo zařazeno 148 ošetřovatelských diagnóz(11, 16).

Někteří autoři ovšem chtěli usnadnit ošetřovatelským profesionálům orientaci v diagnostickém posuzování a některé diagnózy v NANDA I neodpovídají. Na modifikaci je možné pohlížet jako na důkaz toho, že vzorce lidských reakcí a NANDA I byly nedostatečné pro klinickou praxi. V důsledku toho byla *M. Gordonová* motivována k tvorbě *Funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví*.

Závěrečné testování NANDA taxonomie I ukázalo její nízkou míru využitelnosti v klinické praxi(12, 19).

1.3.2. NANDA Taxonomie II

V roce 2000 předložil taxonomický výbor nový systém, který byl založený na struktuře diagnostických domén, odrážející *Vzorce zdraví M. Gordonové*. Tak vznikla NANDA II- vyšší verze klasifikace diagnostických pojmů. Finální taxonomická struktura je méně podobná originálu M. Gordonové. Omezily se chyby a nadbytečnosti, což bylo požadováno. Byly vytvořeny definice pro všechny domény a třídy. Domény, třídy a diagnózy se musely shodovat, proběhly revize a úpravy. V roce 2002 byla NANDA asociace přejmenována na NANDA International. Stalo se to přesně po dvaceti letech od svého vzniku. V roce 2004 zařadil Výbor pro taxonomii schválené ošetřovatelské diagnózy do příslušných kategorií. Poté byly zpřístupněny internetové stránky NANDA pro hlasování členům NANDA o nových ošetřovatelských diagnózách. Bylo to poprvé co byla použita tato metoda odsouhlasení rozšiřování Taxonomie II(24, 3).

Znalost struktury taxonomie je důležitá pro každou sestru. Taxonomie II má 3 úrovně: domény, třídy, ošetřovatelské diagnózy. Obsahuje 13 domén, 47 tříd a množství ošetřovatelských diagnóz.

„ *Doména* je sféra aktivity, studie, nebo zájmu. *Třída* je podskupina větší skupiny: rozdělení osob nebo věcí podle kvality postavení nebo stupně.

Ošetřovatelská diagnóza je klinický úsudek o reakci jedince, rodiny nebo komunity na aktuální nebo potenciální zdravotní problémy/životní procesy, což poskytuje základ pro definitivní terapii k dosažení výsledků, za které je odpovědná sestra“ (19, str. 354).

V Taxonomii II se používá kód u ošetřovatelských diagnóz ve formě 32bitového čísla(nebo pěticiferné celé číslo). To umožňuje růst klasifikační struktury, aniž by se musely měnit kódy při doplnění nové diagnózy.

Přidání nové diagnózy je složitý proces. Nové diagnózy, nebo diagnózy které je potřeba přezkoumat se podávají Výboru pro vývoj diagnóz NANDA-I během následujícího dvouletého cyklu. Diagnózy musí být podloženy řádnými výzkumnými podklady. Je to tedy dlouhý a složitý proces. I když v České republice nepracuje žádná komise pro schvalování nových ošetřovatelských diagnóz jako je tomu v USA, i české sestry by mely

mít možnost ses s připravovanými ošetrovatelskými diagnózami seznamovat a vyjadřovat se k nim(1,9).

Nejaktuálnější publikace na českém trhu, ve které jsou zařazeny nové ošetrovatelské diagnózy je – *Ošetrovatelské diagnózy NANDA- I: definice a klasifikace 2009-2011*. V ní jsou nově ošetrovatelské diagnózy řazeny podle domén a ne podle abecedy, jak tomu bylo doposud(28).

Ukazuje se že je potřebné validizovat ošetrovatelské diagnózy, za účelem zjištění, jestli jsou definující charakteristiky a související faktory užitečné i pro ostatní mezinárodní společenství.

Taxonomie II je uznávaným ošetrovatelským jazykem, který splňuje kritéria Americké asociace sester (ANA- American Nurses Association). Taxonomie se stále vyvíjí a není konečná. (3, 7, 19, 26, 30).

1.3.3. NANDA v českých podmínkách

V praktickém používání se ukazují jasné rozdíly v zápisu ošetrovatelských problémů/diagnóz sestrami v ČR a v USA. Sestry v USA zaznamenávají pouze problémy vyplývající z choroby pacienta a většinou nezaznamenávají problémy spojené s přechodným naplněním základních potřeb. Přechodný deficit je obvykle zajištěn pomocí ošetrovatelských standardů spojených s určitým výkonem. Sestry se chovají racionálně, protože formulace každé další diagnózy, která nereprezentuje skutečný problém znamená zbytečnou časovou zátěž spojenou s tzv. „paper work“, tedy s „papírováním“.

Další problém v používání taxonomie v našich podmínkách vyplývá ze skutečnosti, že sestry nemají potřebné znalosti, dovednosti a kompetence k řešení problémů typu -„ Přízpůsobivost rodiny- přijímání kompromisních řešení“ nebo „ Sexuální dysfunkce“. Je nutné položit otázku, zda sestry mohou a jsou schopny tyto problémy řešit, nebo zda se jedná jen o zaplnění kolonky ve formuláři, aby se potvrdil holistický přístup k nemocnému (17).

1.3.4. Klasifikační systém NIC

Klasifikace ošetrovatelských intervencí (NIC- Nursing Interventions Classification) je souhrnná standardizovaná klasifikace intervencí a pod ní spadajících činností, které vykonávají sestry. Je používána v ošetrovatelské dokumentaci- po dobu hospitalizace pacienta, při komunikaci o péči i k hromadění dat o ošetrovatelském procesu napříč zdravotními systémy i odděleními. Klasifikace zahrnuje nezávislé i závislé činnosti, které vykonává setra v přímé i nepřímé péči o pacienta. Intervence je definována jako: jakákoli léčba založená na klinickém rozhodování a vědomostech, kterou sestra uskutečňuje pro zlepšení pacientových výsledků. Každá sestra je odborníkem jen v limitovaném množství intervencí- závisí to na její specializaci, proto je potřebná spolupráce všech sester. NIC se může využívat všude- od jednotek intenzivní péče, domácí péče, až po primární péči- a ve všech specializacích- od ambulantní péče až po dlouhodobou péči.

Intervence NIC obsahuje fyziologickou i psychologickou oblast, léčbu a přímé i nepřímé intervence. Každá intervence má své jméno, definici. Intervence jsou pro lehčí užití rozdělené do 30 tříd a 7 domén (10, 14).

Domény: 1. fyziologická- základní, 2. fyziologická- komplexní, 3. behaviorální, 4. bezpečí, 5. rodiny, 6. zdravotního systému 7. doména komunity. Uvnitř domén je strukturováno 30 tříd a v nich jednotlivé ošetrovatelské intervence. Domény, třídy i intervence mají definice a každá intervence má specifický 4číselný kód.

13 fenoménů, kvůli kterým je NIC smysluplná:

1. *Zevrubnosť*- klasifikace zahrnuje intervence všech oblastí ošetrovatelské péče.
2. *Výzkumný základ*- v roce 1987 byly zahájeny výzkumné aktivity. Užívá se řada metodických přístupů např. expertní dotazníky, analýza, klinické testování atd.
3. *Vývoj založený na praxi*- počátečními zdroji byly odborné texty, vycházející z odborné praxe v různých oblastech.
4. *Reflexe klinické praxe a výzkumu*- intervence posuzovali odborníci z praxe a k provádění změn byla použita zpětná vazba.

5. *Jednoduchá organizační struktura*- všechny domény a intervence jsou definovány a intervence číselně kódovány.
6. *Jednoduchost jazyka a jasný klinický význam*- v průběhu prací byly vybírány nejvhodnější formulace.
7. *Tvorba multi disciplinárního týmu*- v týmu jsou členové různých klinických odborností.
8. *Získané granty*- Národní ústav zdraví, Rockefellerova nadace...
9. *Kontinuální testování*- implementace do praxe je testována na pěti klinických místech.
10. *Dosažitelnost*- byly vydány 4 NIC knihy.
11. *Propojenost k NANDA diagnózám*- od roku 2000.
12. *Uznání*- Americkou ošetrovatelskou asociací, JCAHO, Mezinárodní radou sester, INCP....
13. *Společný rozvoj s NOC*- paralelní tvorba klasifikace ošetrovatelských výsledků, propojenost s klasifikací NIC (10).

1.3.5. Klasifikační systém NOC

Klasifikační systém ošetrovatelských výsledků (Nursing Outcomes Classification). K jeho vytvoření přispělo více okolností- např. potřeba uspořádat poznatky ošetrovatelství a potřeba jednotné terminologie, ale také to, že společnost vynakládá prostředky na rozvoj zdravotnictví a je třeba jí ukázat jak ošetrovatelství působením sester přispívá ke zdraví lidí. NOC tvoří název, číselný kód, definice, soubor ukazatelů, hodnotící škála a soubor jejich ukazatelů a odkazy na zdroje příslušné odborné literatury.

Výsledek ošetrovatelské péče je definován jako měřitelné chování, stav, nebo vnímání jednotlivce, rodiny, nebo komunity, který je kontinuálně a dlouhodobě sledován a který reaguje citlivě na intervence.

Standardizované výsledky jsou vyvíjeny pro všechna zdravotnická zařízení s různorodou populací pacientů, včetně pacientů v terminálním stádiu, pacientů v domácí a komunitní péči. Jestliže výsledky popisují pacientův stav, je třeba aby byly současně

vyvíjeny intervence, jimiž lze očekávaného výsledku dosáhnout. Proto se odborníci věnují paralelně vývoji NIC i NOC klasifikacím(28,14).

V NOC klasifikaci je uvedeno 330 standardizovaných výsledků péče. 311 z nich se věnuje jedinci, 10 rodině a 9 komunitě. Jednotlivé výsledky jsou obsaženy v sedmi doménách – 1. fyzické zdraví, 2. fyziologické zdraví, 3. psychosociální zdraví, 4. znalosti o zdraví, 5. chování, 6. pochopení zdraví, 7. a komunitní zdraví. Domény obsahují 31 tříd a výsledky, které jsou v nich zařazené, jsou definovány, seřazeny abecedně a označeny číselným kódem. Obsahují také soubor indikátorů, neboli hodnotitelných fenoménů . Každý standardizovaný výsledek je označen 4číselným kódem. Ten vytváří základ číselné identifikace pod něj spadajících indikátorů, jejichž kód se pak stává šesti číselný.

Klasifikace NOC výsledků byla propojena s NANDA diagnózami, s Gordonové Funkčními vzorci zdraví, s OMAHA systémem problémů v komunitní péči, s OASIS systémem užívaným v domácí péči a s NIC klasifikací. Za nejdůležitější propojení je považováno skloubení výsledků NANDA, NIC, NOC - z tohoto spojení vznikla Aliance NNN.

NOC je všeobecně uznávána, a to i Americkou ošetrovatelskou asociací a zájem o NOC je silný i v Evropě. Klasifikace byla přeložena do mnoha světových jazyků (10, 28).

1.3.6. Aliance NNN

Představitelé projektů NANDA, NIC a NOC začali v roce 1997 spolupracovat a to za účelem vytvoření seriózní mezinárodně platné terminologie. Byla zde tedy snaha o vytvoření produktu s terminologicky a odborně korektním pojmoslovím diagnóz, cílů a intervencí ošetrovatelského procesu. V březnu roku 2000 byla založena Aliance NNN (název vznikl složením počátečních písmen NANDA, NIC, NOC), jejíž terminologie zahrnuje NIC ošetrovatelské intervence a NOC očekávané výsledky- obojí přiřazené k jednotlivým NANDA ošetrovatelským diagnózám. První konference Aliance NNN se konala v roce 2001, na které byl připraven návrh společné taxonomické struktury NANDA,

NIC a NOC. Vývoj Aliance NNN je významný i pro rozvoj NANDA ošetrovatelské diagnostiky(5, 9).

1.3.7. Klasifikační systém Omaha

Omaha systém zdravotních problémů v komunitní péči je nejstarší ošetrovatelskou klasifikací. Jeho počátky se datují k roku 1970. V tu dobu začala Asociace návštěvních sester – VNA (Visiting Nursing Association) revidovat záznamy o klientech a zahájila jejich adaptaci s orientací na problém. Cílem bylo poskytnout praxi užitečného průvodce, metodu pro dokumentování a rámec pro řízení informací. Omaha systém je založený na výzkumu, který měl za cíl získat údaje týkající se dokumentace péče o pacienta. Systém se skládá ze třech vztahových, spolehlivých a validních složek:

1. schéma klasifikace problému- vyvíjející taxonomie domén, problémů a symptomů klienta. Každý ze 40 problémů se může posuzovat jako aktuální, nebo potenciální deficit,
2. schéma intervencí- umožňuje popsat problémy a promítnout je do plánování a realizace
3. škála posuzování problémů pro výsledky- Likertova škála s 5-bodovým hodnocením u umožňuje měřit celý rozsah závažnosti konceptů vědomostí, chování a stavu. Posuzování je návodem pro sestru jak plánovat a poskytovat pacientovi péči.

Tyto složky poskytují rámec pro dokumentaci klientových potřeb, spojují intervence a měří pacientovi výsledky komplexním způsobem. Podstatou Omaha systému je dynamický, interaktivní charakter ošetrovatelského procesu, který řeší problém zlepšení kvality. Výsledkem použití Omaha systému by měl být opis klientových potřeb, poskytnutí zdravotních služeb a výsledky těchto služeb. Na rozdíl od klasifikací NIC, NOC, systém Omaha našel uplatnění hlavně v oblasti domácí a komunitní péče(13, 18).

1.3.8. Studie přesnosti diagnóz stanovených sestrami

Je zřejmé, že jsou zapotřebí studie přesnosti přesnost ošetrovatelských diagnóz a faktorů ovlivňujících přesnost, protože předchozí studie zjistily, že přesnost se velmi liší. Přesnost diagnóz stanovených sestrami je velmi důležitá, protože je základem pro

stanovování intervencí a výsledků. To samozřejmě souvisí také se schopnostmi sester.
(19).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1. Cíl práce

- 1) Zjistit, která ošetrovatelská diagnóza je stanovovaná sestrami na standardním oddělení nejčastěji.

- 2) Zjistit specifika práce s ošetrovatelskými diagnózami z pozice vrchních sester konkrétního oddělení.

2.2. Hypotézy

- 1) Nejčastější ošetrovatelskou diagnózou na chirurgickém oddělení je „bolest.“

- 2) Nejčastější ošetrovatelskou diagnózou na interním oddělení je „riziko pádu.“

3. Metodika

3.1. Použité metody a techniky

Ve výzkumné části práce bylo využito kvantitativní i kvalitativní formy výzkumu. Technikou sběru dat kvantitativního výzkumu byl dotazník, který byl určený pro sestry chirurgického a interního oddělení. Dotazník byl vytvořen na základě odborné literatury (dotazník viz. Příloha č. 1).

Dotazník obsahoval 14 otázek, z nichž na 7 otázek bylo možno odpovědět vlastními slovy- byly otevřené, 7 otázek obsahovalo Likertovu pětibodovou škálu s jednou možnou odpovědí. Odpovědi „ano“ a „spíše ano“ byly brány dohromady a to jako kladné odpovědi. Výsledky kvantitativního výzkumu byly zpracovány do grafů pomocí programu Microsoft Excel.

Technikou sběru dat kvalitativního výzkumu byl polostrukturovaný rozhovor s vrchními sestrami daných oddělení, ve kterém jsme položili respondentům 15 otázek z oblasti práce s ošetřovatelskými diagnózami. Rozhovor byl přepsán do kasuistik. (polostrukturovaný rozhovor viz. Příloha č.2). Kvalitativní výzkum byl prováděn v pořadí jako druhý po kvantitativním výzkumu a to například i kvůli tomu, abychom si ověřili, co znamená pojem „seznam nejčastějších ošetřovatelských diagnóz“. Rozhovory probíhaly dne 28.6. 2012.

Kvalitativní i kvantitativní výzkum probíhal ve stejném zařízení a to ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze.

3.2. Charakteristika sledovaného souboru

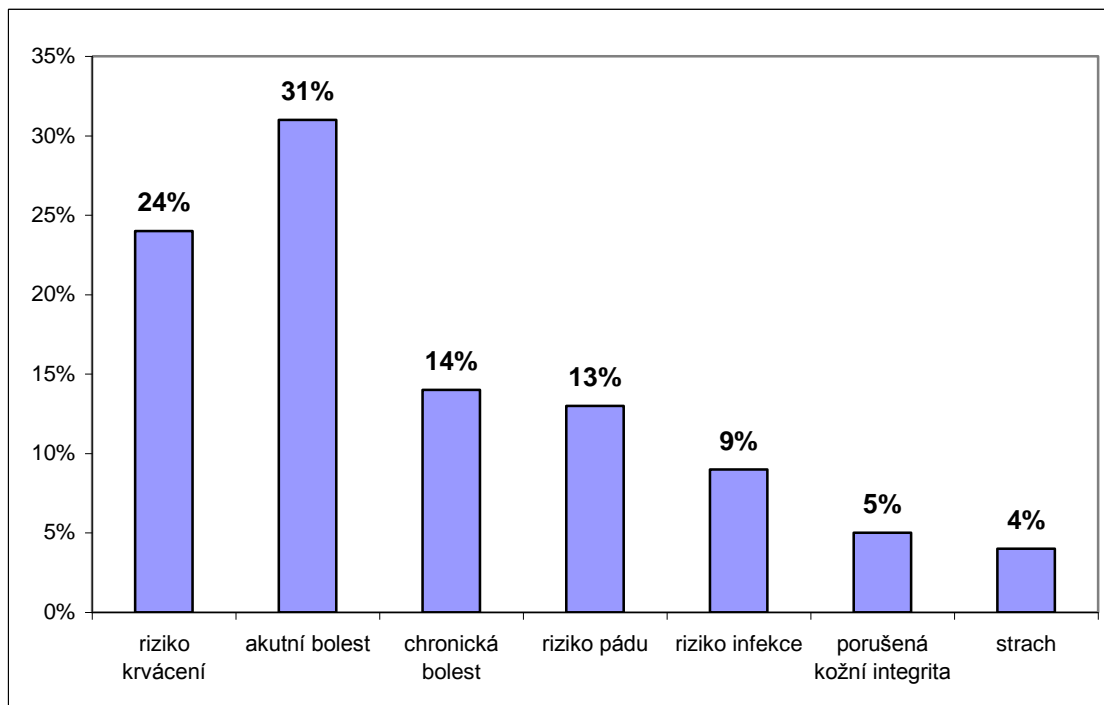
Zkoumaný soubor kvantitativního výzkumu je tvořen z 82 respondentů a to sester interního a chirurgického oddělení. Na odděleních jsme rozdali 100 dotazníků, 50 dotazníků na interním oddělení a 50 dotazníků na chirurgickém oddělení, 4 dotazníky se nevrátily, 6 dotazníků bylo nevyplněných a 8 dotazníků se nedalo vyhodnotit . Výsledný počet dotazníků se kterými jsme pracovali je tedy 82.

Zkoumaným souborem kvalitativního výzkumu byly 4 respondenti a to vrchní sestry daných oddělení- 2 vrchní sestry interních oddělení a 2 vrchní sestry chirurgických oddělení .

4. Výsledky

4.1. Výsledky kvantitativního výzkumu

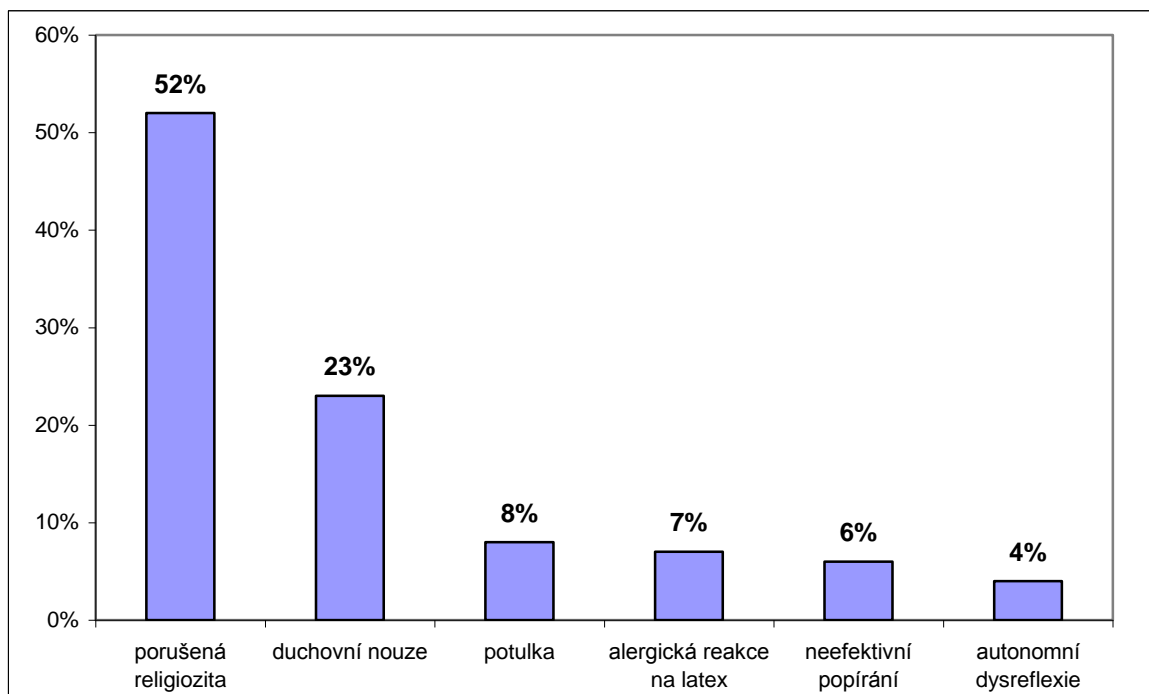
Graf 1 Používané ošetrovatelské diagnózy



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 1 udává ošetrovatelské diagnózy, které sestry běžně stanovují u pacientů. Od 82 dotazovaných respondentů jsme získali 117 odpovědí (100%). Jedná se tedy o vícečetné odpovědi. Respondenti uvedli 28krát (24%) že ten den použili ošetrovatelskou diagnózu „riziko krvácení“, 36krát (31%) uvádí, že ten den použili ošetrovatelskou diagnózu „akutní bolest“, 16krát (14%) uvádí, že ten den použili ošetrovatelskou diagnózu „chronická bolest“, 14krát (13%) uvádí, že ten den použili ošetrovatelskou diagnózu „riziko pádu“, 11krát (9%) uvádí, že ten den použili ošetrovatelskou diagnózu „riziko infekce“, 6krát (5%) uvádí, že použili ošetrovatelskou diagnózu „porušená kožní integrita“ a 4 krát (4%) uvádí, že použili ošetrovatelskou diagnózu „strach.“

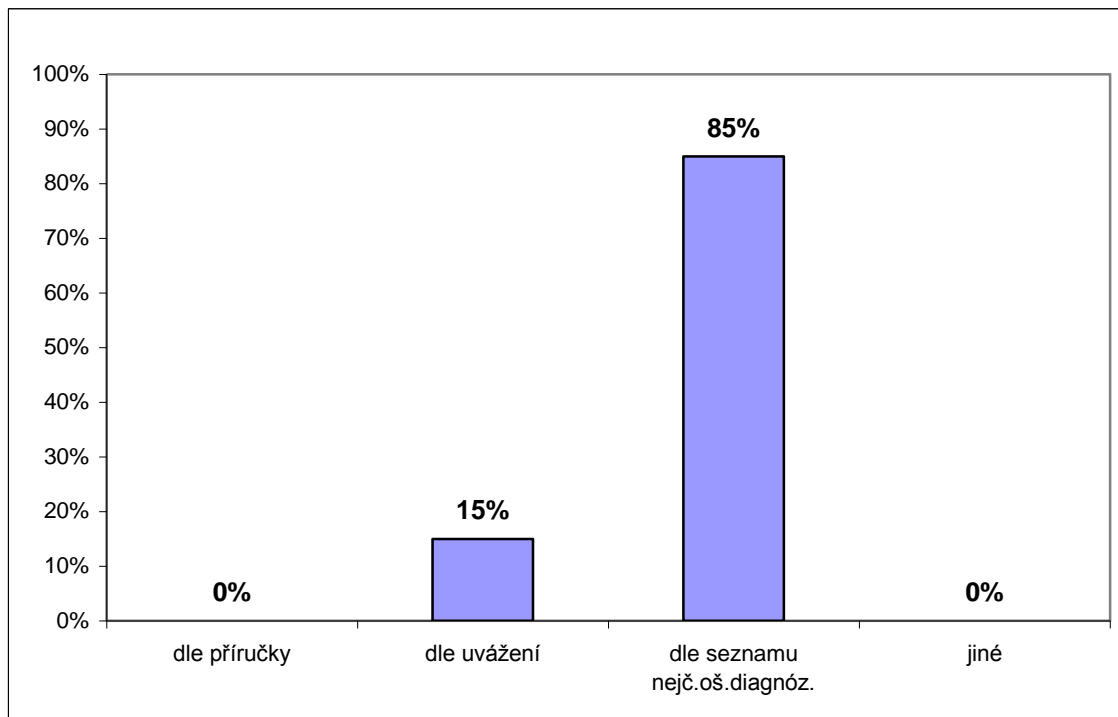
Graf 2 Nevyužívané ošetrovatelské diagnózy



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 3 udává ošetrovatelské diagnózy, které sestry nevyužívají. Od 82 respondentů jsme získali 132 odpovědí (100%). Respondenti uvedli 68krát (52%), že nikdy nevyužili ošetrovatelskou diagnózu „porušená religiozita“, 31 krát (23%) uvádí, že nikdy nevyužili ošetrovatelskou diagnózu „duchovní nouze“, 11krát (8%) respondenti uvedli, že nikdy nevyužili ošetrovatelskou diagnózu „potulka“, 9krát (7%) respondenti uvedli, že nikdy nevyužili ošetrovatelskou diagnózu „alergická reakce na latex“, 8krát (6%) respondenti uvedli „neefektivní popírání“ a 5krát (4%) respondenti uvedli, že nevyužívají ošetrovatelskou diagnózu „autonomní dysreflexie.“

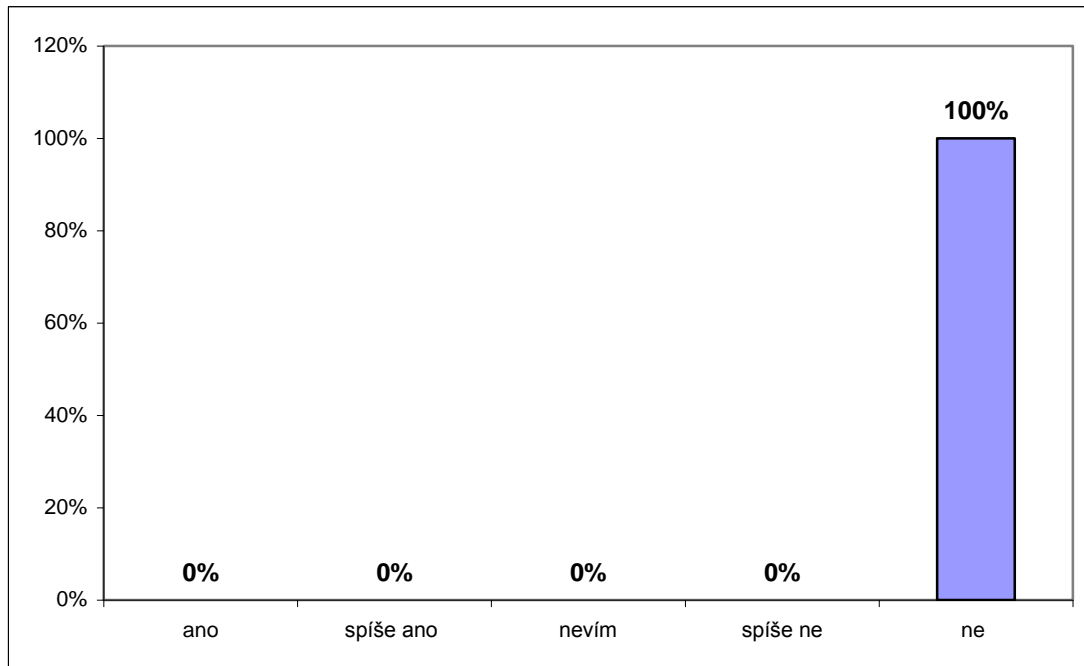
Graf 3 Stanovování ošetrovatelských diagnóz u PIK



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 3 udává jak sestry stanovují u pacientů ošetrovatelské diagnózy. Z 82 respondentů (100%) uvádí 12 respondentů(15%) že ošetrovatelské diagnózy stanovují dle svého uvážení, 70 respondentů (85%) stanovuje ošetrovatelské diagnózy dle seznamu nejčastějších ošetrovatelských diagnóz.

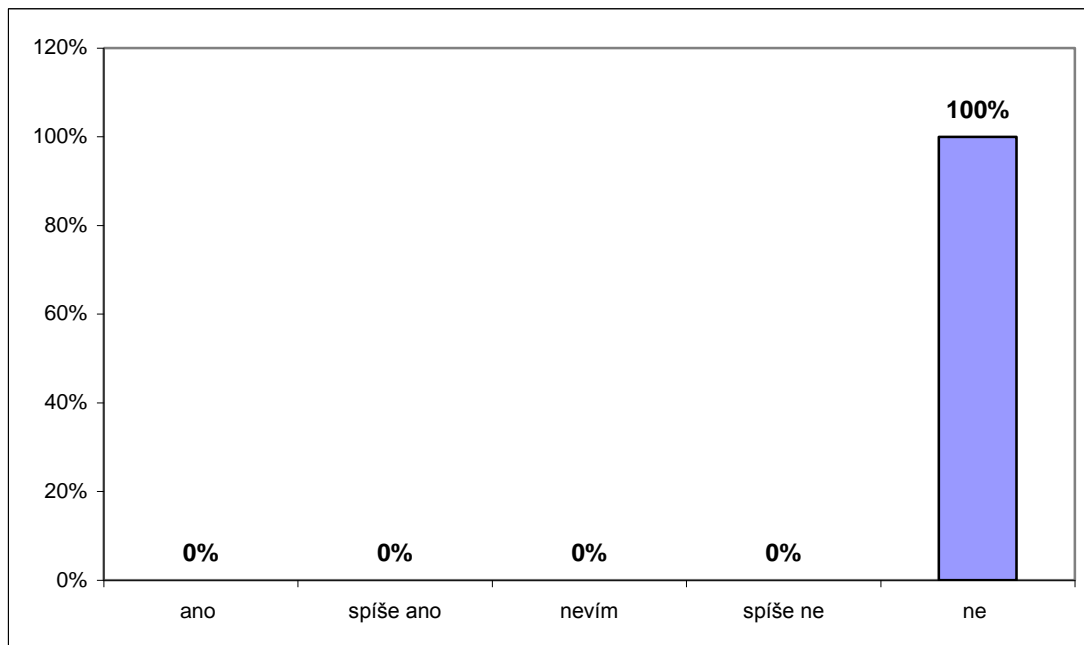
Graf 4 Ošetřovatelské diagnózy jako součást překladové zprávy PIK



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4 znázorňuje výpovědi respondentů na otázku, zda jsou ošetřovatelské diagnózy součástí překladové zprávy P / K. Z 82 respondentů (100%) uvádí 82 respondentů (100%) , že ošetřovatelské diagnózy nejsou součástí překladové zprávy P / K.

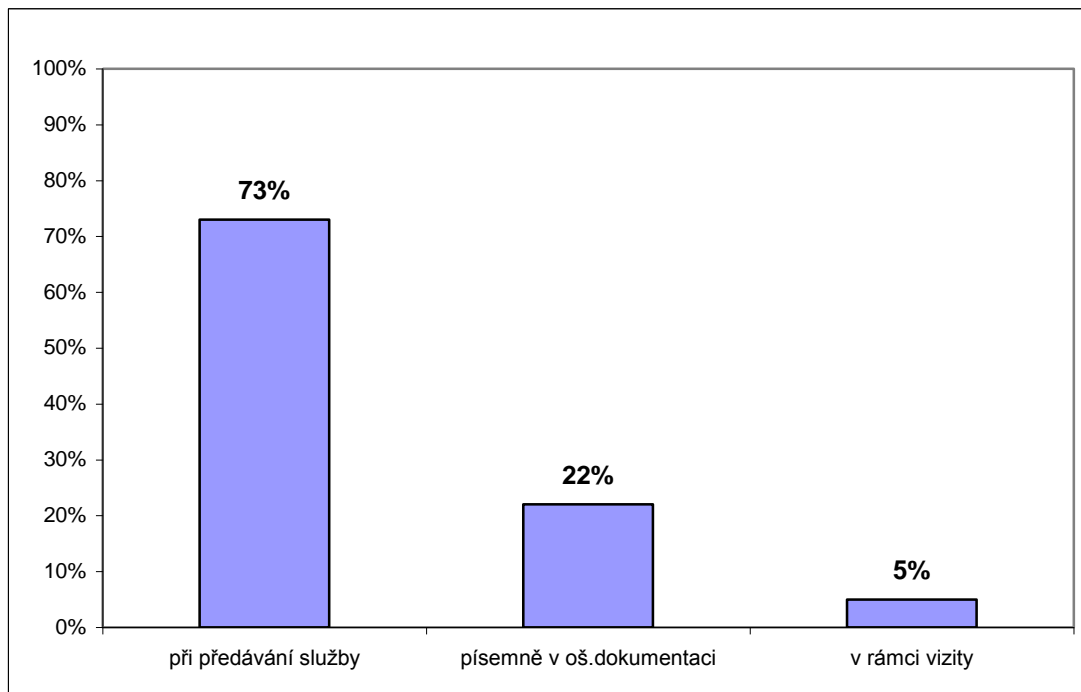
Graf 5 Ošetřovatelské diagnózy jako součást propouštěcí zprávy PIK



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5 znázorňuje výpovědi respondentů na otázku, zda jsou ošetřovatelské diagnózy součástí propouštěcí zprávy P / K. Z 82 respondentů (100%) uvádí 82 respondentů (100%) , že ošetřovatelské diagnózy nejsou součástí propouštěcí zprávy P / K.

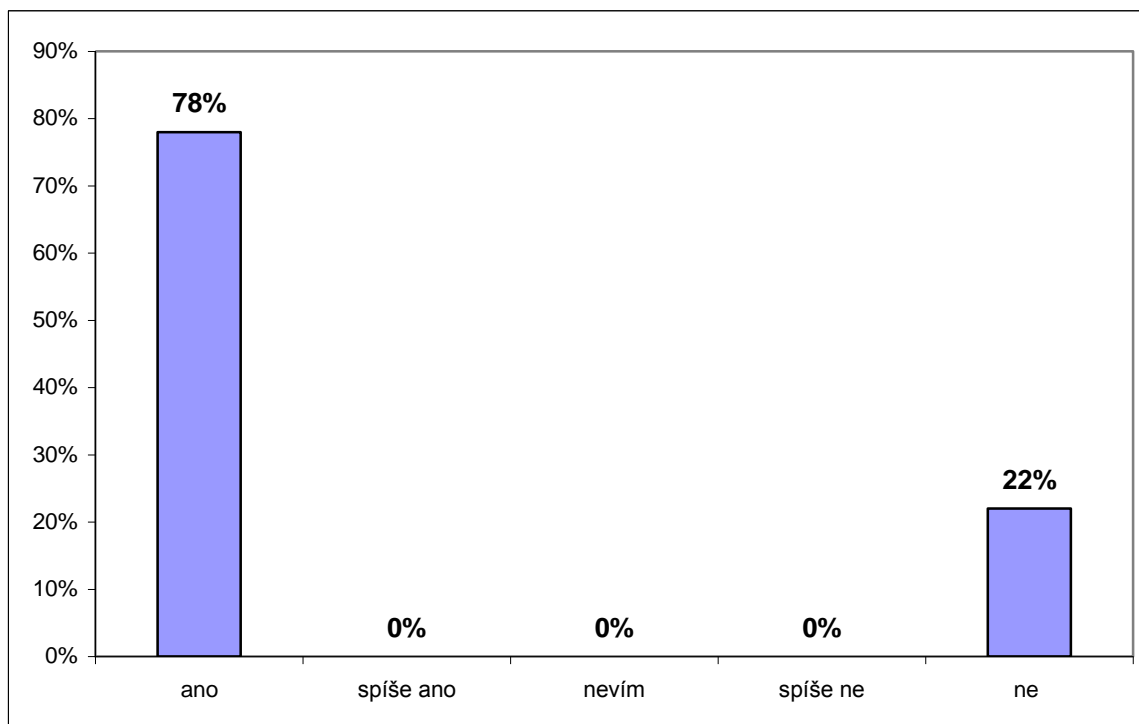
Graf 6 Jak si sestry sdělují ošetrovatelské diagnózy



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6 znázorňuje výpovědi respondentů na sdělování si ošetrovatelských diagnóz. Z 82 respondentů (100%) udává 60 respondentů (73%), že si ošetrovatelské diagnózy sdělují při předávání služby, 18 respondentů (22%) si ošetrovatelské diagnózy předávají písemně v ošetrovatelské dokumentaci, 4 respondenti (5%) udávají, že si ošetrovatelské diagnózy sdělují v rámci vizity.

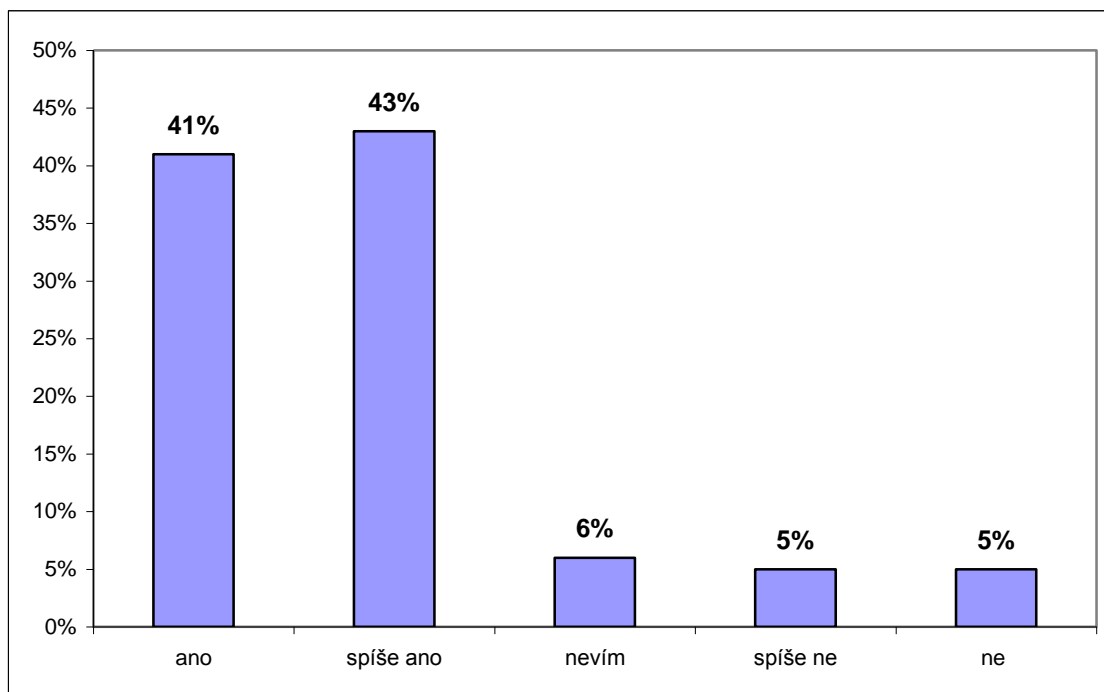
Graf 7 Školení na používání ošetrovatelských diagnóz



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 7 znázorňuje výpovědi respondentů na otázku, zda měli školení zaměřené na používání ošetrovatelských diagnóz. Z 82 respondentů (100%) udává 64 respondentů (78%), že školení měli, 18 respondentů (22%) odpovědělo že školení nemělo.

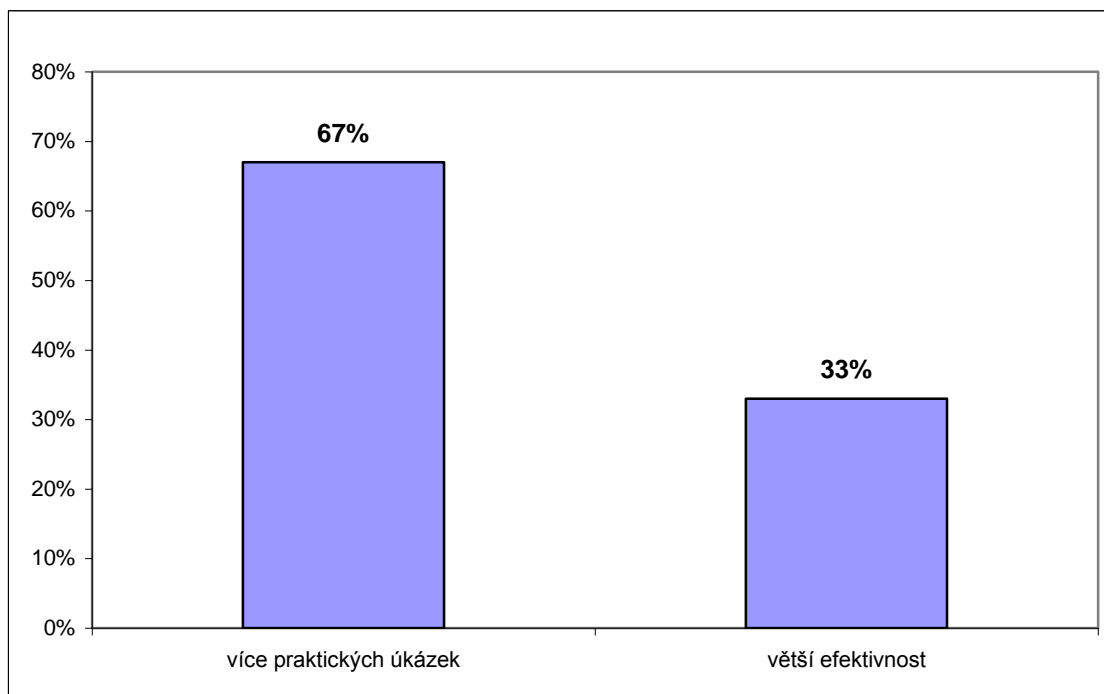
Graf 8 Hodnocení kvality školení



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8 vypovídá o kvalitě školení. Z 64 respondentů (100%), 26 respondentů (41%) hodnotí školení jako zcela dostačující, 28 respondentů (43%) hodnotí školení jako spíše dostačující, 4 respondenti (6%) neví, zda bylo školení dostačující, 3 respondenti (5%) hodnotí školení jako spíše nedostačující, 3 respondenti (5%) hodnotí školení jako zcela nedostačující.

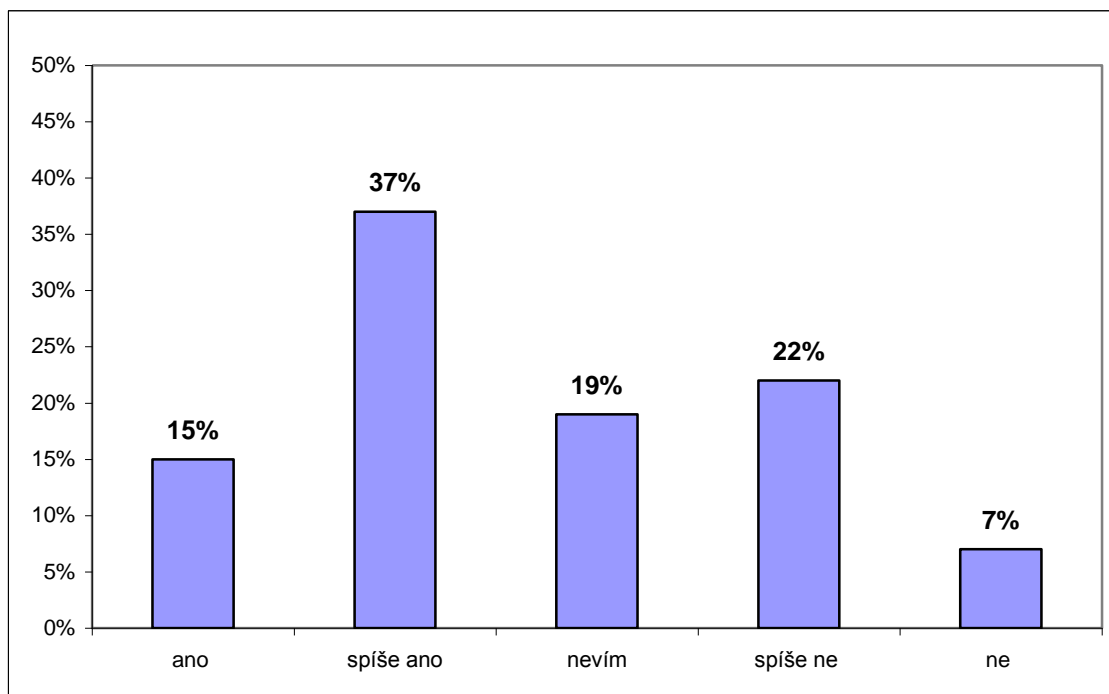
Graf 9 Změny ve školení



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 9 předkládá návrhy na změny ve školení. Z 6 respondentů (100%) by preferovali 4 respondenti (67%) více praktických ukázek, 2 respondenti (33%) by chtěli větší efektivnost školení.

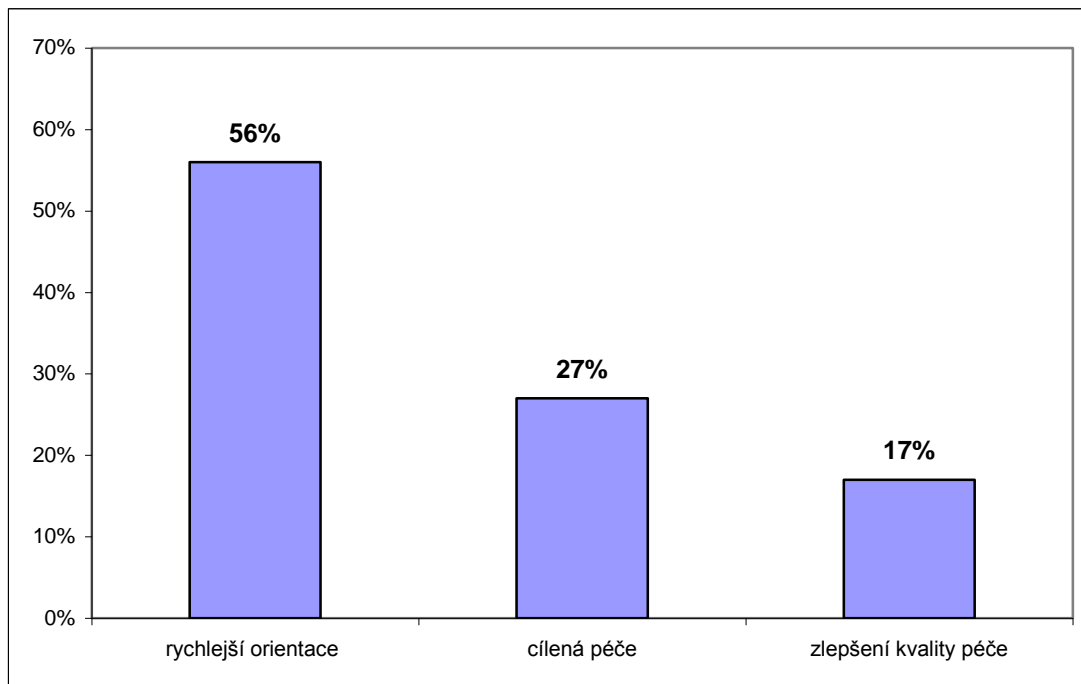
Graf 10 Dostatečnost znalostí sester v práci s ošetrovatelskými diagnózami



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 10 znázorňuje dostatečnost znalostí sester v práci s ošetrovatelskými diagnózami. Z 82 respondentů (100%) hodnotí 12 respondentů (15%) své znalosti jako dostačující, 30 respondentů (37%) hodnotí své znalosti jako spíše dostačující, 16 respondentů (19%) neví jestli jsou jejich znalosti dostačující, 18 respondentů (22%) hodnotí své znalosti jako spíše nedostačující, 6 respondentů (7%) hodnotí své znalosti v oblasti práce s ošetrovatelskými diagnózami jako nedostačující.

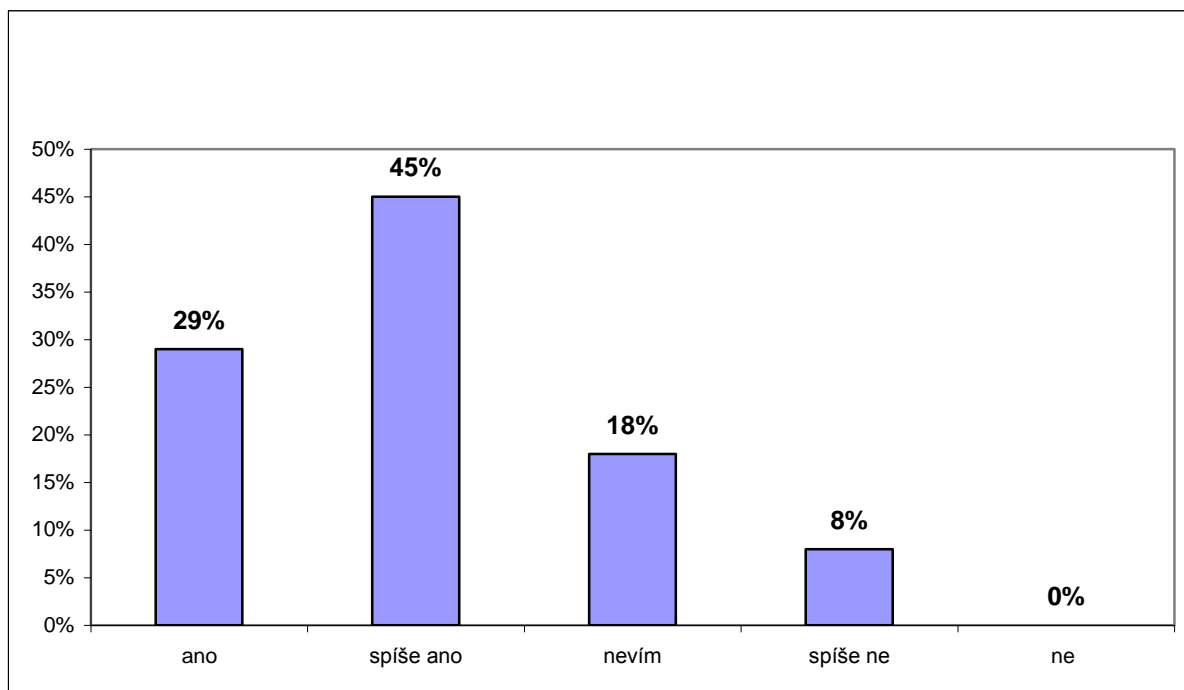
Graf 11 Význam užívání ošetrovatelských diagnóz pro pacienta z pohledu sester



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 11 udává význam užívání ošetrovatelských diagnóz pro pacienta. Z 82 respondentů (100%) uvádí respondentů (56%) jako hlavní význam rychlejší orientaci, 22 respondentů (27%) udává jako významné cílenou péči, 14 respondentů (17%) uvádí jako přínos pro pacienta zlepšení kvality péče.

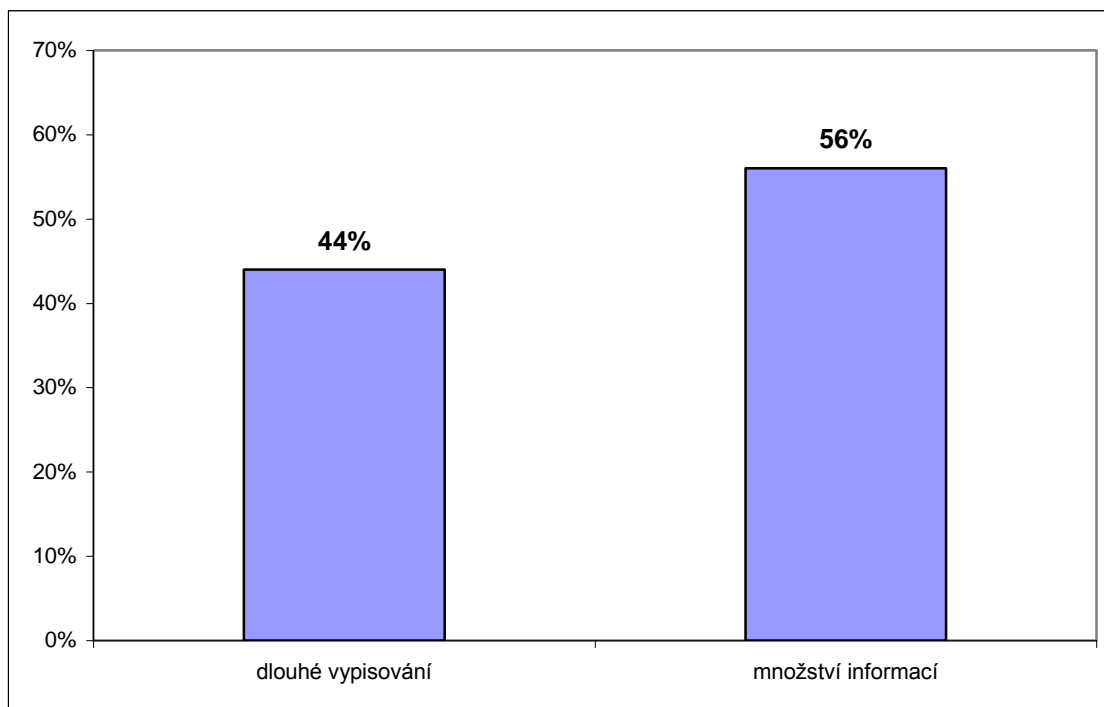
Graf 12A Časová náročnost práce s ošetrovatelskými diagnózami z pohledu sester



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 12A znázorňuje časovou náročnost práce sester s ošetrovatelskými diagnózami. Z 82 respondentů (100%) je pro 24 respondentů (29%) práce s ošetrovatelskými diagnózami časově náročná, pro 37 respondentů (45%) je práce s ošetrovatelskými diagnózami spíše časově náročná, 15 respondentů (18%) neví zda je pro ně práce s ošetrovatelskými diagnózami časově náročná, 6 respondentů (8%) uvádí že je pro ně práce s ošetrovatelskými diagnózami spíše časově nenáročná.

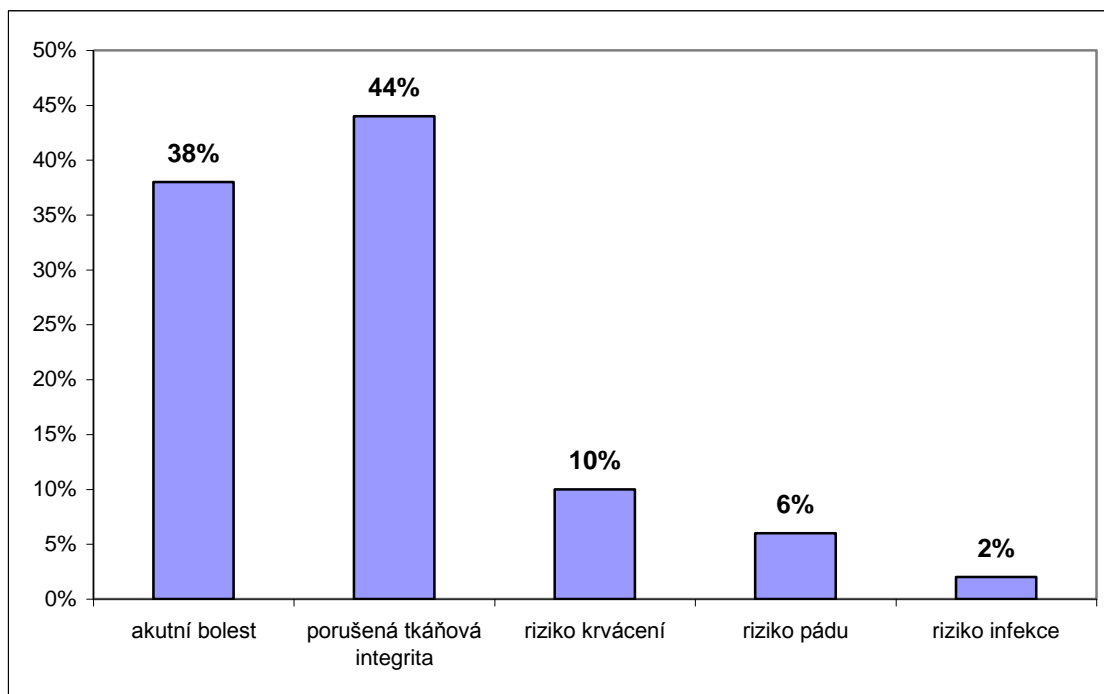
Graf 12B Důvody časové náročnosti práce s ošetrovatelskými diagnózami



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 12B udává důvody časové náročnosti práce s ošetrovatelskými diagnózami. Z 61 respondentů (100%) je pro 27 respondentů (44%) důvod časové náročnosti dlouhé vypisování, pro 34 respondentů (56%) je důvod časové náročnosti množství informací.

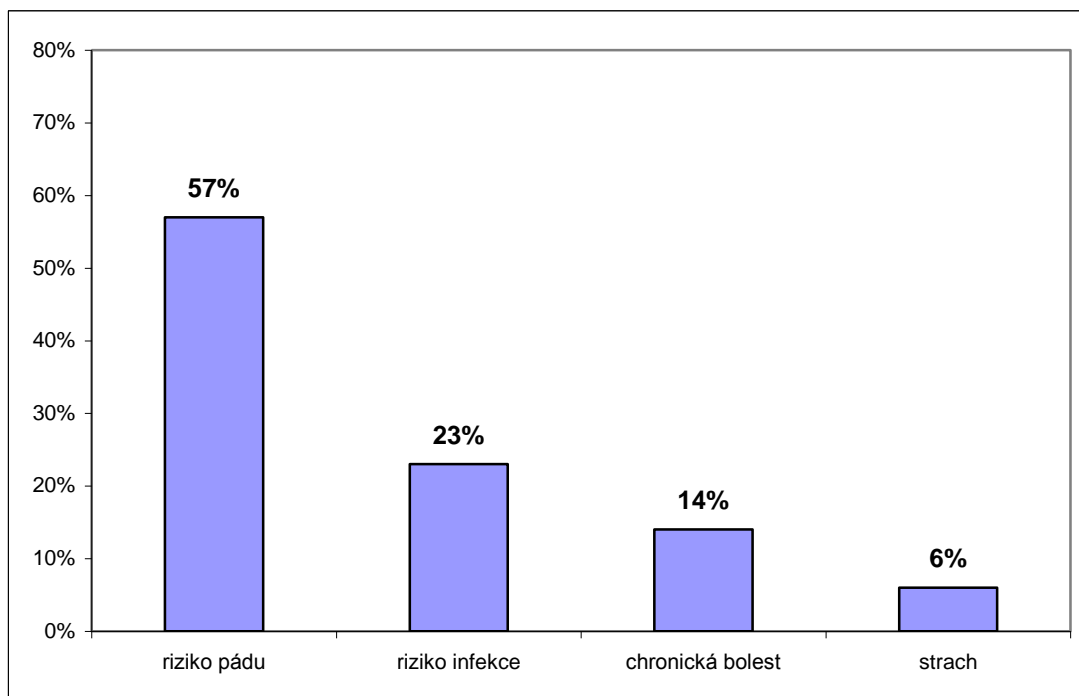
Graf 13A Nejčastější ošetřovatelská diagnóza na chirurgickém oddělení



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 13A udává nejčastější ošetřovatelskou diagnózu na chirurgickém oddělení. Od 42 respondentů jsme získali 94 odpovědi (100%). Jedná se tedy o vícečetné odpovědi. 36krát (38%) respondenti udali jako nejčastější ošetřovatelskou diagnózu „akutní bolest“, 41krát (44%) respondenti udali jako nejčastější ošetřovatelskou diagnózu „porušená tkáňová integrita“, 9krát (10%) respondenti uvedli jako nejčastější ošetřovatelskou diagnózu na jejich oddělení „riziko krvácení“, 6krát (6%) respondenti uvedli jako nejstanovovanější ošetřovatelskou diagnózu „riziko pádu“ a 2krát (2%) respondenti uvedli ošetřovatelskou diagnózu „riziko infekce.“

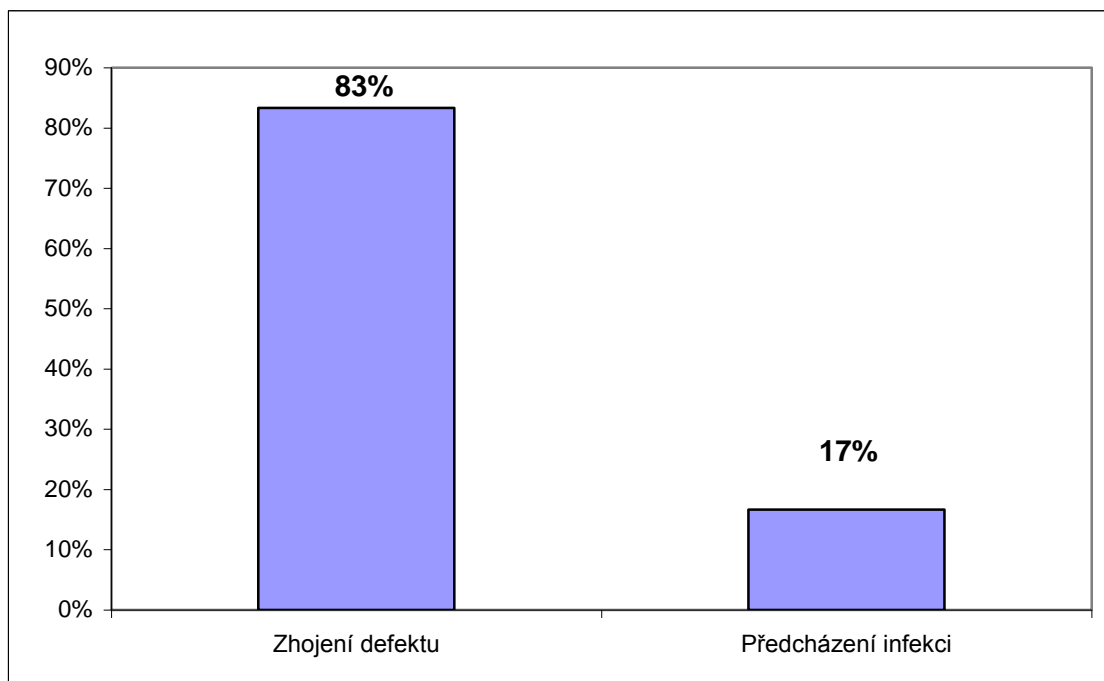
Graf 13B Nejčastější ošetrovatelská diagnóza na interním oddělení



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 13B uvádí nejčastější ošetrovatelskou diagnózu na interním oddělení. Od 40 respondentů jsme získali 98 odpovědí (100%). 56krát (57%) respondenti udali jako nejčastější ošetrovatelskou diagnózu „riziko pádu“, 22krát (23%) respondenti udali jako nejčastější ošetrovatelskou diagnózu „riziko infekce“, 14krát (14%) respondenti udali jako nejčastější ošetrovatelskou diagnózu na jejich oddělení „chronická bolest“ a 6krát (6%) respondenti udali jako nejstanovovanější ošetrovatelskou diagnózu na jejich oddělení „strach.“

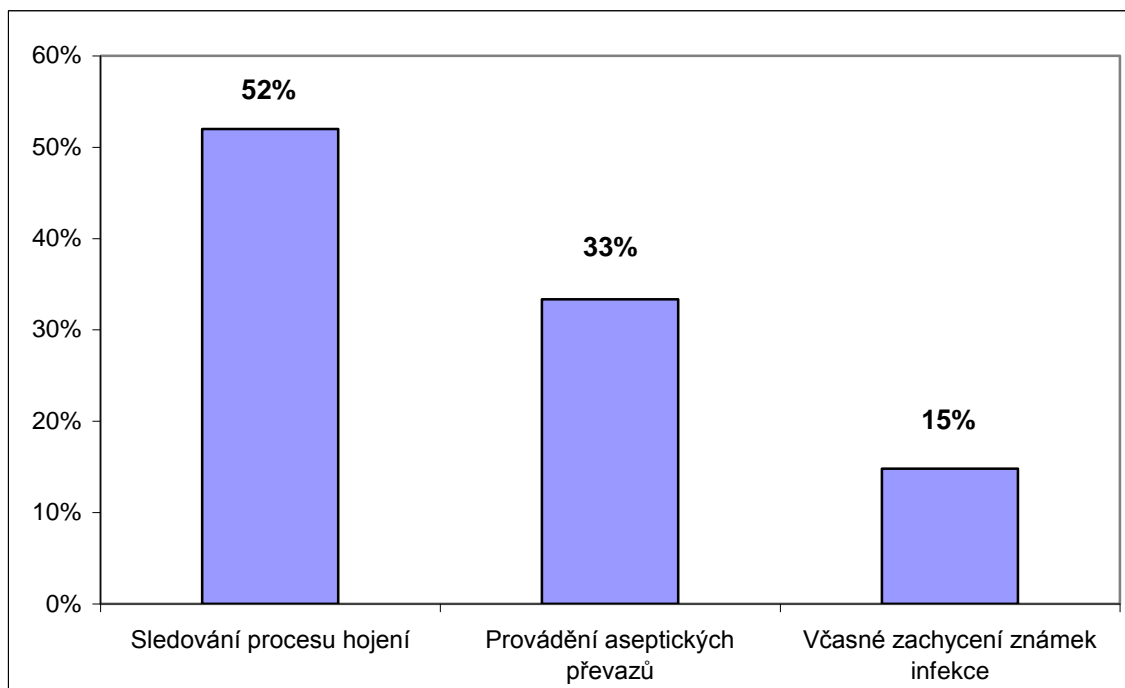
Graf 14A Cíl u ošetrovatelské diagnózy Porušená tkáňová integrita



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14A udává stanovované cíle na chirurgickém oddělení u ošetrovatelské diagnózy Porušená tkáňová integrita. Z 18 respondentů (100%) respondenti odpověděli 15krát (83%) že jako cíl stanovují „zhojení defektu,“ 3krát (17%)respondenti odpověděli že jako cíl u ošetrovatelské diagnózy Porušená tkáňová integrita stanovují „předcházení infekci.“

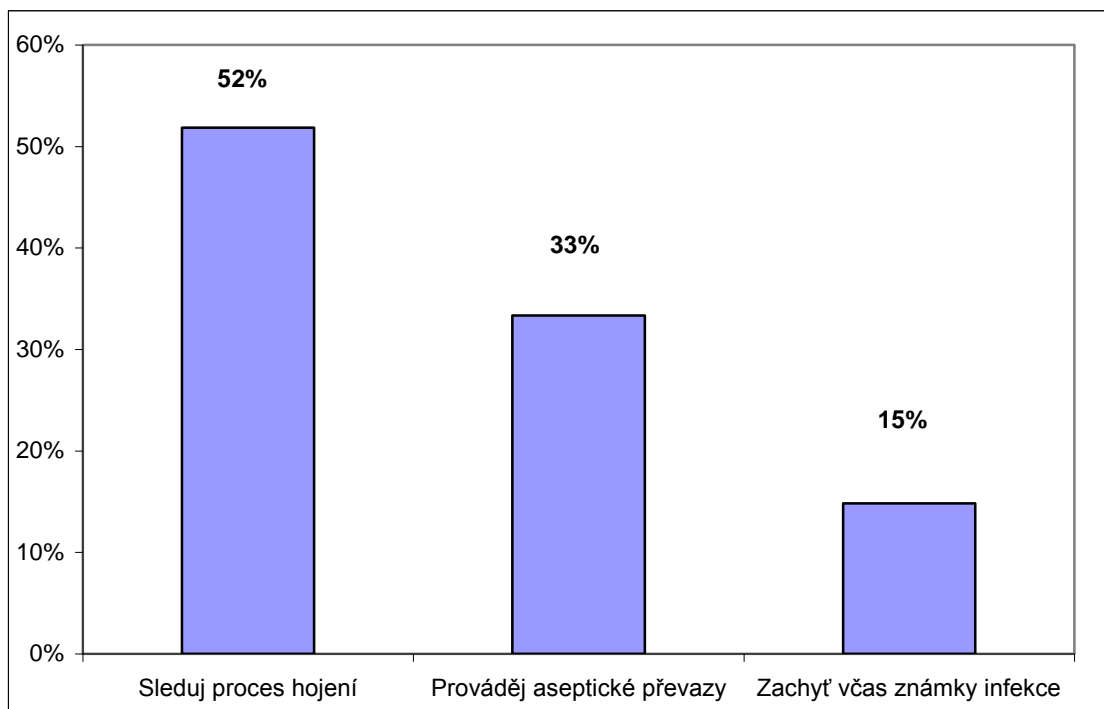
Graf 14B Kritéria u ošetrovateľskej diagnózy Porušená tkáňová integrita



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14B uvádí stanovovaná kritéria na chirurgickém oddělení u ošetrovateľskej diagnózy Porušená tkáňová integrita. Z 18 respondentů (100%) respondenti odpoveděli 14krát (52%), že jako kritérium u ošetrovateľskej diagnózy Porušená tkáňová integrita stanovují „sledování procesu hojení,“ 9krát (33%) respondenti odpoveděli, že jako kritérium u ošetrovateľskej diagnózy Porušená tkáňová integrita stanovují „provádění aseptických převazů,“ a 4krát (15%) respondenti odpoveděli, že jako kritérium u ošetrovateľskej diagnózy Porušená tkáňová integrita stanovují „včasné zachycení známek infekce.“

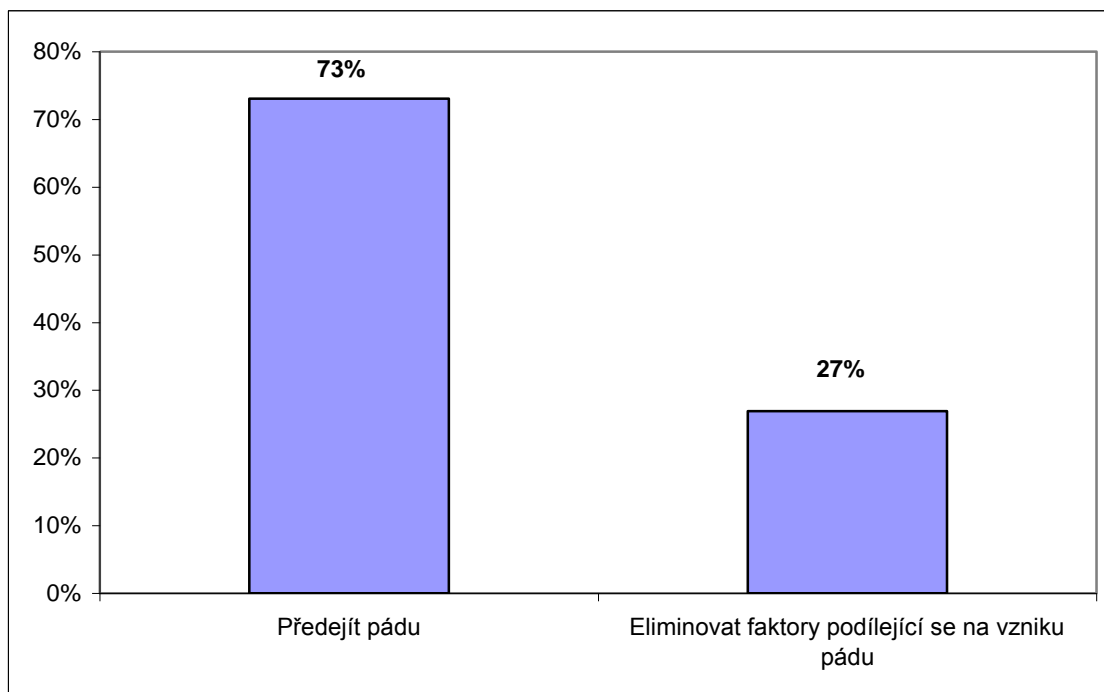
Graf 14C Intervence u ošetrovatelské diagnózy Porušená tkáňová integrita



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14C udává stanovované intervence na chirurgickém oddělení u ošetrovatelské diagnózy Porušená tkáňová integrita. Z 18 respondentů (100%) respondenti odpověděli 14krát (52%) , že jako intervenci u ošetrovatelské diagnózy Porušená tkáňová integrita stanovují „ sleduj proces hojení,“ 9krát (33%) respondenti odpověděli, že jako intervenci u ošetrovatelské diagnózy Porušená tkáňová integrita stanovují „prováděj aseptické převazy,“ a 4krát (15%) respondenti odpověděli, že jako intervenci u ošetrovatelské diagnózy Porušená tkáňová integrita stanovují „ zachyť včas známky infekce.“

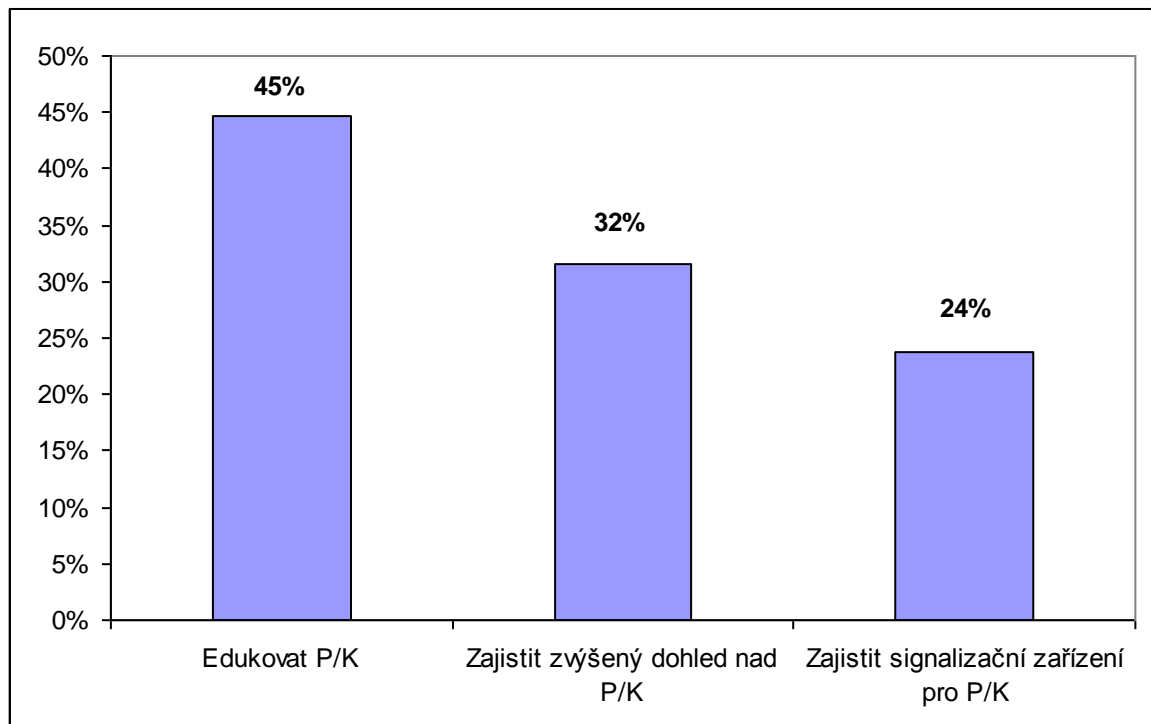
Graf 14D Cíl u ošetrovatelské diagnózy Riziko pádu



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14D znázorňuje stanovované cíle na interním oddělení u ošetrovatelské diagnózy Riziko pádu. Z 26 respondentů (100%) respondenti odpověděli 19krát (73%) že jako cíl stanovují „předejít pádu,“ 7krát (27%) respondenti odpověděli že jako cíl u ošetrovatelské diagnózy Riziko pádu stanovují „eliminovat faktory podílející se na vzniku pádu.“

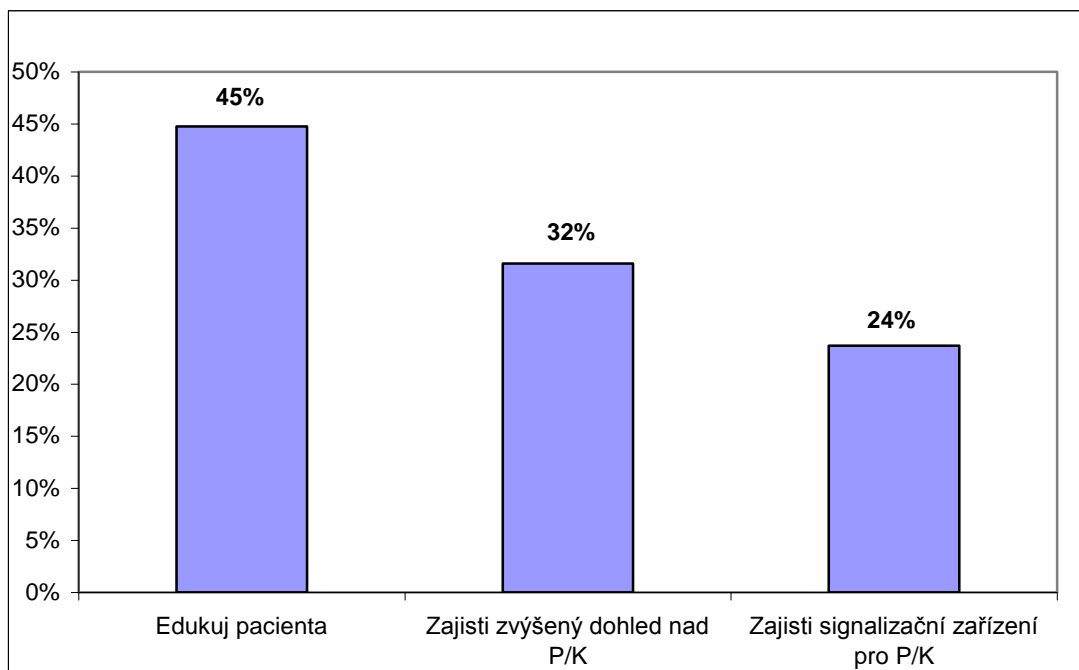
Graf 14E Kritéria u ošetrovateľskej diagnózy Riziko pádu



Zdroj: vlastný výzkum

Graf 14E uvádza stanovovaná kritéria na internom oddelení u ošetrovateľskej diagnózy Riziko pádu. Z 26 respondentov (100%) respondenti odpovedeli 17krát (45%), že ako kritérium u ošetrovateľskej diagnózy Riziko pádu stanovujú „edukovať pacienta/klienta,“ 12krát (32%) respondenti odpovedeli, že ako kritérium u ošetrovateľskej diagnózy Riziko pádu stanovujú „zajistiť zvýšený dohľad nad pacientom/klientom,“ a 9krát (24%) respondenti odpovedeli, že ako kritérium u ošetrovateľskej diagnózy Riziko pádu stanovujú „zajistiť signalizačné zariadenie pre pacienta/klienta.“

Graf 14F Intervence u ošetrovatelské diagnózy Riziko pádu



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14F znázorňuje stanovované intervence na interním oddělení u ošetrovatelské diagnózy Riziko pádu. Z 26 respondentů (100%) respondenti odpověděli 17krát (45%) , že jako intervenci u ošetrovatelské diagnózy Riziko pádu stanovují „ edukuj pacienta,“ 12krát (32%) respondenti odpověděli, že jako intervenci u ošetrovatelské diagnózy Riziko pádu stanovují „zajisti zvýšený dohled nad pacientem/klientem,“ a 9krát (24%) respondenti odpověděli, že jako intervenci u ošetrovatelské diagnózy Riziko pádu stanovují „ zajisti signalizační zařízení pro pacienta/klienta.“

4.2. Výsledky kvalitativního výzkumu- kasuistiky respondentů

Kasuistiky respondentů byly vytvořeny na podkladě sběru dat kvalitativní formou výzkumu, formou polostrukturovaného rozhovoru, prováděného s vrchními sestrami chirurgického a interního oddělení.

Respondent 1

Vrchní sestra 1. chirurgického oddělení, pracuje 26 let v oboru, má vysokoškolské vzdělání a jako vrchní sestra pracuje 12 let.

Sestry na jejím oddělení stanovují ošetrovatelské diagnózy dle předpřipraveného plánu ošetrovatelské péče, ve kterém se nacházejí nejpoužívanější ošetrovatelské diagnózy společně s cíly, plány a hodnoceními. Sestry zvolí ošetrovatelskou diagnózu individuálně na míru pacientovi a poté si z nabídky mohou vybrat cíl a plán péče, což jsou v podstatě kritéria. Vrchní sestra chirurgického oddělení si myslí: *„ Tento připravený materiál je šitý na míru našeho oddělení, vytvářeli jsme si ho samy, já společně s kolegyněmi a naprosto nám vyhovuje. Doufám, že sestrám usnadňuje a urychluje práci. Myslím že bez takto předpřipraveného plánu ošetrovatelské péče by byla práce s ošetrovatelskými diagnózami mnohem zdlouhavější. Takto si sestra zvolí diagnózu, která sedí na jejího pacienta a dále vybírá z nabízených možností. ‘‘*

Tím pádem se dá říci, že díky tomuto materiálu sestry i ona mají přehled o tom, jaké jsou nejpoužívanější ošetrovatelské diagnózy na tomto oddělení.

Nedá se říci, že by sestry na tomto oddělení prošly školením, které by bylo zaměřené na používání ošetrovatelských diagnóz. Takovéto školení nemocnice neposkytuje. Je ale možné, že se sestry dozví nějaké teoretické informace ohledně ošetrovatelských diagnóz na jednom ze seminářů, které si akreditované sestry vybírají samy. Je možné vybrat si seminář, který bude zaměřený na ošetrovatelský proces jako takový.

Na tomto oddělení mají velké množství ošetřovatelských standardů zaměřených na ošetřovatelský proces a ten samozřejmě zahrnuje část *diagnostiky*. Je jich zhruba 50 a jako příklad vrchní sestra uvádí: „Standard vedení ošetřovatelské dokumentace.“

Vrchní sestra na chirurgickém oddělení se střetává s ošetřovatelskými diagnózami tím způsobem, že jednou týdně dělá kontrolu ošetřovatelského procesu.

V používání ošetřovatelských diagnóz vidí vrchní sestra klady i zápory. Chápe, že původní myšlenka při příchodu ošetřovatelského procesu byla dobrá, ale připadá jí, že v našich podmínkách je dosažení ideálního stavu práce s ošetřovatelskými diagnózami obtížná. „Zatím u nás nejsou odpovídající podmínky. Ale zaznamenávání ošetřovatelského procesu a práce s ošetřovatelskými diagnózami je nezbytná pro přehlednost a lepší organizaci práce.“

Pojem „mapa péče“ vrchní sestra chirurgického oddělení nezná, nikdy s ním nepřišla do styku.

Respondent 2

Vrchní sestra 2. chirurgického oddělení, v oboru pracuje 31 let, v pozici vrchní sestry je 19 let. Před třemi roky úspěšně dokončila vysokoškolské studium.

Na 2. chirurgickém oddělení sestry stanovují ošetřovatelské diagnózy dle vlastního uvážení a podle seznamu s nejčastějšími ošetřovatelskými diagnózami. Mají tedy povědomí o tom, jaké ošetřovatelské diagnózy se u pacientů stanovují. Sestry na tomto oddělení pracují s materiály, které vypracoval kolektiv 2. chirurgického oddělení, i řadové sestry měly možnost de něj zasahovat svými připomínkami. Jsou v něm dvousložkové ošetřovatelské diagnózy, kritéria a intervence a sestry vybírají vhodné možnosti ke svému pacientovi a poté píše průběžné hodnocení dle pacientova stavu. „*Tento systém se zatím setkává s úspěchem, ale nyní má vedení nemocnice v plánu tento zaběhlý systém předělat a to tak, že zavede jednotnou dokumentaci celé nemocnici, čehož se já osobně trochu obávám, jelikož oddělení nebudou mít možnost zasahovat do obsahu těchto materiálů, nebudou si je moci individuálně přizpůsobit*“ říká vrchní sestra 2. chirurgického oddělení.

Názor vrchní sestry je takový, že ošetrovatelské diagnózy by měly mít celonárodní formu, všichni by měli mít jasně určeno s čím a jak pracují, aby vymizely rozdíly v určování a zpracování ošetrovatelských diagnóz mezi nemocnicemi.

Kurz nebo školení sestry nepodstupují, sestry by měly s ošetrovatelskými diagnózami umět pracovat, popřípadě se to naučí při zaškolování, jakmile nastoupí.

Na oddělení mají množství ošetrovatelských standardů, které jsou zaměřené na ošetrovatelský proces, např. „Zdravotnická dokumentace.“

Vrchní sestra také pracuje s ošetrovatelskými diagnózami, sice nevyplňuje plán ošetrovatelské péče, ale jedenkrát týdně provádí tzv. „ošetrovatelské vizity“, při kterých kontroluje plnění ošetrovatelského procesu, takže s ošetrovatelskými diagnózami přichází do styku poměrně často.

„Užívání ošetrovatelských diagnóz nijak neztracuji, jen si myslím že s nimi ještě neumíme tak dobře pracovat, jak by bylo třeba. Každopádně jsem ale přesvědčená, že dobře a precizně vedený záznam o ošetrovatelském procesu je nezbytný a to nejen pro lepší péči o pacienta, ale také někdy může pomoci vyřešit případné nepříjemnosti, stížnosti. Je v něm totiž dohledatelné velké množství informací o pacientovi a podrobné péči o něj. „Myslím, že je v určitých směrech podrobnější a přehlednější než např. lékařská dokumentace“ říká vrchní sestra.

O mapě péče něco ví, používá se v zahraničí a mluví se o možnosti používání i v českých nemocnicích, myslí si ale, že by přicházelo v úvahu používat jedinečně zjednodušenou formu mapy péče. Např. stanovit problém a jeho řešení.

Respondent 3

Vrchní sestra 1. interního oddělení, v oboru pracuje 22 let, v pozici vrchní sestry působí 8 let a je vysokoškolsky vzdělaná.

Na 1. interním oddělení sestry stanovují ošetrovatelské diagnózy dle stavu pacienta, jak uznají za vhodné a ošetrovatelské diagnózy se mohou po dobu hospitalizace pacienta měnit, ukončovat, mohou přibývat nové. Vše je o individualitě pacienta. Vrchní sestra 1. interního

oddělení udává: „*Seznam nejčastějších ošetrovatelských diagnóz, jako takový, vytvořený nemáme. Nicméně máme vypracovanou šablonu pro zaznamenávání ošetrovatelského procesu, kde se nacházejí ošetrovatelské diagnózy, se kterými sestry pracují nejvíce, takže povědomí o tom, jaké ošetrovatelské diagnózy se na našem oddělení vyskytují pravidelně, máme. Tato šablona sestrám usnadňuje práci. Uznávám ale, že seznam s procentuelním zastoupením nejčastěji stanovovaných ošetrovatelských diagnóz by mě osobně zajímal.*“

Školení pro práci s ošetrovatelskými diagnózami zde neprobíhá, sestry se vše učí adaptačním procesem při nástupu na oddělení. Taktéž mají na oddělení dostupné množství literatury.

Na oddělení má zdravotnický personál přístup k množství standardů zaměřených nejen na ošetrovatelský proces, např. Hygiena nemocných, Stravování nemocných atd.

Vrchní sestra dále uvádí, že ona sama denně s ošetrovatelskými diagnózami nepracuje, nicméně se podílela na vzniku plánu ošetrovatelské péče, kde jsou nejstanovovanější ošetrovatelské diagnózy a také jednou za týden probíhá na jejím oddělení tzv. „ošetrovatelská vizita“, při které kontroluje plnění ošetrovatelské péče u všech pacientů hospitalizovaných na oddělení.

V používání ošetrovatelských diagnóz a plánu péče vidí vrchní sestra smysl, má to význam pro organizaci práce, pro větší přehlednost při střídání směn. Vše je jasně zaznamenáno: časování, výkony, medikace. Kdyby to bylo možné, uvítala by vrchní sestra ještě zjednodušenější formu, než mají v současnosti, a to z důvodu stálých připomínek řadových sester k časové náročnosti. V blízké budoucnosti je ovšem naplánovaný opak. Přípravuje se jednotná ošetrovatelská dokumentace pro celou nemocnici. Jako důvod uvádí vrchní sestra snahu nemocnice o získání akreditace. Jednotná ošetrovatelská dokumentace je kritérium akreditace SAK. Díky tomu je čeká mnoho změn.

O pojmu mapa péče neslyšela, nemá žádné informace o tom, že by to mělo být v tuto dobu pro nemocnici nějak významné, neslyšela o žádných změnách které by se měly chystat v souvislosti s mapou péče. Nicméně slyšela o chystané změně a to připomínkování

k „Vyhlášce č. 55- kompetence zdravotnického personálu.“ Bude se zde jednat o změny v kategorizaci zdravotnického personálu.

Respondent 4

Vrchní sestra 2. interního oddělení, v oboru pracuje 14 let, v pozici vrchní sestry je 4 roky, má vysokoškolské vzdělání.

Sestry na jejím oddělení stanovují ošetřovatelské diagnózy podle předpřipraveného seznamu s nejčastějšími ošetřovatelskými diagnózami, mají tudíž i povědomí o tom, jaké ošetřovatelské diagnózy se u pacientů využívají nejvíce. Sestry na tomto oddělení pracují s materiály, které vypracovala staniční sestra ve spolupráci právě s vrchní sestrou. Mají urychlit práci s ošetřovatelskými diagnózami. Jsou v něm tříložkové ošetřovatelské diagnózy a ošetřovatelský plán. Sestra vybere vhodné možnosti pacientovi, o kterého pečuje a poté píše průběžné hodnocení dle pacientova aktuálního stavu. Ošetřovatelské diagnózy se mohou v průběhu pobytu pacienta na oddělení měnit, mohou být ukončovány atd. Vrchní sestra podotýká „*Musím říci, že nám zatím tento systém vyhovuje. Nyní má však nastat změna. Naše nemocnice se uchází o akreditaci, tudíž se mění a přizpůsobuje množství věcí. Mezi nimi i podoba ošetřovatelské dokumentace, která má být stejná pro všechna oddělení.*“

Vrchní sestra vyjádřila obavu nad tímto krokem, z důvodu větší časové náročnosti pro sestry.

Vrchní sestra uvádí, že s ošetřovatelskými diagnózami na své pozici nepracuje, avšak dodává, že provádí tzv. „ošetřovatelské vizity“, při kterých kontroluje práci sester s ošetřovatelskými diagnózami. S ošetřovatelskými diagnózami přichází do styku jen takto.

Školení na užívání ošetřovatelských diagnóz sestry nepodstupují, postup práce s plánem ošetřovatelské péče je jim objasněn při adaptačním procesu, který podstupuje každá nastupující sestra.

K dispozici mají množství ošetřovatelských standardů, které jsou zaměřené na ošetřovatelský proces, např. „Péče o kanylu.“

O používání ošetrovatelských diagnóz si vrchní sestra 2. interního oddělení myslí, že při aktuálním systému zdravotnictví, který se nedá srovnat se západními zeměmi, nejsou pro opravdu správné a svědomité používání ošetrovatelských diagnóz odpovídající podmínky. *„Ale zaznamenávání ošetrovatelského procesu a práce s ošetrovatelskými diagnózami je nezbytná pro přehled v práci a slouží jako dokument o pacientovi.“*

O mapě péče příliš informací neví, ví jen, že se používá v západních zemích. O používání v českých nemocnicích se domnívá, že je nereálné.

5. Diskuze

Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, jaké ošetrovatelské diagnózy stanovují sestry na standardním oddělení nejčastěji, zjistit cíle, kritéria a intervence u této diagnózy a zjistit specifika práce s ošetrovatelskými diagnózami z pozice vrchních sester konkrétního oddělení.

Zjišťovali jsme, jaké ošetrovatelské diagnózy sestry na standardních oddělení běžně stanovují. 31% respondentů uvedlo, že běžně stanovují ošetrovatelskou diagnózu „akutní bolest“, což je dle autorky Marečkové: „*ošetrovatelský problém člověka, který prožívá nepříjemnou bolest, jež má intenzitu od střední k prudké*“ (12). Dále respondenti ve 24% uvedli, že stanovují ošetrovatelskou diagnózu „riziko krvácení“, dále se objevuje ošetrovatelská diagnóza „chronická bolest“ (14%), „riziko pádu“ (13%) a „riziko infekce“ (9%), „porušená kožní integrita“ (5%) a „strach“ (4%). Zastoupení ošetrovatelských diagnóz odpovídá oddělením, na kterých byl výzkum prováděn.

Dále jsme v Grafu 2 zjistili, že sestry nevyužívají ošetrovatelské diagnózy „porušená religiozita“ (52%) a „duchovní nouze“ (23%). Obě tyto ošetrovatelské diagnózy patří do vývojově vyšších potřeb. Dle mého názoru není příčinou to, že sestry tyto diagnózy neznají, nebo nevědí jak si je vysvětlit, ale jak uvádí Plevovová (21), vývojově vyšší potřeby bývají obecně opomíjeny. Jak ale udává Marečková (12), člověk je bytost bio-psycho-spirito-sociální a je třeba brát v úvahu všechny jeho potřeby. Můj názor je ve shodě s literaturou.

Dále nás zajímalo, podle čeho sestry na standardním oddělení stanovují ošetrovatelské diagnózy (Graf 3). Sestry v 85% uvedly, že pracují se seznamem, kde mají sepsané nejpoužívanější ošetrovatelské diagnózy. Ovšem jak nám vrchní sestry příslušných oddělení řekly (R1, R2), nejedná se o seznam nejčastějších ošetrovatelských diagnóz jako takový, nýbrž o předpřipravený plán ošetrovatelské péče, kde jsou vypsány ošetrovatelské diagnózy, které se na oddělení vyskytují nejčastěji (viz kasuistiky). Tento způsob hodnotí jako přínosný, kvůli úspoře času. Marečková uvádí: „*Seznam ošetrovatelských diagnóz spadajících ke konkrétní situaci by měl plnit funkci pouze základního diagnostického*

souboru.“ (12). 15% sester dále uvedlo, že při stanovování ošetrovatelských diagnóz spoléhají na svůj vlastní úsudek. Já osobně považuji za ideální kombinaci obou možností.

Co považujeme za alarmující je, že 100% respondentů uvedlo, že ošetrovatelské diagnózy nejsou součástí překladové ani propouštěcí zprávy pacienta (Graf 4,5). To se jeví jako zvláštní, protože nejen dle autorek Marečková, Jarošová, mají být ošetrovatelské diagnózy dokumentované v propouštěcí a překladové zprávě (14), ale hlavně dle Vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci (31) „ *Informace o ukončení jednodenní nebo lůžkové péče (propouštěcí zpráva) obsahuje: hlavní diagnózu, vedlejší diagnózy*“. Nechá se tedy říci, že ošetrovatelské diagnózy by se měly vyskytovat ve všech krocích ošetrovatelského procesu. My jsme ale zjistili, že v tomto zařízení je práce s ošetrovatelskými diagnózami chybně uplatňována. Od respondentů v rozhovoru jsem získala informace, že nemocnice usiluje o akreditaci. Národní akreditační standardy pro nemocnice udávají mimo jiné i obsah částí zdravotnické dokumentace (20). Jak tedy osobně potvrdila Respondentka 3, pro získání akreditace je čeká mnoho změn.

Dále nás zajímalo jak si sestry sdělují ošetrovatelské diagnózy (Graf 6). Zjistily jsme, že pro kontinuitu práce si ošetrovatelské diagnózy sdělují při předávání služby (73%). Dále pak sestry čerpají informace z ošetrovatelské dokumentace (22%).

78 % sester uvedlo, že absolvovaly školení na používání ošetrovatelských diagnóz (Graf 7). Jak ale upřesnily Respondentky 1, 2, jednalo se o zaškolení do pracovního systému v rámci adaptačního procesu, které absolvuje každá sestra při nástupu na oddělení. Překvapivé ale je, že většina dotazovaných sester hodnotí zaškolení jako dostačující, jen 10% dotazovaných nebyla s úrovní zaškolení spokojena (Graf 8). Graf 9 udává, že z 10% respondentů, kteří nebyli spokojeni se školením, by cenily více praktických ukázek(67%) a větší efektivnost školení (33%). Nemocnice nezabezpečuje žádný kurz, nebo školení, které by se týkalo práce s ošetrovatelskými diagnózami. Sestry mají pouze možnost zúčastnit se seminářů s touto tematikou, které jsou pro akreditované sestry, upřesnila Respondentka 1.

Další zkoumanou oblastí tohoto výzkumu byla úroveň znalostí sester v oblasti práce s ošetrovatelskými diagnózami (Graf 10). 52% sester hodnotí své vědomosti pro práci

s ošetrovatelskými diagnózami jako dostačující, 29% sester si myslí, že jsou jejich znalosti nedostačující. Jak uvádí Staňková, dokonalá znalost a schopnost orientace v ošetrovatelském procesu je bezpodmínečně nutná ke stanovení správné ošetrovatelské diagnózy (23).

Další zkoumanou oblastí byl význam užívání ošetrovatelských diagnóz pro pacienta z pohledu sestry. (Graf 11). Z výzkumu vyplynulo, že význam pro pacienta sestry vidí v rychlejší orientaci (56%) a cílené péči (27%). Názor sester se shoduje s literaturou, Vlachová mimo jiné vidí výhody ošetrovatelských diagnóz v tom že napomáhají provádět komplexní péči o zdraví klienta, pomáhají zaměřením ošetrovatelských činností a tím ulehčují posudek ostatního zdravotnického personálu (27).

Graf 12A znázorňuje časovou náročnost práce sester s ošetrovatelskými diagnózami. 74% sester vidí práci s ošetrovatelskými diagnózami jako časově náročnou. Tento názor se neshoduje s literaturou, naopak Tóthová uvádí, že ošetrovatelské diagnózy přinášejí výhody pro sestry i pacienty (25). Jako časově nenáročnou ji hodnotí pouze 8% dotazovaných sester.

56% sester vidí důvody časové náročnosti práce s ošetrovatelskými diagnózami ve velkém množství informací, které musí zaznamenávat a 44% sester vidí důvody v dlouhém vypisování (Graf 12B). Oproti tomu Respondentka 1. udává že předvypracovaná šablona ošetrovatelské péče má sestrám ulehčit práci.

Otázkou ovšem zůstává, zda je předvypracovaná šablona ošetrovatelské péče opravdu ulehčením, zda jsou v ní zahrnuty všechny aspekty ošetrovatelské péče a zda je práce s ní pro sestru opravdu časově úsporná, ale co je nejdůležitější, zda dostatečně vypovídá o pacientově stavu, a to nejen zdravotním, ale i duševním.

Respondentka 2. se obává změn, které přijdou v budoucnu, kdy bude dokumentace jednotná pro všechna oddělení v nemocnici. Tato změna je očekávána s nedůvěrou, a to proto že se předpokládá, že práce s jednotnou dokumentací bude pro sestry časově ještě náročnější. Respondenty 1,3,4 neznají pojem „mapa péče“, neslyšely o něm. Pouze Respondenta 2 o mapě péče ví, že se používá se v zahraničí a mluví se o možnosti

používání i v českých nemocnicích, myslí si ale, že by přicházelo v úvahu používat jedinež zjednodušenou formu mapy péče

Dále nás zajímala nejčastější ošetrovatelská diagnóza na chirurgickém oddělení (Graf 13A). Zjistili jsme, že nejstanovovanější ošetrovatelskou diagnózou na chirurgickém oddělení je „porušená tkáňová integrita“ (44%), dále pak „akutní bolest“ (38%), a „riziko krvácení“ (10%), dále pak „riziko pádu“ (6%) a „riziko infekce“ (2%).

Z výzkumu vyplynulo, že hypotéza 1, nejčastější ošetrovatelskou diagnózou na chirurgickém oddělení je „bolest“, nebyla potvrzena.

Zkoumali jsme také nejčastější ošetrovatelskou diagnózu na interním oddělení (Graf 13B). Zjistili jsme, že nejstanovovanější ošetrovatelskou diagnózou na interním oddělení je „riziko pádu“ (57%), dále pak „riziko infekce“ (23%), „chronická bolest“ (14%) a „strach“ (6%).

Z výzkumu vyplynulo, že hypotéza 2, nejčastější ošetrovatelskou diagnózou na interním oddělení je „riziko infekce“, nebyla potvrzena. Tato diagnóza patří mezi používané, ovšem není nejstanovovanější.

Zajímalo nás, jaký cíl sestry stanovují k nejčastější ošetrovatelské diagnóze na chirurgickém oddělení, tj. „porušená tkáňová integrita“. Sestry v 83% uvedly, že jako cíl stanovují „zhojení defektu“, v 17% uvedli, že jako cíl stanovují „předcházení infekci“

Dále jsme zjišťovali kritéria u této ošetrovatelské diagnózy. Z analyzovaných dotazníků nebylo jasné, která kritéria se váží ke kterým cílům, z toho důvodu jsme vytvořili pouze výčet kritérií. V 52% sestry uvedly, že jako kritérium stanovují „sledování procesu hojení“, v 33% uvedli kritérium „provádění aseptických převazů“, a v 15% „včasné zachycení známek infekce“. Intervence a jejich procentuální zastoupení jsou totožná s kritérii a to z toho důvodu, že sestry v zařízení, kde byl výzkum prováděn, to tak v praxi používají a souvisí to s používáním předvypracovaných šablon ošetrovatelské péče. Z tohoto důvodu sestry také uváděly malé množství možností např. v otázce na kritéria, a to z důvodu, že odpovědi čerpaly z předvypracované šablony.

Zajímalo nás také, jaký cíl sestry stanovují k nejčastější ošetrovatelské diagnóze na interním oddělení, tj. „riziko pádu“. Sestry v 73% odpověděly, že jako cíl u této diagnózy stanovují „předejít pádu“, v 27% uvedly jako cíl „eliminovat faktory podílející se na vzniku pádu“. Dále nás také zajímala stanovovaná kritéria u této ošetrovatelské diagnózy. 45% respondentů uvedlo, že jako kritérium u ošetrovatelské diagnózy Riziko pádu stanovují „edukovat pacienta/klienta“, v 32% „zajistit zvýšený dohled nad pacientem/klientem“, a v 24% stanovují „zajistit signalizační zařízení pro pacienta/klienta.“ Intervence a jejich procentuální zastoupení jsou totožná s kritérii a to z toho důvodu, že sestry v zařízení, kde byl výzkum prováděn, to takto v praxi používají a souvisí to s používáním předvypracovaných šablon ošetrovatelské péče.

6. Závěr

Ošetrovatelská diagnóza je konečný úsudek, který sestra provedla po pečlivém a systematickém sřádání informací o pacientovi. Ošetrovatelská diagnóza nepopisuje pouze současné problémy, ale i problémy, které by mohly nastat a je možné je očekávat. Je tedy velmi důležité, aby sestry měly dostatek vědomostí a schopností, aby uměly s ošetrovatelskými diagnózami pracovat.

V této bakalářské práci jsme se zabývali problematikou ošetrovatelských diagnóz v současné praxi. Jelikož jsou ošetrovatelské diagnózy a práce s nimi důležitou oblastí ošetrovatelského procesu, je na místě vědět, jak sestry s ošetrovatelskými diagnózami pracují a které ošetrovatelské diagnózy jsou nejčastější.

Byly splněny cíle práce:

Cíl č. 1: Zjistit, která ošetrovatelská diagnóza je stanovována sestrami na standardním oddělení nejčastěji.

Cíl č. 2: Zjistit specifika práce s ošetrovatelskými diagnózami z pozice vrchních sester konkrétního oddělení.

K dosažení cíle jsme před zahájením výzkumného šetření stanovili dvě hypotézy:

Hypotéza č. 1: Nejčastější ošetrovatelskou diagnózou na chirurgickém oddělení je „bolest.“

Hypotéza č. 2: Nejčastější ošetrovatelskou diagnózou na interním oddělení je „riziko infekce.“ Ani jedna z hypotéz nebyla potvrzena.

Výsledky této práce budou sloužit managementu nemocnice a poukáží na práci sester s ošetrovatelskými diagnózami a spokojenost sester s ošetrovatelskými diagnózami. Výsledky práce chceme taktěž co nejvíce přiblížit odborné ošetrovatelské veřejnosti a budeme je publikovat v odborných člancích.

7. Seznam použitých zdrojů

1. FENDRYCHOVÁ, J., ZOUHAROVÁ, A. Nové ošetrovatelské diagnózy. *Sestra* . Praha: 2001. roč. 11, č. 11, s. 19-20. ISSN 1210-0404.
2. GORDON, M. *Manual of nursing diagnosis*. 12th edition. Sudbury: Jones and Bartlett, 2010. ISBN 978-0-7637-7185-0.
3. GURKOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J., A KOL. *Vybrané ošetrovatelské diagnózy v klinickej praxi*. 1. vyd. Martin: Osvěta, 2009. ISBN 978-80-8063-308-0.
4. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV, 2000. ISBN 80-85866-55-2.
5. KOLEKTIV AUTORŮ. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0278-9.
6. KOZIEROVÁ, B. A KOL. *Ošetrovatel'stvo 1*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
7. KUDLOVÁ, P., KLEISL, P. *Překlad ošetrovatelských diagnóz Nanda International z originálního textu. Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve a v porodnej asistenci*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-88866-61-9.
8. LYND, J.C. *Handbook of nursing diagnosis*. 9. edition. Philadelphia: Lippincott, 2002. ISBN 0-7817-3366-9.

9. MAREČKOVÁ, J. *Aliance NNN a problémy ošetrovateľskej diagnostiky*. 1. vyd. Nitra: 2005. ISBN 80-8050-886-0.
10. MAREČKOVÁ, J. *NANDA- International diagnostika v ošetrovateľskom procese, NIC a NOC klasifikace*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, ZSF, 2006. ISBN 80-7368-109-9.
11. MAREČKOVÁ, J. *Názvy ošetrovateľských diagnóz NANDA s kódy. Ošetrovateľství : teorie a praxe moderního ošetrovateľství*. Praha:2004. roč. 6, č. 3-4, s. 64-70. ISSN 1212-723X.
12. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovateľské diagnózy v Nanda doménach*. 1. vyd. Praha: Grada. 2006. ISBN 80-247-1399-3.
13. MAREČKOVÁ, J. *Zevrubné a dílčí terminologické projekty v ošetrovateľství, Ošetrovateľství 21. storočia v procese zmien*. Nitra: 2005 ISBN 80-8050-886-0.
14. MAREČKOVÁ, J., JAROŠOVÁ, D. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovateľského procesu*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, ZSF, 2002. ISBN 80-7368-058-0.
15. MAREČKOVÁ, J., PŘIKRYLOVÁ, L. *Standardní terminologie a klasifikační systémy v ošetrovateľství*. *Sestra*. Praha: 2001. roč. 11, č. 7/8, s. 8-10. ISSN 1210-0404.
16. MAREČKOVÁ, J., PŘIKRYLOVÁ, L. *NANDA klasifikace*. *Sestra*. Praha:2005. roč. 15, č. 2, s. 8-9. ISSN 1210-0404.

17. MÁDLOVÁ, I., ZVONÍČKOVÁ, M. Formulování ošetrovatelských diagnóz a používání klasifikace NANDA jako praktický problém. *Sestra*. Praha:2001. roč. 11, č. 7/8, s. 25-27. ISSN 1210-0404.
18. MARTIN, K.S. *The Omaha System- A Key to Practice Docementation and information Management*. 2. edition. Sant Louis: Elsevier, 2005. ISBN 978-0-7216-0130-4.
19. NANDA INTERNATIONAL. *Ošetrovatelské diagnózy definice a klasifikace 2009-2011.1.vyd.* Praha:Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3423-1.
20. Národní akreditační standardy pro nemocnice. [online]. [cit. 2012-08-07]. Dostupné z: <<http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>>.
21. OTÁSKOVÁ, J. *Praktické využití ošetrovatelských diagnóz v nanda doménách*. 1. vyd. Nemocnice České Budějovice, 2007. ISBN 978-80-239-9072-0.
22. PLEVOVOVÁ, I., A KOL. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
23. POKOJOVÁ, R. Dokumentace v systémech kvality. *Sestra*. Praha: 2010. roč. 20, č. 10, s. 31-32. ISSN 1210-0404.
24. STAŇKOVÁ, M. *Jak provádět ošetrovatelský proces, České ošetrovatelství 4 praktická příručka pro sestry*. 1. vyd. Brno:Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. ISBN 80-7013-283-3.
25. ŠČEPOŇCOVÁ, S. NANDA taxonomie II. *Sestra*. Praha: 2009. roč. 19, č. 11, s. 20-21. ISSN 1210-0404.

26. TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho klasifikace* 1.vyd. Praha: Triton 2009. ISBN 978-80-7387-286-1.
27. URDEN,P.L. , STACY K.M., LOUGH M.E., *Critical care nursing, Diagnosis and management*, 6 edition: Mosby Elsewier. ISBN 978-0-323-057-48-6.
28. VLACHOVÁ, B.,HNILIČKOVÁ, M. Ošetrovatelské diagnózy v praxi. *Sestra*.Praha: 2009. roč. 19, č. 9, s. 46-47. ISSN 1210-0404.
29. VÖRÖSOVÁ, G. A KOL. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovatel'stve*. 1. Vyd. Martin: Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-242-7.
30. VÖRÖSOVÁ, G, BOLEDOVIČOVÁ, M. Vývoj sesterského diagnostikování. *Sestra*. Praha: 2005. roč. 15, č. 12, s. 12. ISSN 1210-0404.
31. Vyhláška č. 98/2012Sb. , o zdravotnícké dokumentaci. [online]. [cit. 2012-08-07]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlaska-c98/2012-sb-o-zdravotnicke-dokumentaci_6087_2439_11.html>.
32. ZELENÍKOVÁ,R., ŽIAKOVÁ, K. *Prehľad modelov validizácie ošetrovatelských diagnóz*. Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve a v porodnej asistenci. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-88866-61-9.

8. Klíčová slova

Ošetrovatelská diagnóza

Sestra

Chirurgické oddělení

Interní oddělení

Ošetrovatelský proces

9. Přílohy

Příloha č. 1- Dotazník

Příloha č. 2- Polostrukturovaný rozhovor

Příloha č. 1- Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Míková a studuji 3. ročník oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Téma mé bakalářské práce, kterou právě vypracovávám, je **Ošetrovatelské diagnózy v současné praxi**. Tento dotazník je od ostatních dotazníků odlišný, poprosím Vás o trpělivost.

Také Vás prosím o práci s ošetrovatelskou dokumentací, zakroužkování, nebo vypsání. Pokud není napsáno jinak, zakroužkujte jen jednu odpověď. Součástí dotazníku je seznam ošetrovatelských diagnóz s kódy, se kterým budete také pracovat. Dotazník je dobrovolný a zcela anonymní a data z něho získaná budou využita jen ke zpracování mé bakalářské práce. Výsledky Vám ráda poskytnu.

Děkuji za Váš čas a spolupráci

Lucie Míková

P/K- pacient/klient

Pracujete nyní prosím s ošetrovatelskou dokumentací pacientů, o které dnes pečujete. Děkuji

1. Můžete prosím vypsát ošetrovatelské diagnózy, se kterými jste dnes u přidělených pacientů pracovala?

Vypište:

2. Kterou ošetrovatelskou diagnózu jste nikdy u P/K nepoužila? použijte seznam ošetrovatelských diagnóz, který je součástí tohoto dotazníku

Vypište:

3. Jak stanovujete u P/K ošetrovatelskou diagnózu?

- a) dle příručky, která je na oddělení dostupná
- b) dle mého uvážení
- c) dle sepsaného seznamu nejčastějších oš. diagnóz
- d) jiné.....

4. Pokud překládáte P/K na jiné oddělení ve Vaší nemocnici, jsou ošetrovatelské diagnózy součástí překládové zprávy P/K?

- a) ano
- b) spíše ano

- c)nevím
- d)spíše ne
- e)ne

5. Dáváte ošetrovatelské diagnózy do propouštěcí zprávy P/K?

- a)ano
- b)spíše ano
- c)nevím
- d)spíše ne
- e)ne

6 .Jak a kdy si sestry sdělují ošetrovatelské diagnózy?

Vypište:.....

7 .Měl(a) jste školení na používání ošetrovatelských diagnóz?

- a)ano
- b)spíše ano
- c)nevím
- d)spíše ne
- e)ne

8. Pokud jste odpověděla v předchozí otázce kladně, hodnotila byste školení jako dostačující?

- a)ano
- b)spíše ano
- c)nevím
- d)spíše ne
- e)ne

9.Pokud se vám zdálo nedostačující, můžete napsat, co byste změnila ?

Vypište:.....

10. Myslíte si, že máte dostatek znalostí pro práci s ošetrovatelskými diagnózami?

- a)ano
- b)spíše ano
- c)nevím
- d)spíše ne
- e)ne

11.Prosím, můžete určit význam užívání ošetrovatelských diagnóz pro pacienta?

Významy:.....

12.Je pro Vás používání ošetrovatelských diagnóz časově náročné? Pokud ano, proč?

- a)ano
- b)spíše ano
- c)nevím
- d)spíše ne
- e)ne

Proč.....

13. Nyní prosím pracujte se seznamem ošetrovatelských diagnóz, který najdete na dalším listě.

Kolikrát je daná oš. diagnóza stanovená u pacientů, se kterými dnes pracujete? Napište prosím číslo.

Ošetrovatelské diagnózy s kódy

00001 nadměrná výživa
00002 nedostatečná výživa
00003 riziko nadměrná výživy
00004 riziko infekce
00005 riziko nerovnováhy tělesné teploty
00006 hypotermie
00007 hypertermie
00008 neefektivní termoregulace
00009 autonomní dysreflexie
00010 riziko autonomní dysreflexie
00011 zácpa
00012 habituální zácpa
00013 průjem
00014 inkontinence stolice
00015 riziko zácpy
00016 porušené vyprazdňování moči
00017 stresová inkontinence moči
00018 reflexní inkontinence moči
00019 urgentní inkontinence moči
00020 funkční inkontinence moči
00021 úplná inkontinence moči
00022 riziko urgentní inkontinence moči
00023 retence moči
00024 neefektivní tkáňová perfuze (typ: renální, cerebrální, kardiopulmonální, gastrointestinální, periferní)
00025 riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin
00026 zvýšený objem tělesných tekutin
00027 deficit tělesných tekutin
00028 riziko deficitu tělesných tekutin
00029 snížený srdeční výdej
00030 přerušovaná výměna plynů
00031 neefektivní průchodnost dýchacích cest
00032 neefektivní dýchání

00033 oslabené dýchání
00034 dysfunkční odpojování umělé plyní ventilace
00035 riziko poškození
00036 riziko udušení
00037 riziko intoxikace
00038 riziko traumatu
00039 riziko aspirace
00040 riziko imbolizačního syndromu
00041 alergická reakce na latex
00042 riziko alergické reakce na latex
00043 neefektivní odolnost
00044 porušená tkáňová integrita
00045 poškozená ústní sliznice
00046 porušená kožní integrita
00047 riziko porušení kožní integrity
00048 poškozená dentice
00049 snížená nitrolební adaptivní kapacita
00050 porušená energie
00051 zhoršená verbální komunikace
00052 poškozená sociální interakce
00053 sociální izolace
00054 riziko osamělosti
00055 neefektivní plnění role
00056 zhoršená rodičovská role
00057 riziko zhoršení rodičovské role
00058 riziko oslabení vazby rodičů a dítěte
00059 sexuální dysfunkce
00060 přerušovaný život rodiny
00061 přetížení pečovatele
00062 riziko přetížení pečovatele
00063 dysfunkční život rodiny s alkoholismem
00064 konflikt rodičovské role
00065 neefektivní sexuální život
00066 duchovní nouze
00067 riziko duchovní nouze
00068 ochota ke zlepšení duchovní pohody
00069 neefektivní zvládání zátěže
00070 oslabené přizpůsobení
00071 defenzivní zvládání zátěže
00072 neefektivní popírání

00074 ohrožující zvládnání zátěže rodinou
00075 ochota blízké osoby lépe zvládnout zátěž
00076 ochota komunity zlepšit zvládnání zátěže
00077 neefektivní zvládnání situace v komunitě
00078 neefektivní léčebný režim
00079 nedodržení (specifikovat)
00080 neefektivní léčebný režim rodiny
00081 neefektivní léčebný režim komunity
00082 neefektivní léčebný režim
00083 konflikt v rozhodování (specifikovat)
00084 hledání zdravého životního stylu (specifikovat)
00085 zhoršená pohyblivost
00086 riziko periferní neurovaskulární dysfunkce
00087 riziko perioperačního poškození
00088 porešená chůze
00089 zhoršené ovládnání pojízdného vozíku
00090 zhoršená schopnost se přemístit
00091 zhoršená pohyblivost na lůžku
00092 intolerance aktivity
00093 únava
00094 riziko intolerance aktivity
00095 porušený spánek
00096 spánková deprivace
00097 nedostatek zajímavých aktivit
00098 zhoršené udržování domácnosti
00099 neefektivní podpora zdraví
00100 opožděné pooperační zotavení
00101 neprospívání dospělé osoby
00102 deficit sebeděče při jídle
00103 porušené polykání
00104 neefektivní kojení
00105 porušené kojení
00106 efektivní kojení
00107 neefektivní krmení kojence
00108 deficit sebeděče při koupání a hygieně
00109 deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku
00110 deficit sebeděče při vyprazdňování
00111 opožděný růst a vývoj
00112 riziko opožděného vývoje
00113 riziko nesouměrného růstu

00114 stresový syndrom po přemístění
00115 riziko narušeného chování dítěte
00116 narušené chování dítěte
00117 možné zlepšení chování dítěte
00118 porušený obraz těla
00119 chronicky nízká sebeúcta
00120 situačně snížená sebeúcta
00121 porušená osobní identita
00122 porucha smyslového vnímání (specifikovat: zraku, sluchu, kynestezie, chuti, doteku, čichu)
00123 opomíjení jedné strany těla
00124 beznaděj
00125 bezmocnost
00126 deficitní znalost (specifikovat)
00127 porušená interpretace okolí
00128 akutní zmatenost
00129 chronická zmatenost
00130 porušené myšlení
00131 poškozená paměť
00132 akutní bolest
00133 chronická bolest
00134 nauzea
00135 dysfunkční smutek
00136 anticipační smutek
00137 chronický zármutek
00138 riziko násilí vůči jiným
00139 riziko sebepoškození
00140 riziko násilí vůči sobě
00141 posttraumatický syndrom
00142 traumatický syndrom po znásilnění
00143 snížená reakce traumatického syndromu po znásilnění
00144 tichá reakce traumatického syndromu po znásilnění
00145 riziko posttraumatického syndromu
00146 úzkost
00147 úzkost ze smrti
00148 strach
00149 riziko stresového syndromu po přemístění
00150 riziko sebevraždy
00151 sebepoškození
00152 riziko bezmocnosti

00153 riziko situačně snížené sebeúcty
00154 potulka
00155 riziko pádů
00156 riziko syndromu náhlého úmrtí kojence
00157 ochota ke zlepšení komunikace
00158 ochota zlepšit zvládání zátěže
00159 ochota ke zlepšení funkce rodiny
00160 ochota ke zlepšení bilance tekutin
00161 ochota doplnit deficitní vědomosti
00162 ochota ke zlepšení léčebného režimu
00163 ochota ke zlepšení výživy
00164 ochota ke zlepšení rodičovské role
00165 ochota ke zlepšení spánku
00166 ochota ke zlepšení vyprazdňování moči
00167 ochota zlepšit sebepojetí
00168 sedavý životní styl
00169 porušená religiozita
00170 riziko porušení religiozity
00171 ochota ke zlepšení religiozity
00172 riziko dysfunkčního smutku

16. U diagnózy, kterou jste zvolil(a) jako nepoužívanější(má nejvyšší číslo) určete, prosím:

Cíl:

Kritéria:

Intervence:

Mnohokrát Vám děkuji za Váš čas a spolupráci
Lucie Míková

Příloha č. 2- Polostrukturovaný rozhovor

Dobrý den, položím Vám několik otázek, které se týkají používání ošetřovatelských diagnóz sestrami. Odpovědi si s vaším dovolením budu zaznamenávat do bloku.. Rozhovor je anonymní.

Děkuji Vám za Váš čas.

Lucie Míková

1. Podle čeho sestry na Vašem oddělení určují ošetřovatelské diagnózy?
2. Jakým způsobem sestry na Vašem oddělení pracují s ošetřovatelskými diagnózami?
3. Mají (měly) sestry na Vašem oddělení nějaké školení, kde se učí pracovat s ošetřovatelskými diagnózami?
4. Pokud ano, jaké?
5. Jak často školení probíhá?
6. Mají sestry na Vašem oddělení přehled o tom, jaké jsou nejpoužívanější ošetřovatelské diagnózy na Vašem oddělení?
7. Pokud ne, myslíte si, že by byl seznam využitelný?
8. Víte, jaké oš. diagnózy jsou nejvyužívanější na Vašem oddělení?
9. Máte ošetřovatelské standardy zaměřené na oš. proces?
10. Jaké standardy to jsou konkrétně, prosím?
11. Vy konkrétně pracujete s ošetřovatelskými diagnózami?
12. Pokud ano, jak?
13. Vidíte nějaké klady a zápory v používání oš. diagnóz?
14. Slyšela jste někdy pojem „mapa péče“ ?

15. Pokud ano, můžete prosím říci co o mapě péče víte?

Děkuji za spolupráci, Lucie Míková