

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2012**

**Jana Bísková**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

**Jana Bísková**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**VYUŽÍVÁNÍ TAXONOMIE NANDA II V KLINICKÉ PRAXI**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Zlata Kožíšková

PLZEŇ 2012



Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 26. 3. 2012.

.....

vlastnoruční podpis

## Poděkování

Velmi děkuji své vedoucí paní Mgr. Zlatě Kožíškové za odborné vedení bakalářské práce a poskytování velmi cenných rad i podkladů. Mé poděkování patří i respondentům, kteří se účastnili dotazníkového šetření.

## ANOTACE

Příjmení a jméno:	Jana Bísková
Katedra:	Ošetrovatelství a porodní asistence
Název práce:	Využívání taxonomie NANDA II v klinické praxi
Vedoucí práce:	Mgr. Zlata Kožíšková
Počet stran:	52 číslované, 18 nečíslované
Počet příloh:	3
Počet titulů použité literatury:	23
Klíčová slova:	Taxonomie, NANDA, ošetrovatelská diagnóza, ošetrovatelský proces, lidské potřeby

## Souhrn

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku spojenou s klasifikačním systémem ošetrovatelských diagnóz podle taxonomie NANDA II. Teoretická část popisuje ošetrovatelský proces či tvorbu ošetrovatelských diagnóz. Ale také lidské potřeby ve vztahu k ošetrovatelské péči a samozřejmě i vývoj a problematiku klasifikačního systému taxonomie NANDA II. Praktická část je zaměřena na postoj sester k využívání této taxonomie v klinické praxi, znalosti sester o taxonomii NANDA II a postoj sester k tvorbě ošetrovatelských diagnóz.

## ANNOTATION

Surname and name: Jana Bísková

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: NANDA II taxonomie use in clinical practice

Consultant: Mgr. Zlata Kožíšková

Number of pages: 52 with pagination, 18 without pagination

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 23

Key words: taxonomy, NANDA, nursing diagnosis, care process,  
human needs

### Summary:

This bachelor thesis is focused on the problems connected to the classification system of the nursing diagnosis based on the NANDA II taxonomy. Theoretical part contains care process and development of the nursing diagnosis, human needs in the relation to the nursing care and also the development and problems of the taxonomy system NANDA II. Practical part is aimed on the nurses attitude to the usage of this taxonomy in the clinical practice, on familiarity of nurses with the NANDA II taxonomy and on the attitude of nurses to the development of the nursing diagnosis.

## Obsah

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 PROFESE VŠEOBECNÉ SESTRY.....	11
1.1 Vzdělání všeobecné sestry.....	11
1.2 Profesní organizace všeobecných sester.....	12
2 POTŘEBY NEMOCNÉHO KLIENTA.....	13
2.1 Holistický pohled na člověka.....	13
2.2 Základní dělení lidských potřeb.....	13
2.2.1 Maslowova hierarchie potřeb.....	14
2.3 Uspokojování potřeb ve zdraví a nemoci.....	14
2.4 Dopad neuspokojených potřeb.....	16
2.5 Lidské potřeby v nemoci.....	16
3 ORGANIZAČNÍ METODY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	17
3.1 Formy péče.....	17
3.2 Základní metody poskytování ošetrovatelské péče.....	17
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	19
4.1 Význam ošetrovatelského procesu v práci všeobecné sestry.....	19
4.2 Historie.....	19
4.3 Kroky ošetrovatelského procesu.....	20
4.3.1 Posuzování.....	20
4.3.2 Ošetrovatelská diagnóza.....	20
4.3.3 Plánování.....	21
4.3.4 Realizace.....	21
4.3.5 Vyhodnocení.....	22
5 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA.....	24
5.1 Fáze ošetrovatelské diagnostiky.....	24
5.2 Formulace ošetrovatelských diagnóz.....	25
5.3 Typy ošetrovatelských diagnóz.....	25
5.4 Klasifikační systémy ošetrovatelských diagnóz.....	26
6 SEVEROAMERICKÁ ASOCIACE SESTER PRO OŠETŘOVATELSKOU DIAGNOSTIKU.....	28
6.1 Vývoj NANDA International.....	28
6.2 NANDA Taxonomie I.....	29
6.3 NANDA Taxonomie II.....	29
6.3.1 Taxonomie NANDA II v Čechách.....	30
6.4 Vzorce zdraví dle Marjory Gordonové.....	31



6.5 Diagnostické domény taxonomie NANDA II .....	32
PRAKTICKÁ ČÁST .....	33
7 FORMULACE PROBLÉMU .....	33
7.1 Formulace hypotéz.....	33
8 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU .....	34
9 VZOREK RESPONDENTŮ .....	34
10 METODY VÝZKUMU .....	34
11 ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ .....	35
12 DISKUZE .....	56
ZÁVĚR.....	60
LITERATURA A PRAMENY.....	61
SEZNAM PŘÍLOH .....	64
13 PŘÍLOHA .....	65

## ÚVOD

Cílem této bakalářské práce je seznámit čtenáře s problematikou využívání taxonomie NANDA II v klinické praxi. V dnešní době se mimo jiné klade důraz na moderní a vysoce specializovanou péči o nemocné. Na odborné péči o nemocné klienty se mimo lékaře a ostatní členy zdravotnického týmu podílejí především všeobecné sestry svojí ošetrovatelskou péčí.

Rozvoj ošetrovatelství jako samostatného vědního oboru přinesl nové kompetence všeobecným sestřím. Úkolem každé sestry je naplňovat neuspokojené potřeby klienta. Pro usnadnění odhalování a následné uspokojení deficitních potřeb vznikl ošetrovatelský proces. Dnes již existují diagnostické metody pro sestry, s jejíž pomocí lze snáze a rychleji odhalit určitý klientův problém, přispívající k jeho rychlému řešení, které často pomůže zlepšit celkový zdravotní stav klienta. Po odhalení určitého problému je také důležité jej správně pojmenovat. Nejlepším pojmenováním problému je vytvoření ošetrovatelské diagnózy. K tomu, aby bylo pojmenování ošetrovatelské diagnózy jednotné, vznikla taxonomie NANDA. Zde je možné najít pojmenování pro ošetrovatelský problém, název ošetrovatelské diagnózy.

Při začleňování taxonomie NANDA II do klinické praxe jsou důležité znalosti všeobecných sester o tomto klasifikačním systému. Dále je také dobré znát jejich postoj k tvorbě ošetrovatelských diagnóz. Jestliže tyto diagnózy umějí sestry dobře využívat a znalosti o taxonomii NANDA II jsou kvalitní, pomůže tento klasifikační systém mnohým všeobecným sestřím usnadnit i zkvalitnit jejich práci. Předpokladem je však vstřícný postoj k novým metodám a schopnost přizpůsobit se. V této době je klasifikační systém ošetrovatelských diagnóz podle taxonomie NANDA II stále v procesu začleňování.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 PROFESE VŠEOBECNÉ SESTRY

Profese je charakterizovaná jako práce, kterou daný člověk vykonává pravidelně, dlouhodobě a má pro ni potřebnou kvalifikaci. Při přípravě k dané profesi dochází také k určitému procesu socializace, kdy daný člověk přijímá sociální a postojoyé aspekty dané profese. Profese se mimo jiné vyznačuje také tím, že má svoji profesní organizaci, která hájí její zájmy a práva. (Kozierová, 1995)

Všeobecná sestra je nelékařský zdravotnický pracovník, který je způsobilý k výkonu povolání bez odborného zdravotnického dohledu po získání odborné způsobilosti. Jestliže tuto odbornou způsobilost získá muž, má právo užívat označení odborné způsobilosti všeobecný ošetřovatel. Všeobecná sestra, všeobecný ošetřovatel při výkonu své profese poskytuje ošetřovatelskou péči prostřednictvím ošetřovatelského procesu, spolupracuje s lékařem, kdy se podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, terapeutické, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péči. (Zákon č. 96/2004 Sb.)

### 1.1 Vzdělání všeobecné sestry

V současné době je vzdělání pro všeobecnou sestru velmi důležité, protože tato profese vyžaduje vysoké znalosti a kvalitní dovednosti. Profese všeobecné sestry je dle Evropské unie (dále jen EU) zařazena do regulovaných profesí s automatickým uznáním v rámci EU, proto se vzdělávání všeobecných sester řídí jejími směrnici.

První škola na našem území, vznikla roku 1874. Nazývala se První česká ošetřovatelská škola, která však v roce 1881 zanikla. Další česká škola vznikla v roce 1916 a její absolventky již nosily titul diplomovaná sestra. Od roku 1948 vznikaly střední zdravotnické školy se studijním oborem všeobecná sestra, ukončené maturitní zkouškou, a tento koncept se s drobnými změnami zachoval až do roku 2004. Od tohoto roku nese studijní obor na středních zdravotnických školách název zdravotnický asistent a umožňuje vykonávat absolventům práci zdravotnického pracovníka jen pod odborným dohledem. (Kutnohorská, 2010)

V současné době, tedy od roku 2004, lze získat titul všeobecná sestra, všeobecný ošetřovatel výhradně na vyšších zdravotnických školách nebo na vysoké škole. Vyšší odborné školy vznikají od roku 1996 se studijním oborem diplomovaná všeobecná sestra.

Studium na této škole je tříleté, zaměřené na teoretickou a především praktickou přípravu. Po dokončení studia získá absolvent titul diplomovaný specialista. Na vysoké škole lze studovat od 20. let 20. století bakalářský obor všeobecná sestra. Výuka je zaměřena především na ošetrovatelství a teoretické poznatky. Po ukončení bakalářského studia lze navázat studium v magisterském programu ošetrovatelství, které je již zaměřeno na určité specializace. Oba tyto obory jsou ukončeny státními závěrečnými zkouškami. Po získání magisterského titulu je dále možnost pokračovat v doktorandském studiu. (Kutnohorská, 2010)

## 1.2 Profesionální organizace všeobecných sester

Ve světě existuje mnoho sesterských organizací, jež jsou zakládány sestrami, které chtějí ukázat svoji příslušnost k profesi. Profesionální organizace mohou být zakládány jako státní i mezistátní organizace. „*Profesionální organizace je organizace praktiků, v níž jeden druhého pokládá za profesionálně kompetentního a jejíž členové týmově řeší společenské úkoly, které by nemohli provádět jako jednotlivci.*“ (Kozierová, 1995, s. 17).

Mezi nejznámější světové organizace sester patří Americké sdružení sester, založené roku 1896. V současnosti je organizace rozšířena v 50 státech Spojených států amerických a jejím úkolem je především zajistit co nejvyšší úroveň vzdělání a tím i úroveň poskytované péče. Obdobná organizace vznikla také v Kanadě jako Kanadské sdružení sester (Canadian Nurses' Association, dále jen ACA). Členky těchto dvou organizací založily roku 1899 Mezinárodní radu sester (International Council of Nurses, dále jen ICN). Jejím cílem je neustálý rozvoj ošetrovatelství, podporování národních profesních organizací a napomáhání v řešení problémů. (Kozierová, 1995)

Jednou z prvních profesních organizací v našich zemích byl Spolek diplomovaných sester (dále jen SDS), jehož cílem byl rozvoj vzdělávání u nás. SDS byl členem ICN, avšak členství zaniklo rokem 1948, kdy SDS zanikl. V roce 1968 vznikla Společnost československých sester (dále jen ČSS), která však byla součástí Československé lékařské společnosti. V roce 1991 vznikla Česká asociace sester (dále jen ČAS), která je stále aktivní. ČAS spolupracuje se zahraničními organizacemi sester. Její tuzemské aktivity spočívají v neustálém rozvoji ošetrovatelství, publikační činnosti a ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví a Lékařskou komorou. (Kutnohorská, 2010)

## 2 POTŘEBY NEMOCNÉHO KLIENTA

Uspokojování lidských potřeb je základním cílem ošetrovatelské péče. Každý člověk má své potřeby a je nutné je uspokojovat. Právě uspokojování potřeb velmi souvisí s kvalitou života. Naplněné potřeby vedou k rovnováze organismu. Potřeby je možné definovat jako: „*Stav organismu, který je charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo spirituální.*“ (Šamánková, 2006, s. 53)

Pokud má člověk potřeby neuspokojené, odrazí se vše na psychice člověka. Potřeby nejsou stálé, ale neustále se mění a to nejen v souvislosti s vývojem a zralostí jedince. Při uspokojování svých potřeb postupuje každý člověk svým způsobem a to jak žádoucím, tak nežádoucím. Uspokojování potřeb musí být komplexní. Tedy musejí být uspokojeny všechny potřeby člověka. K tomu, aby byly veškeré potřeby odhaleny a následně uspokojeny pomáhá holistický pohled na člověka. (Trachtová, 2006)

### 2.1 Holistický pohled na člověka

Holismus je filozofický směr celistvosti, neboli je zaměřený na poměr celku k jednotlivým částem. Poprvé pojem holismus zveřejnil v roce 1926 jihoafričan J. Ch. Smuts ve své knize Holismus a evoluce. Tato filozofie říká, že vztah mezi částí a celkem je ovlivnitelná, což znamená, že změna jakékoliv části vyvolá změnu v celku. (Pavlíková, 2006)

V ošetrovatelské praxi se tato filozofie vykládá tak, že člověk jako celek je bytost bio-psycho-sociální a spirituální. Nelze tedy posuzovat jen jednu z těchto částí, ale vždy všechny tyto složky komplexně. Znamená to, že porucha v jedné z těchto částí se projeví ve všech oblastech lidského organismu. Důležité je pamatovat nejen na nemoc, která jistě ovlivňuje potřeby každého člověka, ale také na interakci mezi člověkem a vnějším okolím. (Boroňová, 2010)

### 2.2 Základní dělení lidských potřeb

Lidské potřeby mohou být nejrůznější, proto jejich dělení může být také podle nejrůznějších kritérií. Nejzákladnější dělení, které je známé, je dělení podle významu pro život a to na potřeby primární a sekundární. Primární potřeby jsou ty, které jsou nezbytné pro každodenní bytí člověka, tedy biologické. Sem patří potřeba příjmu potravy a tekutin,

vylučování, spánku a odpočinku, aktivity, sexuální potřeby a v neposlední řadě také potřeba být bez bolesti či cítit se v bezpečí. Oproti tomu potřeby sekundární obohacují život člověka. Při uspokojování těchto potřeb si každý vytváří určitou hodnotovou hierarchii. Ta je u každého zcela individuální a je nutné ji akceptovat. Dále je možné potřeby dělit podle jejich obsahu. Zde se jedná zejména o potřeby fyziologické, psychické, sociální a spirituální. Mimo toto dělení lze potřeby řadit do nejrůznějších hodnotových hierarchií. (Šamánková, 2006)

### **2.2.1 Maslowova hierarchie potřeb**

Abraham Maslow, který hierarchii potřeb uvedl v roce 1943 do podvědomí mnoha lidí, byl americký psycholog a zakladatel humanistické psychologie. Hierarchie vychází z Maslowovi teorie motivace. Každý člověk je motivován hierarchicky uspořádanými základními potřebami, které jsou vždy seřazeny podle naléhavosti. Potřeby jsou uspořádány tak, že spodní část tvoří ty nižší a vrchní ty vyšší. Aby mohly být uspokojeny vyšší potřeby, musejí být nejdříve naplněny potřeby nižší. Maslowova hierarchie (viz příloha č. 1) je uspořádána do pyramidy, kdy spodní část pyramidy obsahuje potřeby nižší, kam patří potřeby fyziologické, například potřeba spánku, výživy, vylučování nebo potřeba čistoty. Druhá nižší potřeba je potřeba jistoty a bezpečí, kdy se člověk snaží vyhnout ohrožení, potřebuje důvěru, nemít strach či být ekonomicky zajištěn. Tyto potřeby jsou důležité pro přežití člověka a každý se snaží tyto potřeby uspokojovat dříve, než dojde k jejich nedostatku. Mezi vyšší potřeby Maslow řadí potřeby sounáležitosti a lásky, neboli potřeby afiliační, potřeby náklonnosti a sociální integrace. Dále směrem k vrcholu pyramidy jsou umístěny potřeby uznání a sebeúcty. Zde se jedná zejména o potřebu důvěry, být nezávislý, respektovaný a mít určitý sociální status ve skupině. Dalšími potřebami jsou potřeby kognitivní a dále potřeby estetické. Mezi tyto patří například potřeby vědět a poznávat a do estetických potřeb patří například potřeba krásy. Vrcholem Maslowovy pyramidy potřeb je potřeba seberealizace. Zde má člověk hlavně potřebu realizace svých schopností. Uspokojení nižších a vyšších potřeb na sebe úzce navazuje. Uspokojené potřeby vedou ke spokojenosti člověka. Uspokojování potřeb bývá ohroženo zejména při nemoci, osamocení nebo při ztrátě jistoty. (Trachtová, 2006)

### **2.3 Uspokojování potřeb ve zdraví a nemoci**

Pro naplnění všech potřeb jedince je velmi důležitá motivace. Ta aktivizuje člověka, který se poté snaží uspokojit svoji potřebu do té doby, dokud není daná potřeba uspokojena. Žádoucí je, aby jak intenzita potřeby tak i její uspokojení bylo v souladu. To

platí pro zdravého i nemocného člověka. Uspokojování potřeb probíhá v určitém procesu. Tento proces je dynamický, mění se v určitých periodách závislosti na vývoji jedince. Touha po naplnění potřeb může ovlivnit nejen daného člověka, ale i jeho okolí. Potřeby se mění v závislosti na zdravotním stavu člověka. Jiné potřeby pociťuje člověk zdravý a jiné potřebuje uspokojit člověk nemocný. Zdravý člověk zvládá běžně uspokojovat své biologické potřeby, aniž by nad nimi přemýšlel, a spíše se soustředí na uspokojování potřeb vyšších. Nemocný člověk v závislosti na závažnosti onemocnění potřebuje zejména dopomoci při uspokojování biologických potřeb. Pro lepší orientaci v uspokojování těchto potřeb lze provést test obsahující základní denní činnosti. Podle dosažených bodů je možné snáze naplánovat kroky ošetřovatelského procesu a tím lépe uspokojit potřeby jedince. Tento test se nazývá Barthelův test základních všedních činností (Aktivity Daily Living, ADL, viz příloha č. 2). Celková orientace potřeb nemocného člověka je více zaměřena na biologické potřeby, ale je také nutné napomáhat nemocnému člověku uspokojovat i základní vyšší potřeby. (Šamánková, 2011)

Při uspokojování potřeb se mohou objevovat i nejrůznější bariéry, které zabrání jedinci danou potřebu uspokojit. Ve zdraví a nemoci se mohou tyto bariéry od sebe různě lišit. Pro ošetřovatelskou péči je velmi důležité, aby každý, kdo poskytuje ošetřovatelskou péči, pamatoval, že se tyto překážky mohou vyskytnout. Mezi základní bariéry patří osobní bariéra, kdy se setkáváme především s nedůvěrou k ošetřovatelskému personálu či studentem. Dalšími bariérami mohou být psychická bariéra, kdy člověk není schopen přijmout pomoc při naplňování potřeb, dále jazyková bariéra, či bariéra z prostředí nebo neporozumění sdělovanému. Bariérou také může být to, když člověk neumí pojmenovat danou potřebu. Pro ošetřovatelský personál toto znamená, že musí neuspokojenou potřebu daného člověka intenzivně a aktivně vyhledávat. Nesmí se zapomínat na dvě skupiny faktorů, které spolu s bariérami mohou uspokojování potřeb ovlivnit. Jednu ze skupin jsou faktory objektivní, jenž mohou ovlivnit potřeby objektivně hodnotitelné. Jedná se zejména o vývojový stupeň daného jedince, pohlaví, věk, vzdělání a společenské postavení. Oproti tomu jako subjektivní faktor je považována sebekoncepce. Lidé s kladnou sebekoncepcí se umějí lépe přizpůsobit novým situacím a změnám, proto lépe poznají své potřeby a vědí, jak tyto potřeby uspokojit. Opakem jsou lidé s narušenou sebekoncepcí, kteří potřebují pomoc při hledání a uspokojování svých potřeb. V neposlední řadě uspokojování potřeb ovlivňují vrozené vlastnosti jedince a sociální prostředí, ve kterém jedinec žije. (Šamánková, 2011)

## **2.4 Dopad neuspokojených potřeb**

Jestliže se nedaří uspokojit některou z potřeb, tato skutečnost se na jedinci projeví. Od psychických projevů jako je podrážděnost, úzkost či neklid až po somatické potíže. Pokud není potřeba uspokojena dlouhodobě, může tento stav vyústit až jako distres. Neboli zátěž působící na organismus jedince negativně a způsobující negativní emoční procesy. Distres může přejít do frustrace, která může člověka zavést až do pasivity či bezmocnosti, protože člověk na cestě za uspokojením potřeby neustále naráží na překážky. Zde se může u člověka objevovat agrese vůči sobě i svému okolí. Dlouhodobý pocit frustrace pomalu přechází do deprivace, kdy už se objevují závažné psychické problémy. Pokud ani v tomto stavu nedochází k uspokojení potřeb, může člověk upadnout do deprese, která přes úzkostné reakce vede až k tělesnému a duševnímu vyčerpání organismu. (Šamánková, 2011)

## **2.5 Lidské potřeby v nemoci**

V nemoci se potřeby vždy mění, a proto je důležité ke každému klientovi přistupovat individuálně. Vždy záleží na stavu nemocného a na tom, zda se jedná o onemocnění s lehkým průběhem či o závažné onemocnění. Potřeby během onemocnění mizí a opět se objevují. Při jakékoliv nemoci člověk ztrácí pocit jistoty a bezpečí. Souvisí to zejména se změnou prostředí a neznalostí vzniklé situace. Zájem o uspokojování biologických potřeb se u nemocného člověka dostává do popředí, avšak tento zájem nemusí být po celou dobu nemoci stejný. Mění se také potřeba lásky a sounáležitosti. Zde má největší roli rodina a blízcí přátelé klienta. Personál může klientovi pomoci tím, že bude empatický, vstřícný či projeví pochopení s klientem. Sociální potřeby je také nutné naplňovat, ale vždy záleží na aktuálním zdravotním stavu klienta. U klienta je důležité posilovat sebeúctu. Základem je tak zejména, zachování intimity a udržování klienta v čistotě. Při závažné nemoci často mizí u klienta potřeba seberealizace. Ačkoliv klient často nemá potřebu seberealizace, je důležité ho ujistit v jeho životních cílech. Nejdůležitější potřebou v nemoci je potřeba nemít bolest. Pomáhat nemocnému od bolesti je sice velmi důležité, ale ošetrovatelský personál nesmí nikdy zapomenout uspokojovat současně i ostatní lidské potřeby. (Šamánková, 2011)



### **3 ORGANIZAČNÍ METODY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

Ošetřovatelskou péčí poskytují klientům ve zdravotnických zařízeních, sociálních zařízeních, v domácím prostředí či v komunitách všeobecné sestry s odbornou způsobilostí. Péči mohou sestry poskytovat samostatně nebo s pomocí ošetřovatelského týmu. „*Ošetřovatelskou péči chápeme jako odbornou činnost zaměřenou na zachování, upevňování a obnovu zdraví jednotlivců i skupin.*“ (Boroňová, 2010, s. 57)

Ošetřovatelskou péčí mohou sestry poskytovat jako komplexní, specializovanou a základní. Komplexní ošetřovatelská péče je plánovaná činnost, která je poskytována při ošetřovatelském procesu. Reaguje na veškeré potřeby klienta, jeho zdravotní stav a potencionální zdravotní problémy. Její součástí je také péče specializovaná, která je zaměřená na velmi odborné úkoly a poskytují ji zejména sestry specialistky. Oproti tomu péče základní je zaměřena na méně náročné činnosti, na péči o základní lidské potřeby a základní administrativu. (Farkašová, 2006)

#### **3.1 Formy péče**

Formy péče známe primární, sekundární a terciální. Primární ošetřovatelská péče zahrnuje udržování, podporu a navrácení zdraví, diagnostiku a léčbu, edukaci a uspokojování potřeb klientů a v neposlední řadě zmírnění utrpení klientů a zabezpečení důstojného umírání. Vše se poskytuje mimo nemocniční zařízení a jedná se o prvokontakt se zdravotní péčí. Sekundární péčí je taková péče, která je zaměřena preventivně, diagnosticky a terapeuticky. Tato ošetřovatelská péče musí být poskytována komplexně. Terciální péče navazuje na obě předchozí a nastupuje, pokud je nutné péči o klienta dokončit nebo jeho stav zlepšit. Jedná se o edukaci, fyzioterapii, paliativní medicínu a komplexní i základní ošetřovatelskou péči. Sekundární a terciální péče může být poskytována nejen v nemocnicích, odborných léčebnách, odborných ústavech nebo hospicích a lázních. Ale také formou ambulantní prostřednictvím odborných ambulancí, záchrannou zdravotnickou službou nebo poskytovateli domácí péče. (Boroňová, 2010)

#### **3.2 Základní metody poskytování ošetřovatelské péče**

Metody poskytování péče se zaměřují na to, aby péče byla co nejefektivnější a kvalitní, personál byl rovnoměrně rozvržen a prostředky pro poskytování ošetřovatelské péče byly co nejlépe využity. Dané metody se ale od sebe liší také svou filozofií a zaměřením. Známe metodu případovou, která je nejstarší a vznikla již v začátcích ošetřovatelství.

Nevýhodou zde byly nedostatečné znalosti personálu, jako pozitivum bylo vnímáno, že každá sestra měla svého přiděleného klienta, za kterého měla zodpovědnost. Dnes je péče poskytována pomocí metody funkční, celkové, týmové, ošetřování kontaktní sestrou, modulární ošetřovatelství a case management. (Boroňová, 2010)

U funkční metody má personál rozděleny úkoly podle stupně schopností a vzdělání. Ačkoliv tento model působí ekonomicky, je neefektivní především pro nekomplexní a neosobní přístup ke klientovi. Celková metoda je zaměřena na poskytování péče pouze jednou sestrou, která má na pomoc nižší zdravotnický personál. To umožní podrobné seznámení s potřebami klienta a co nejefektivnější plán ošetřovatelské péče. Není ale podmínkou, aby se sestra starala denně o tytéž klienty, pak je ale nutné podrobné předávání informací mezi sestrami. V týmové metodě je personál uspořádán do jednotlivých týmů. Je nutné zvolit vedoucí sestru, která organizuje práci skupiny a je za poskytovanou péči zodpovědná. Základem úspěchu této metody jsou pravidelné týmové porady. Týmové ošetřování je možné kombinovat s ostatními metodami poskytování péče. Metoda ošetřování kontaktní sestrou je založena na přidělení jedné sestry většinou skupině klientů o které se stará 24 hodin každý den klientovy hospitalizace. Kontaktní, neboli primární sestra plánuje péči o klienta na každý den. Při nepřítomnosti této sestry poskytuje péči podle stanoveného plánu sestra sekundární, která vše konzultuje se sestrou primární. V případě metody modulárního ošetřovatelství se jedná zejména o propojení metody týmové a primární sestry. Case management je metoda, kdy je ošetřovatelská péče poskytována case managerem. Ten je buď přidělen lékaři a jeho klientům, nebo jsou klienti přiděleni této sestře podle diagnózy či geografických kritérií. Case manager plánuje a realizuje u klienta nejen ošetřovatelskou péči, ale zajišťuje například i fyzioterapii či sociální poradenství. Tato metoda může být používána také mimo zdravotnické zařízení. (Boroňová, 2010)

## **4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES**

Ošetřovatelský proces je definován jako: „Racionální metoda poskytování a řízení ošetřovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které profesionálové v ošetřovatelství používají ke zhodnocení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity, ke stanovení ošetřovatelského problému (ošetřovatelských diagnóz), k plánování ošetřovatelské péče, k realizaci ošetřovatelské péče, k vyhodnocení efektivity ošetřovatelské péče.“ (Věstník MZČR, 2004, částka 9)

### **4.1 Význam ošetřovatelského procesu v práci všeobecné sestry**

V poskytování ošetřovatelské péče pomocí ošetřovatelského procesu nacházejí klient i sestra řadu výhod. Klient výhody pocítuje zejména v individuálním přístupu, kontinuální péči a v tom, že se na péči o sebe může aktivně podílet. Pro sestru vyplývají především tyto výhody. Systematická, plánovaná, řádně zdokumentovaná práce, a tím splněné požadavky moderního ošetřovatelství. Jelikož si sestra vše zaznamenává, vytváří si tak právní ochranu. K tomu, aby sestra uměla kvalitně aplikovat ošetřovatelský proces, musí mít nejen teoretické vědomosti, ale také manuální, interpersonální a intelektuální dovednosti. K těmto dovednostem patří především zručnost, umění komunikovat a naslouchat a v neposlední řadě kriticky myslet. To pomáhá sestře předvídat a řešit vzniklé problémy. (Tóthová, 2009)

### **4.2 Historie**

Ošetřovatelský proces jako takový se začal formovat díky reakci na postupné utlačování základní funkce ošetřovatelství. Poprvé byl termín ošetřovatelský proces použit Lydií Hallovou ve Spojených státech amerických v 50. letech minulého století. Od té doby nastaly s tímto termínem mnohé změny. Ernestina Wiedenbachová v roce 1963 rozdělila ošetřovatelský proces do tří fází: pozorování, poskytnutí péče a kontrola výsledku. V roce 1967 prošel ošetřovatelský proces hned několika změnami až k dnešní podobě. Nejprve L. Knowlesová představila pět fází ošetřovatelského procesu, a později byl Fakultou ošetřovatelství Katolické americké univerzity modifikován jen na čtyři fáze. Do dnešní podoby ošetřovatelský proces upravila Asociace amerických sester (American Nursing asociacion, dále jen ANA) v roce 1973, kdy byl zároveň uveden do praxe. ANA dala ošetřovatelskému procesu dnešní podobu pěti fází, uveřejněných v Normách ošetřovatelské praxe. (Kozierová, 1995).

### 4.3 Kroky ošetrovateľského procesu

„Smysl stanovení a vypracování ošetrovateľského procesu spočívá v zabezpečení odborného a kvalitního plánování postupu při uspokojování potřeb nemocných. Zabezpečuje soustavnou péči, dovolí pacientovi podílet se na péči.“ (Šamánková, 2006, s. 32)

V ošetrovateľské praxi je nyní využíváno pět kroků s určitou posloupností. Tyto kroky na sebe nejen navazují, ale také se vzájemně prolínají a opakují se. Pokud v průběhu poskytování péče dojde ke změně některých skutečností, musí pečující sestra informace doplnit a jednotlivé kroky přeformulovat. Do pěti fází ošetrovateľského procesu patří posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. (Kozierová, 1995)

#### 4.3.1 Posuzování

Posuzování neboli ošetrovateľská anamnéza, je známá jako první fáze ošetrovateľského procesu, kde dochází ke shromažďování informací o klientovi a jeho problémech, k jejich ověřování a zdokumentování. Protože na shromážděných informacích závisí kvalita dalších kroků, zejména ošetrovateľské diagnózy, je důležité, aby informace byly kvalitní, aktuální a jejich sběr probíhal nepřetržitě. U veškerých získaných informací musí sestra ověřit jejich validitu, aby předešla chybným, předčasným závěrům. Informace lze zjišťovat ze dvou pramenů. Rozlišujeme prameny primární a sekundární. Primární nám poskytuje přímo klient. Naopak jako sekundární prameny považujeme rodinné příslušníky, ostatní personál nebo jiné zdravotnické dokumenty. Jako metoda zjišťování údajů se nejčastěji využívá pozorování, rozhovor s klientem a fyzikální vyšetření sestry, ale je možné využít také lékařskou anamnézu a jiné zdravotnické dokumenty, nebo doplnit informace právě od rodiny. Předpokladem pro získání údajů je dobrá spolupráce mezi sestrou a klientem. Získané informace rozdělujeme na subjektivní, které jsou vnímány klientem. Klient je sám popisuje a vyjadřují jeho pocity. Jako druhé jsou údaje objektivní, které jsou viditelné, dají se ověřit pomocí fyzikálního vyšetření nebo diagnostických testů sestry. (Kozierová, 1995)

#### 4.3.2 Ošetrovateľská diagnóza

Po získání ošetrovateľské anamnézy následuje druhý krok, a tím je stanovení ošetrovateľské diagnózy. „Pojem diagnóza znamená v obecném slova smyslu identifikaci, poznání, rozpoznání, určení něčeho pomocí vhodných metod.“ (Tóthová, 2009, s. 64) Ošetrovateľská diagnóza vychází z údajů o potřebách klienta a je zaměřena na jejich uspokojení. Cílem je určit klientovu reakci na nemoc, a to nejen na samotný problém, ale také na to, jak klient svůj problém vnímá. Stanovení ošetrovateľské diagnózy je

diagnostický proces, který je nepřetržitý, protože během hospitalizace se klientovy potřeby mění. Na základě ošetřovatelské diagnózy si sestra naplňuje ošetřovatelskou péči tak, aby u klienta došlo ke zmírnění nebo odstranění problému. Veškerou naplánovanou péči sestra vykonává nezávisle na lékaři v rámci svých kompetencí. (Tóthová, 2009)

### **4.3.3 Plánování**

Tento třetí krok ošetřovatelského procesu slouží obecně k naplánování péče o klienta. Neboli: „*Plánování je proces vytýčení ošetřovatelských strategií nebo intervencí (zásahů) s cílem prevence, redukce nebo eliminace pacientových zdravotních problémů, které byly zjištěny a valorizovány během diagnostické fáze.*“ (Kozierová, 1995, s. 206)

Při plánování péče o klienta má zásadní úlohu nejen sestra a klient, ale mohou se na něm podílet i členové rodiny. Samotné plánování péče probíhá v několika krocích. První krok obsahuje vytýčení priorit. Zde sestra společně s klientem posoudí jeho priority v oblasti zdraví a posoudí jejich urgentnost. Druhým krokem je stanovení klientových cílů a výsledných kritérií. Klientův cíl je stanovení dosažitelné změny ve zdravotním stavu. Tyto cíle mohou být krátkodobé a dlouhodobé. Výslednými kritérii jsou již určité měřitelné nebo pozorovatelné odpovědi klienta. Jako třetí krok plánujeme ošetřovatelské strategie neboli intervence. Což znamená, že sestra zvolí takové sesterské činnosti, které povedou ke splnění stanovených cílů. Poté sestra sepíše plán ošetřovatelské péče, který podává ucelené informace o ošetřovatelské péči u daného klienta. U každé ošetřovatelské diagnózy musejí být sepsány příslušné intervence, odpovědi klienta a dosažení cílů. V posledním kroku plánování sestra konzultuje otázky týkající se zdravotního stavu svěřeného klienta s ostatními sestrami nebo jinými odborníky. Tímto sestra zajišťuje kvalitní péči o klienta. (Kozierová, 1995)

### **4.3.4 Realizace**

„*Realizace, čili provedení nebo zásah, je uplatnění ošetřovatelských strategií, zaznamenaných v plánu ošetřovatelské péče.*“ (Boroňová, 2010, s. 76)

Pro dosažení stanovených cílů je nutné nejen vykonávat naplánované ošetřovatelské intervence, ale také je nutné plnit ordinace lékaře. Jedině takto lze dosáhnout stanovených cílů. Při realizaci je velmi důležitá aktivita klienta související s jeho aktuálním zdravotním stavem. Sestra může poskytovat péči pomocí ošetřovatelských činností, které jsou buďto závislé, nezávislé nebo součinné. Závislé ošetřovatelské činnosti jsou vykonávány dle ordinace lékaře. Oproti tomu ty nezávislé sestra provádí po samostatném rozhodnutí na

základě vlastních znalostí a zkušeností. Za tyto zásahy je plně zodpovědná. Součinné činnosti jsou prováděny za spolupráce sestry s ostatními pracovníky zdravotnického týmu. Také ale mohly vzniknout jako společné rozhodnutí týmu, jenž poskytuje ošetrovatelskou péči.

Realizace ošetrovatelské péče probíhá jako proces, do kterého je zahrnuto opakované posouzení zdravotního stavu klienta. Proto je nutné v průběhu celé aplikace ošetrovatelského procesu se vracet k fázi první, posouzení. Dále se jedná o validizaci plánu poskytované péče, ke které dochází, pokud dojde u klienta ke změně zdravotního stavu, nebo k dosažení stanoveného cíle. Za třetí je nutné posoudit, zda klient potřebuje pomoc při některých činnostech. V případě nutnosti sestra zajistí potřebnou asistenci. Jako čtvrtý krok se označuje samotná realizace ošetrovatelských intervencí. Na tento krok navazuje zaznamenávání a hlášení ošetrovatelské činnosti. Toto se provádí písemně do ošetrovatelského plánu po provedení činností. (Kozierová, 1995)

#### **4.3.5 Vyhodnocení**

*„Vyhodnocení v ošetrovatelství znamená zjistit, zda bylo dosaženo klientova cíle a do jaké míry.“* (Kozierová, 1995, s. 231)

Tato poslední fáze ošetrovatelského procesu je také důležitá, protože nám pomůže odhalit úspěšnost předchozích kroků, zda je nutné v nich pokračovat, či nikoliv, nebo jestli je potřeba některé intervence změnit. Vyhodnocení probíhá napříč celým ošetrovatelským procesem.

Vyhodnocení také probíhá jako proces složený z šesti fází. Stanovení výsledných kritérií je první fází, při které se stanoví, jaké údaje bude sestra shromažďovat a srovnávat. Na první fázi je závislá druhá fáze, nazývaná jako shromažďování dat. Tato data mohou být subjektivní i objektivní, ale musejí být validní, aby z nich šel sestavit závěr o poskytované péči. Jako třetí krok se uvádí hodnocení dosažených cílů. Zde sestra porovná dosažené údaje s právě předem stanovenými kritérii. Čtvrtým krokem je porovnání ošetrovatelských činností s výsledky klienta, kdy je nutné vyhledat vztah mezi ošetrovatelskou intervencí a výsledkem. Předposledním krokem je revize ošetrovatelského plánu klienta, sloužící jako zpětná vazba. Sestra tak zjistí účinnost intervencí, zda je možné plán uzavřít, či je nutné pokračovat. Jako šestou a poslední fází vyhodnocení je modifikace ošetrovatelského plánu. Ta se provádí, pokud se během revize plánu objeví nové skutečnosti. Poté sestra musí změnit dosavadní informace za novější, upravit

ošetřovatelské diagnózy, zjistit nové priority, cíle i výsledná kritéria klienta a naplánovat nové intervence. (Kozierová, 1995)

## 5 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA

V roce 1990 na 9. Národní konferenci o klasifikaci sesterských diagnóz v Orlandu byla definice ošetřovatelské diagnózy stanovena jako: „*Sesterská diagnóza je klinický závěr o odpovědích jednotlivce, rodin či komunity na skutečné nebo potencionální zdravotní problémy či životní proces. Ošetřovatelské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetřovatelských zásahů na dosažení výsledků, za které je sestra zodpovědná.*“ (Tóthová, 2009, s. 65)

Všechny všeobecné sestry musejí mít určité schopnosti, aby mohly rozpoznat problémy klientů, a tím určit správnou ošetřovatelskou diagnózu, naplánovat intervence a předpokládat reakci klienta. Stanovením ošetřovatelské diagnózy sestra určí přesný problém daného klienta. Všechny sestry tyto činnosti provádějí dle svých kompetencí. Správné stanovení ošetřovatelské diagnózy a vyřešení všech problémů během ošetřovatelské diagnostiky vypovídá o profesionalitě, zkušenostech a dovednostech všeobecné sestry. (Vörösová, Boledovičová, 2005)

Pojem diagnóza je odvozen z řeckého slova *diagignoskein*, jehož význam je rozeznávat, označovat či odlišovat. Ve formulované ošetřovatelské diagnóze se skrývá neuspokojená potřeba a problém klienta. Mohou se v ní tak vyskytovat pouze problémy, které je sestra schopna řešit v rámci svých kompetencí. Ošetřovatelská diagnóza není totožná s lékařskou diagnózou. Zatímco ta lékařská označuje poruchu zdraví, diagnóza stanovená sestrou se zabývá tím, jak nemoc ovlivňuje život daného klienta. Cílem je tedy zajistit komfort a psychickou i fyzickou pohodu nemocného klienta. (Staňková, 2005)

### 5.1 Fáze ošetřovatelské diagnostiky

Stanovení ošetřovatelské diagnózy probíhá jako diagnostický proces složený z analýzy a syntézy. Při analýze se daný problém rozdělí na jednotlivé části a při syntéze se rozdělené části opět složí do celku. Vrcholem tohoto procesu je tedy stanovená ošetřovatelská diagnóza. Tento proces se skládá ze tří fází, zpracování údajů o klientovi, zhodnocení zdravotních problémů, rizik či silných stránek. Jako třetí fáze se stanovuje samotná ošetřovatelská diagnóza.

Do první fáze patří uspořádání údajů, rozříděných podle zvoleného koncepčního modelu, dále porovnání získaných informací se standardy, kdy sestra porovnává klientovy údaje se škálami, tabulkami a využívá svých znalostí. Seskupení informací je již fází syntetickou.



Jako poslední krok první fáze je zjištění mezer a rozporů ve zjištěných datech. Sestra kontroluje, jaké informace jí o daném klientovi chybí, nebo zda si některé informace neprotiřečí. Ke druhé fázi tohoto procesu je možné přistoupit, teprve pokud jsou všechna data pečlivě seskupená. Tehdy může sestra společně s klientem zhodnotit jeho zdravotní problémy. V tomto bodě je důležité, aby klient přijal fakt, že daný zdravotní problém u něj existuje nebo že je možný potenciální vznik problému. Jako třetí a konečnou fází ošetřovatelské diagnostiky je již zmíněná tvorba ošetřovatelské diagnózy. Zde jsou stanovené příčiny související se zdravotním stavem a faktory, které jej ovlivňují. (Kozierová, 1995)

## **5.2 Formulace ošetřovatelských diagnóz**

Při formulaci ošetřovatelské diagnózy musí sestra zhodnotit tři složky. V té první se označí klientův problém a je zařazen do určité diagnostické skupiny. Druhá složka se nazývá etiologie problému, kdy je nutné rozpoznat jednu či více příčin ovlivňující zdravotní stav klienta. Etiologie udává směr pro ošetřovatelské intervence. Ve třetí složce se sestra zabývá seskupováním znaků a symptomů. Tyto určující znaky poskytují další informace pro konečné stanovení ošetřovatelské diagnózy. Sesterskou diagnózu lze sepsat jako dvousložkovou, která obsahuje jen daný problém klienta a etiologii problému, nebo jako tříslložkovou, podle struktury P-E-S, která se skládá jak z problému a etiologie, tak i z určujících symptomů. Stanovená ošetřovatelská diagnóza je zaznamenávána do dokumentace klienta. Toto napomůže ostatním sestřím v péči o daného klienta. (Kozierová, 1995)

Sestavené ošetřovatelské diagnózy tříslložkové nebo dvousložkové musejí jasně vystihovat specifický problém klienta, který musí být v každé ošetřovatelské diagnóze jen jeden. Všechny sestavené ošetřovatelské diagnózy vycházejí pouze z podložených údajů nejlépe od samotného klienta. Proto je nutná konzultace plánu s klientem. Po sestavení všech vhodných diagnóz je vhodné je seřadit podle naléhavosti jejich řešení. Jelikož má sestra jiný pohled na prioritu problémů než klient, je nutné zkonzultovat také řazení ošetřovatelských diagnóz. (Tóthová, 2009)

## **5.3 Typy ošetřovatelských diagnóz**

Běžně jsou využívány ošetřovatelské diagnózy aktuální, potenciální a diagnózy na podporu zdraví. Ta aktuální obsahuje specifický problém klienta potvrzený přítomností souvisejících příznaků. Skládá se z názvu, který přesně označí význam diagnózy, který

doplní upřesňující definice. Poté se udává definující charakteristika, jako jsou příznaky, jež lze dělit na hlavní a vedlejší. Jako poslední obsahuje aktuální diagnóza související faktory. Ty jsou zodpovědné za způsobení problému a může jich být více než jeden. Tato diagnóza se doporučuje stanovovat jako tříložková. Potencionální neboli riziková ošetrovatelská diagnóza se stanovuje, pokud jsou v anamnéze klienta přítomné rizikové faktory ke vzniku určitého problému. Tato diagnóza obsahuje pouze název, definici a související faktory, nikoliv definující charakteristiky diagnózy. Stanovení této ošetrovatelské diagnózy je velmi důležité, protože je poté možné se zaměřit na prevenci vzniku daného problému. Potencionální ošetrovatelská diagnóza se formuluje tedy jako dvousložková. Ošetrovatelská diagnóza na podporu zdraví, neboli wellness diagnóza, je používána, pokud sám klient chce v dané oblasti dosáhnout lepších výsledků. Nejčastěji však pro získání lepších znalostí či dovedností. Mohou být také označovány jako edukační diagnózy. Dále se vyskytují i ošetrovatelské diagnózy vztahující se k určitému syndromu. Zde se jedná o soubor aktuálních a potencionálních diagnóz, které jsou typické pro daný syndrom. Mohou se vyskytovat také diagnózy pravděpodobné, a to tehdy, pokud má sestra podezření na možný vznik určitého problému, ale nemá dostatek údajů. To vyžaduje nový sběr informací, pro potvrzení či vyvrácení dané skutečnosti. (Tóthová, 2009)

#### **5.4 Klasifikační systémy ošetrovatelských diagnóz**

Tvorba klasifikací a jednotné terminologie pro ošetrovatelské diagnózy je reakcí na postupnou profesionalizaci ošetrovatelství. Klasifikační systémy ošetrovatelských diagnóz se vyvíjejí od poloviny 20. století. První, kdo se věnoval takovéto klasifikaci, byla V. Hendersonová. Více však byla zaměřena na terapeutický cíl sestry než problémy klienta. Na dalším rozvoji klasifikačních systémů, zaměřených na problémy klienta, se podílejí sesterské organizace, zejména ICN a ANA, dále Evropská asociace pro společné ošetrovatelské diagnózy, intervence a výsledky (Association for Common European Nursing Diagnosis, Interventions, Outcomes, dále jen ACENDIO), ale především Severoamerická asociace sester pro ošetrovatelské diagnózy. Nejvíce klasifikací ošetrovatelských diagnóz vzniklo ve Spojených státech amerických a postupně se rozšířily do celého světa. Klasifikační systémy přinesly řadu výhod pro ošetrovatelskou praxi. Zejména se jedná o jednotné názvy ošetrovatelských diagnóz, a tím snazší komunikace mezi sestrami, kvalitnější péči o klienta a neustálý sběr informací o klientovi z důvodu kontroly výsledků ošetrovatelské péče. (Plevová, 2011)

Nejčastěji využívané klasifikační systémy ošetřovatelských diagnóz v dnešní době jsou Klasifikace ošetřovatelských diagnóz NANDA International, který se zaměřuje na třídění a pojmenování problému klienta, dále Klasifikace ošetřovatelských výsledků NIC, zaměřené na pojmenování činností sester, a Klasifikace ošetřovatelských výsledků NOC, zaměřené na názvy ošetřovatelských výsledků. Dalším systémem je OMAHA, což je ošetřovatelský klasifikační systém pro komunitní zdraví, který se specifikuje na problémy, intervence a očekávané výsledky v domácí a komunitní péči. V neposlední řadě jsou známé také Mezinárodní klasifikace ošetřovatelské praxe ICNP. Kde každá diagnóza má svůj číselný kód a Klasifikační systém klinické péče CCC, který je zaměřen jak na ošetřovatelské diagnózy, výsledky tak i intervence. (Plevová, 2011)

Od roku 2001 se začala utvářet nová Aliance NNN, která vznikla z myšlenky spojit klasifikaci NANDA, NIC a NOC do jednotné klasifikační struktury s cílem rozvinout jednotnou ošetřovatelskou terminologii. Snahou je ke každé NANDA diagnóze s číselným kódem připojit také NOC očekávaný výsledek s číselným kódem a v neposlední řadě přiřadit také NIC intervence taktéž každou se svým číselným kódem. Od této Aliance NNN se očekává, že přinese přesnost ošetřovatelské diagnostiky, standardizaci ošetřovatelské terminologie a především zefektivní stanovení celé ošetřovatelské diagnózy. (Plevová, 2011)

## **6 SEVEROAMERICKÁ ASOCIACE SESTER PRO OŠETŘOVATELSKOU DIAGNOSTIKU**

Tato Severoamerická asociace sester pro ošetrovatelské diagnózy neboli North American Nursing Diagnosis Association – dále jen NANDA, která vznikla v USA společně s rozvojem ošetrovatelské diagnostiky, sestavila systém ošetrovatelských diagnóz do taxonomie. Podle slovníku cizích slov je taxonomií označována klasifikace seřazená do hierarchického systému. (Tóthová, 2009; Kraus, 2009)

Členy této asociace jsou jednak sestry pracující v nemocnici, klinické specialistky, sestry teoretičky, ale také výzkumní pracovníci. Taxonomie NANDA je neustále modifikována a obohacována o nejnovější a nejmodernější ošetrovatelské diagnózy, které co nejpřesněji definují problémy všech klientů. Tímto v mnohém pomáhají usnadňovat práci všem sestrám. V současné době je klasifikace ošetrovatelských diagnóz dle taxonomie NANDA všeobecně uznávaným ošetrovatelským jazykem celého Světa. (Tóthová, 2009)

### **6.1 Vývoj NANDA International**

V roce 1982 se uskutečnila konference o ošetrovatelské diagnostice, na které z Národní konferenční skupiny vznikla profesní organizace NANDA. Založení této profesní organizace přispělo k velkému rozvoji ošetrovatelské diagnostiky. Jejím hlavním úkolem bylo vytvoření standardizované terminologie pro ošetrovatelské diagnózy. S postupným rozvojem a vývojem profesionální ošetrovatelské diagnostiky se profesní organizace NANDA přejmenovala na NANDA International. Toto přejmenování proběhlo v roce 2002. Nově vzniklá organizace si stanovila i nové všeobecné cíle. Především tedy rozvinout i zlepšit využívání standardizované terminologie ošetrovatelských diagnóz a kontrolovat využívání této terminologie v klinické praxi. Od svého vzniku také NANDA International publikuje některá periodika zaměřená na ošetrovatelské diagnózy. Každé dva roky vychází publikace NANDA International pod názvem Ošetrovatelské diagnózy, definice a klasifikace. V knize lze vždy nalézt aktualizované a nově schválené ošetrovatelské diagnózy. Mimo jiné každé čtvrtletí vychází pravidelné periodikum Mezinárodní časopis ošetrovatelských terminologií a klasifikací. (Plevová, 2011)

Hlavním a dlouhodobým cílem NANDA International je vytvoření jednotné terminologie pro tvorbu ošetrovatelských diagnóz. Snahou je, aby terminologii rozuměla

nejen každá sestra po celém světě, ale také každý člen zdravotnického týmu. Jednotná terminologie mimo jiné přispívá k snazšímu sběru informací o klientovi a jejich analýze. Dále slouží ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. V neposlední řadě se NANDA International snaží o kvalitnější vedení ošetrovatelské dokumentace, a tím o rozvoj elektronického zaznamenávání údajů o klientovi. (Plevová, 2011)

Důležité je, aby vývoj ošetrovatelských diagnóz podle NANDA byl kontinuální. Z tohoto důvodu se na výzkumu podílejí nejen všeobecné sestry, ale také další odborníci z oblasti informatiky či statistiky. Výzkum v oblasti jednotné terminologie probíhá dlouhodobě a za spolupráce mezinárodních sesterských organizací. Prioritou všech, co se podílejí na vývoji nových diagnóz je, aby daná ošetrovatelská diagnóza přesně vyjádřila problém klienta. Toto potvrdí především validitu ošetrovatelské diagnózy. (Vörösová, 2007)

## **6.2 NANDA Taxonomie I**

Klasifikační systém taxonomie NANDA I byl přijat na 7. konferenci o ošetrovatelské diagnostice v roce 1986. O rok později byla taxonomie v USA vydána pod názvem Orange book. Kniha Kapesní průvodce pro zdravotní sestry publikoval tyto diagnózy v českém překladu, však ne vždy podle českého slovosledu. Vývoj od první myšlenky do konečné struktury trval skoro deset let. První taxonomie vycházela z devíti vzorců lidských reakcí. Tyto vzorce se zabývaly výměnou, komunikací, navazováním vztahů, hodnocením, volbou, pohybem, vnímáním, poznáváním a pocity (cítěním). V těchto devíti vzorcích bylo zařazeno celkem 148 ošetrovatelských diagnóz. Taxonomie NANDA I obsahuje ve svých doménách všechny typy ošetrovatelských diagnóz. (Plevová, 2011)

## **6.3 NANDA Taxonomie II**

Taxonomie NANDA II vznikla v roce 2000 jako následek dlouhodobého zkoumání a vyvíjení taxonomie NANDA I. Dlouhodobým výzkumem bylo zjištěno, že uspořádání lidských reakcí do devíti vzorců není v praxi dobře využitelné. Proto v nové taxonomii vznikly diagnostické domény, které jsou sice rozsáhlejší, ale stále vycházejí ze struktury funkčních vzorců zdraví M. Gordonové. (Marečková, Příkrylová, 2005)

Nové ošetrovatelské diagnózy schvaluje taxonomický výbor po předchozím prozkoumání v revizním procesu. Každý, kdo pocítuje nepřítomnost potřebné diagnózy, může podat tomuto výboru návrh na zařazení nové diagnózy. Vždy je ale nutné postupovat

dle směrnic pro předkládání diagnóz. Tyto směrnice společně s formulářem pro předkládání nových diagnóz jsou dostupné na internetových stránkách asociace. Aby mohl být revizní proces zahájen, musí předkládaný návrh obsahovat minimálně tyto údaje. Základem je pojmenování a definice daného problému, dále pak určující znaky či související nebo rizikové faktory. Pokud se jedná o zcela novou ošetrovatelskou diagnózu, probíhá plný revizní proces. Jestliže je podán návrh na přepracování stávající diagnózy, probíhá tedy již zkrácený revizní proces. Po pečlivém prozkoumání komisí, je vydáváno stanovisko proti kterému, je možné se odvolat. Tímto způsobem již bylo upraveno nebo vyřazeno několik diagnóz. V nové taxonomii NANDA II chybí ošetrovatelská diagnóza úplná inkontinence moči, traumatický syndrom po znásilnění, efektivní řízení léčebného režimu, neefektivní řízení léčebného režimu v komunitě a narušení myšlenkových procesů. Tyto diagnózy jsou sice vyloučeny, ale nahrazeny novými, více rozpracovanými. (Herdman, 2010)

Díky možnosti návrhu a schvalování nových ošetrovatelských diagnóz bylo pro porovnání v první publikaci taxonomie NANDA II publikováno 155 ošetrovatelských diagnóz. Oproti tomu v poslední knize pro roky 2009-2011 je uveřejněno 206 schválených diagnóz a všechny jsou označeny vlastním číselným kódem. Ten je přidělován vždy ke každé nově schválené diagnóze. Tento kód, formulován z pěti čísel, je přidělen k diagnóze především proto, aby nenastala jejich záměna. I přes to, že toto kódování je potřebné, ne vždy se s tímto lze v praxi setkat. Posloupnost ošetrovatelských diagnóz v taxonomii NANDA II je zachována dle taxonomie NANDA I. Proto ošetrovatelská diagnóza, která byla zařazena jako poslední má nejvyšší číselný kód. (Marečková, Příkrylová, 2005)

### **6.3.1 Taxonomie NANDA II v Čechách**

V České republice se taxonomie NANDA začala využívat od roku 2005. Ovšem bylo nutné přizpůsobit některé skutečnosti podmínkám českého zdravotnictví, klientům či počtu zdravotnického personálu. Osobností, která se v této zemi nejvíce věnuje taxonomii NANDA je Doc. Jana Marečková, z Palackého univerzity v Olomouci. Právě Marečková přeložila vytvořené ošetrovatelské diagnózy do českého znění, přiřadila k nim příslušné určující znaky, související i rizikové faktory. Takto vypracované diagnózy poté vydala v roce 2006 jako publikaci Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. (Ščeпоčová, 2009)

## 6.4 Vzorce zdraví dle Marjory Gordonové

Gordonová vystudovala na Boston Collage doktorandské studium. Zde poté působila jako profesorka po zbytek své kariéry. Věnovala se výzkumu ošetrovatelské diagnostiky a tvorbě ošetrovatelských standardů. Po založení organizace NANDA byla zvolena její prezidentkou. Ve svém výzkumu navrhla koncepční model pro posuzování stavu potřeb klienta, ze kterého byl vyvinut systém funkčních vzorců zdraví. Vzorec zdraví byl podle Gordonové definován jako: „*Sled chování či vystupování člověka směrem ke zdraví napříč časem.*“ (Marečková, Jarošová, 2005, s. 81)

Koncepční modely jsou předkládány lidmi tvořícími ošetrovatelskou teorii. Jedná se o abstraktní teorie pomáhající zkvalitnit ošetrovatelskou péči při aplikaci ošetrovatelského procesu. Ačkoliv existuje řada koncepčních modelů, jediný model představený Gordonovou pomohl při sestavování diagnostických domén taxonomie NANDA International. Jedná se o model Funkčního typu zdraví, který obsahuje 12 oblastí, z nichž lze získat informace o klientovi. Tyto oblasti se zaměřují na vnímání zdravotního stavu, výživu a metabolismus, vylučování, aktivitu a cvičení, spánek a odpočinek, vnímání, sebepojetí či sebeúctu, plnění rolí i mezilidské vztahy, sexualitu, stres a jeho zvládání a víru. Do poslední oblasti pod názvem Jiné, lze zařadit takové problémy klienta, jaké se do předchozích oblastí nehodí. Sestra sbírající údaje o klientovi cílenými otázkami na tyto oblasti zjistí, zda je daná oblast zdraví funkční, dysfunkční či potenciálně dysfunkční. Nejen dobře kladené otázky, ale také znalosti a zkušenosti pomohou odhalit funkčnost či dysfunkčnost vzorce. (Mastiliaková, 2002)

Takto získané informace úzce souvisejí s následnou tvorbou ošetrovatelských diagnóz. Jestliže jsou u vyšetřovaného klienta všechny oblasti funkční, nelze stanovit žádnou ošetrovatelskou diagnózu. To však téměř nikdy nebývá. Pokud sestra při získávání informací o klientovi diagnostikuje dysfunkční vzorec zdraví, stanoví aktuální ošetrovatelskou diagnózu a naplňuje podle ní péči tak, aby dysfunkční vzorec odstranila. Potencionálně dysfunkční vzorec zdraví obsahuje vždy soubor rizikových faktorů a je žádoucí stanovit potencionální ošetrovatelskou diagnózu. Pojmenování zjištěných problémů zajistí taxonomie NANDA II. Jelikož z těchto vzorců zdraví vycházela NANDA International při tvorbě diagnostických domén NANDA taxonomie II. (Marečková, Jarošová, 2005)

## 6.5 Diagnostické domény taxonomie NANDA II

Taxonomie NANDA II má tři úrovně. Obsahuje 13 diagnostických domén, neboli sfér studia či zájmu, kdy každá z nich má své třídy a ve všech třídách jsou příslušné ošetrovatelské diagnózy. Tříd či podskupin, je celkem 47 a ošetrovatelských diagnóz je 206. Domény, vycházející z modelu Gordonové, se tudíž také orientují na podporu zdraví, výživu, vylučování a výměnu, aktivitu a odpočinek, percepci a kognici, sebepercepci, vztahy mezi rolemi, sexualitu, zvládání a toleranci zátěže, životní principy, bezpečnost a ochranu, komfort a třináctou doménou je růst a vývoj.

Jako příklad jsou zde uvedené dvě domény. Doména Podpora zdraví obsahuje 2 třídy, Uvědomování si zdraví a Management zdraví ve kterých je celkem 8 ošetrovatelských diagnóz. Na ukázkou doména Percepce, Kognice zahrnuje 5 tříd a to Pozornost, Orientaci, Pociťování a vnímání, Kognici a jako poslední Komunikaci. V těchto třídách se skýtá 14 ošetrovatelských problémů, samozřejmě s vlastním číselným označením. Příklad zařazení konkrétní ošetrovatelské diagnózy je Akutní bolest, zařazena do domény komfort, třídy tělesný komfort a je označena kódem 00132. (Herdman, 2010)



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 7 FORMULACE PROBLÉMU

Hlavní problematikou této práce je především nedostatečná informovanost a znalosti všeobecných sester o taxonomii NANDA II. I přes vzdělávání všeobecných sester, množství seminářů, kurzů i možnosti vysokoškolského vzdělání se sestry stále upínají k již zavedeným postupům tvorby ošetřovatelských diagnóz.

### 7.1 Formulace hypotéz

**Hypotéza 1:** Většina všeobecných sester má odmítavý postoj k tvorbě ošetřovatelských diagnóz.

U této hypotézy bylo nutné stanovit kritérium, pro její potvrzení či vyvrácení. K této hypotéze byly vytvořeny otázky 4, 5, 7, 9. U těchto otázek, byly také předem určeny odpovědi, na které bylo nutné pro potvrzení hypotézy odpovědět. Potřebné bylo, aby u více jak 2 otázek na vybrané odpovědi odpovědělo více jak 50% respondentů. U otázky číslo 4 bylo nutné pro kladné zhodnocení, aby respondenti zvolili ve více jak 50% odpovědi „*nevypracovávám je*“ nebo „*ano*“. Otázka číslo 5 měla předem určenou odpověď pro kladné zhodnocení „*ano stejně jiné nepoužívám*“. Otázka číslo 7 mohla být považována za kladně zodpovězenou, pokud více jak 50% respondentů zvolilo odpověď „*stanovené diagnózy během hospitalizace neupravuji, je to zbytečné*“. U otázky číslo 9 bylo nutné, aby více jak 50% dotazovaných vybralo odpověď „*zbytečnost, zdržují mě od práce*“. Poté mohla být hypotéza potvrzena.

**Hypotéza 2:** Většina sester se ve své práci s tvorbou ošetřovatelských diagnóz dle taxonomie NANDA II neseťkala.

**Hypotéza 3:** Všeobecné sestry s vysokoškolským vzděláním využívají ve své práci ošetřovatelské diagnózy dle taxonomie NANDA II více než sestry s nižším vzděláním.

**Hypotéza 4:** Všeobecné sestry pracující na interních odděleních využívají ve své práci ošetřovatelské diagnózy dle NANDA II domén, více než všeobecné sestry na chirurgických odděleních.

## **8 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU**

Vzhledem k problematice daného tématu je hlavním cílem bakalářské práce zjistit míru využívání taxonomie NANDA II při poskytování ošetrovatelské péče všeobecnou sestrou. Dále je práce zaměřena na stanovení míry využívání taxonomie NANDA II v jednotlivých klinických oborech a postoj k taxonomii NANDA II u sester s různou délkou praxe, ale i s různým stupněm dosaženého vzdělání. Práce je zaměřená také na spokojenost všeobecných sester při využívání taxonomie NANDA II v klinické praxi.

## **9 VZOREK RESPONDENTŮ**

Jako vzorek respondentů byli osloveni všeobecné sestry/všeobecní ošetrovatelé pracující na interních a chirurgických oddělení jedné nejmenované nemocnice, ve které celé dotazníkové šetření probíhalo. Celkem bylo distribuováno 100 dotazníků, na každý typ oddělení 50. Dotazníků bylo vráceno 82, avšak použito k vyhodnocení bylo 81 dotazníků. Jeden dotazník nemohl být použit pro neúplné vyplnění otázek. Návratnost dotazníků tedy činí 81%.

## **10 METODY VÝZKUMU**

Pro zpracování praktické části bylo použito kvantitativní výzkumné šetření, které probíhalo za laskavého dovození vedení již zmiňované nejmenované nemocnice. Před samotným výzkumným šetřením byla uskutečněna pilotní studie. Bylo rozdáno 14 dotazníků respondentům na chirurgická oddělení, z nichž 1 nebyl navrácen. Na základě této studie byly původní dotazníky pozměněny do nové a konečné podoby. (viz příloha č. 3)

Jako technika sběru dat byl zvolen dotazník, sestavený podle cílů bakalářské práce a stanovených hypotéz. Dotazník obsahoval 20 otázek, které byly formulovány jako uzavřené, polouzavřené a otevřené. Uzavřených otázek bylo v dotazníku použito 6, polouzavřených 13 a otevřená otázka byla v dotazníku jen 1. Polouzavřené a otevřené otázky byly zvolené záměrně, pro možnost respondentů vyjádřit svůj názor, postoj či pohled na daný problém. Tyto postoje respondentů, jsou vždy početně vyjádřeny a podrobně probrány pod příslušným grafem. Otázky se orientovaly zejména na sociodemografické údaje, ošetrovatelské diagnózy a využívání taxonomie NANDA II.

V dotazníku byl také prostor pro respondenty, kteří chtěli vyjádřit svůj názor, na využívání taxonomie NANDA II v klinické praxi bez ohledu na ostatní otázky v dotazníku. Tyto názory jsou blíže probrány v diskuzi této práce.

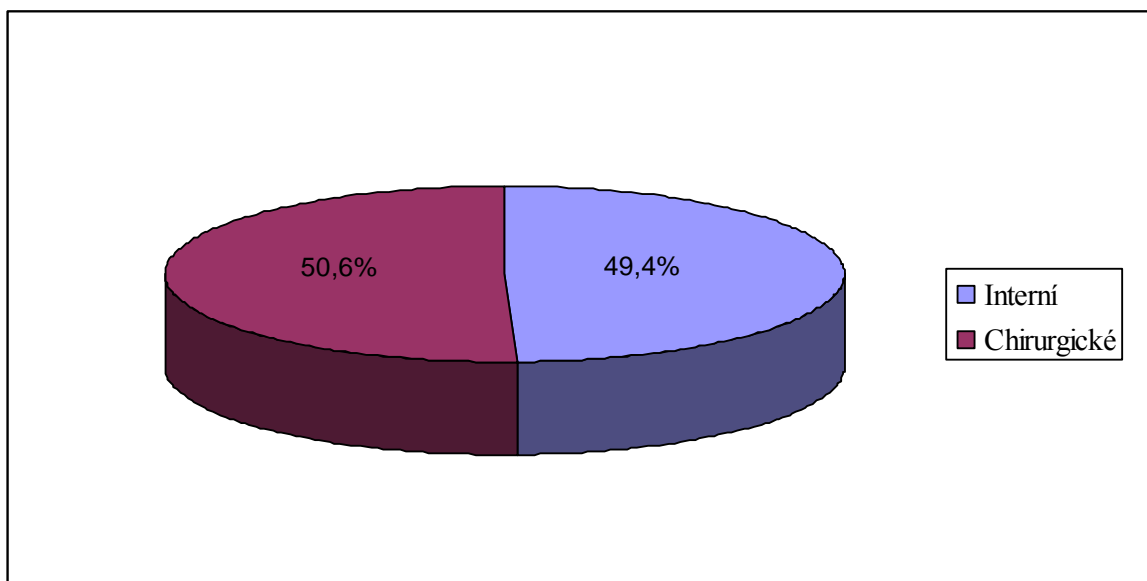
Celé dotazníkové šetření probíhalo anonymně a pouze na předem schválených pracovištích vedením nemocnice. Kritéria pro zodpovězení otázek v dotazníku jsou uvedena v kapitole 9 Vzorek respondentů. Sběr dat probíhal během několika týdnů, kdy byly dotazníky distribuovány na jednotlivé kliniky a oddělení, vždy pouze po souhlasu vrchních a staničních sester.

## **11 ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ**

Získané údaje byly vyhodnoceny do grafů za pomoci programů Microsoft Office, zejména Microsoft Office Excel a Microsoft Office Word. Hodnoty v jednotlivých grafech jsou uvedeny v procentech se zaokrouhlením na jedno desetinné místo. Případné neshody mohou být způsobené právě zaokrouhlováním. Hodnoty v grafech jsou tedy uváděny pomocí relativní četnosti, která je vyjádřena poměrem absolutní četnosti a celkového rozsahu souboru. Absolutní četnost je vždy uváděna v absolutních hodnotách. (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005)

Otázka číslo 1: Na jakém oddělení pracujete?

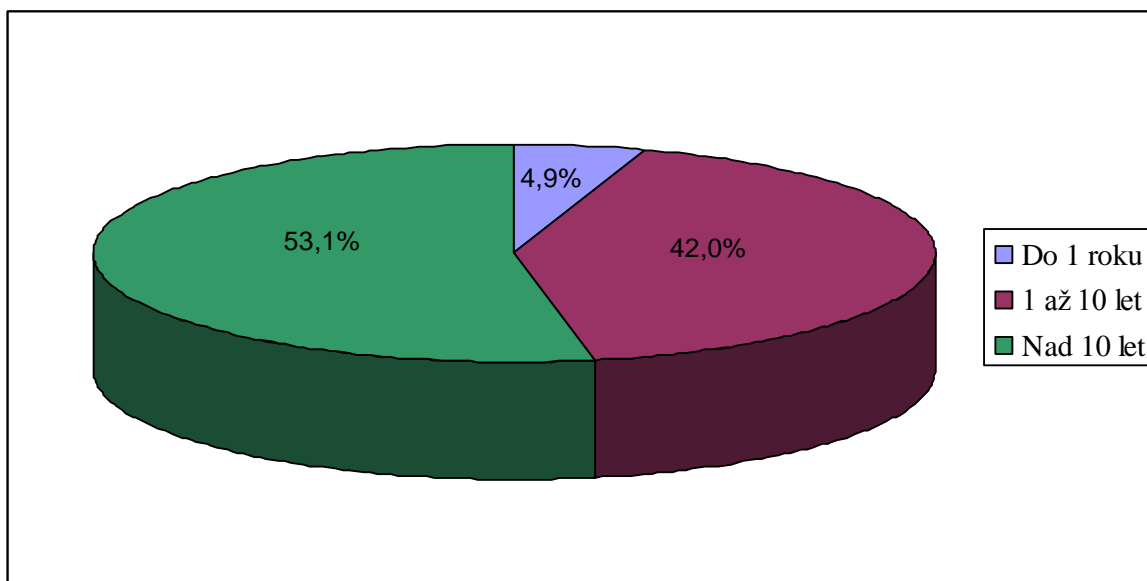
Graf č. 1 Typ oddělení



100% činí v této otázce 81 respondentů. Na chirurgickém oddělení pracuje 41 respondentů tj. 50,6% a na interním oddělení pracuje 40 respondentů tj. 49,4%.

Otázka číslo 2: **Jaká je Vaše délka praxe?**

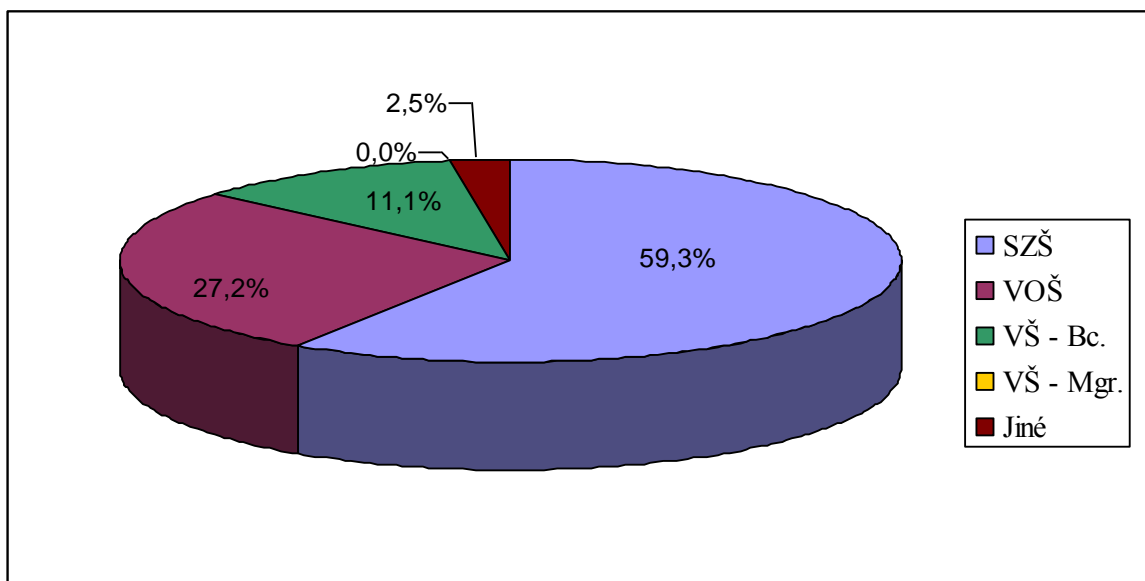
**Graf č. 2 Délka praxe respondentů**



V této otázce tvoří 81 respondentů 100%. Nejméně respondentů 4,9% pracuje v klinické praxi kratší dobu než jeden rok. Mezi 1 až 10 lety pracuje 42,0% respondentů a nejvíce respondentů, tedy 53,1% pracuje v klinické praxi více jak 10 let.

### Otázka číslo 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

**Graf č. 3** Vzdělání respondentů

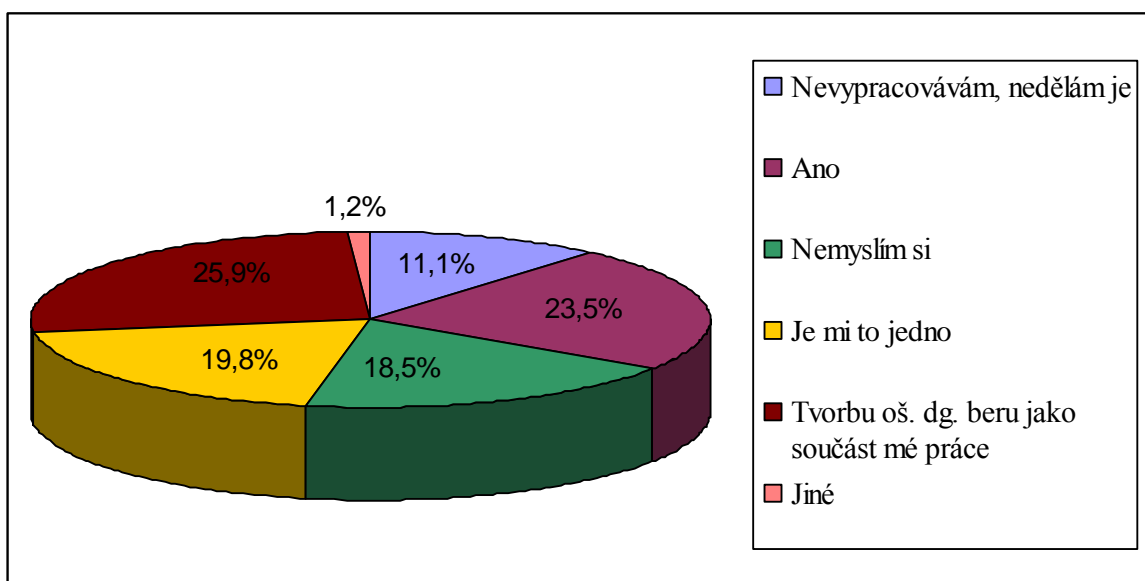


Odpovídalo 81 dotazovaných, kteří tvoří 100%. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů je u 59,3% středoškolské a 27,2% dosáhlo nejvyššího vzdělání na vyšší odborné škole. Vysokoškolského vzdělání bakalářského typu dosáhlo 11,1% respondentů, magisterského vzdělání nedosáhl žádný z respondentů. Jiného nejvyššího vzdělání dosáhla 2,5% respondentů.

Jeden z respondentů odpovídající na otázku jiné, dosáhl nejvyššího vzdělání ve specializaci v chirurgii a druhý získal specializaci ARIP.

#### Otázka číslo 4: Je pro Vás tvorba ošetrovatelských diagnóz zatěžující?

**Graf č. 4** Tvorba ošetrovatelských diagnóz

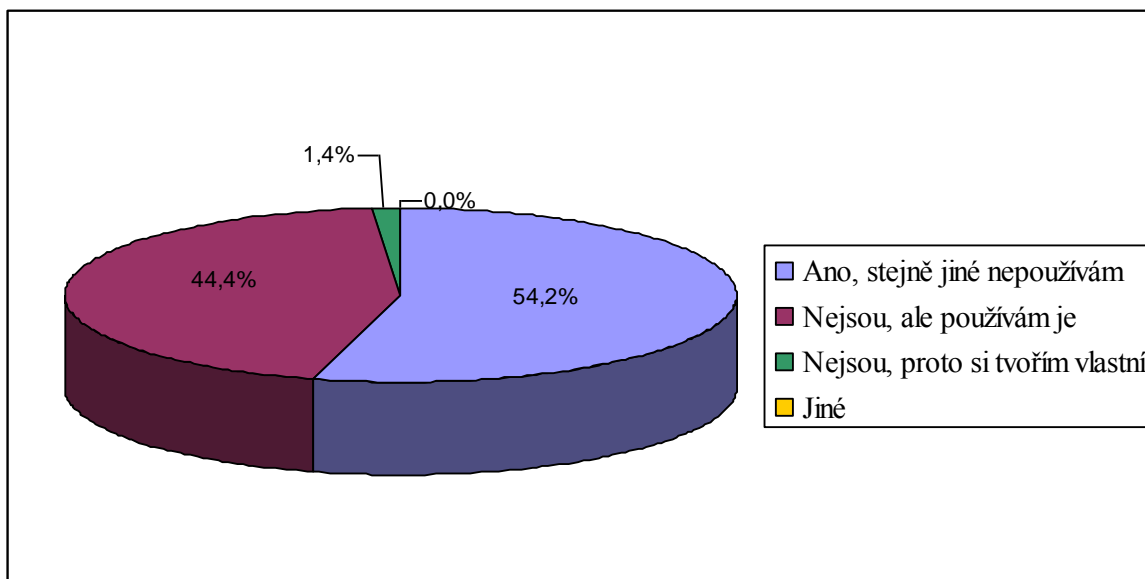


Na tuto otázku odpovědělo 81 respondentů, tento počet činí 100%. 11,1% z nich uvedlo, že ošetrovatelské diagnózy nevypracovávají. Tito respondenti na další otázky neodpovídali. Tvorba ošetrovatelských diagnóz je pro 23,5% respondentů zatěžující a 18,5% respondentů si toto nemyslí. 19,8% respondentů je tvorba ošetrovatelských diagnóz jedno a 25,9% respondentů berou tvorbu ošetrovatelských diagnóz jako součást své práce. Variantu odpovědi jiné využilo 1,2% respondentů.

Odpověď jiné zvolil jeden z respondentů a uvedl, že jej tvorba ošetrovatelských diagnóz zdržuje od důležitějších činností.

Otázka číslo 5: Jsou pro Vás předtištěné ošetrovatelské diagnózy ve Vaší dokumentaci dostačující?

Graf č. 5 Dostatečnost ošetrovatelských diagnóz

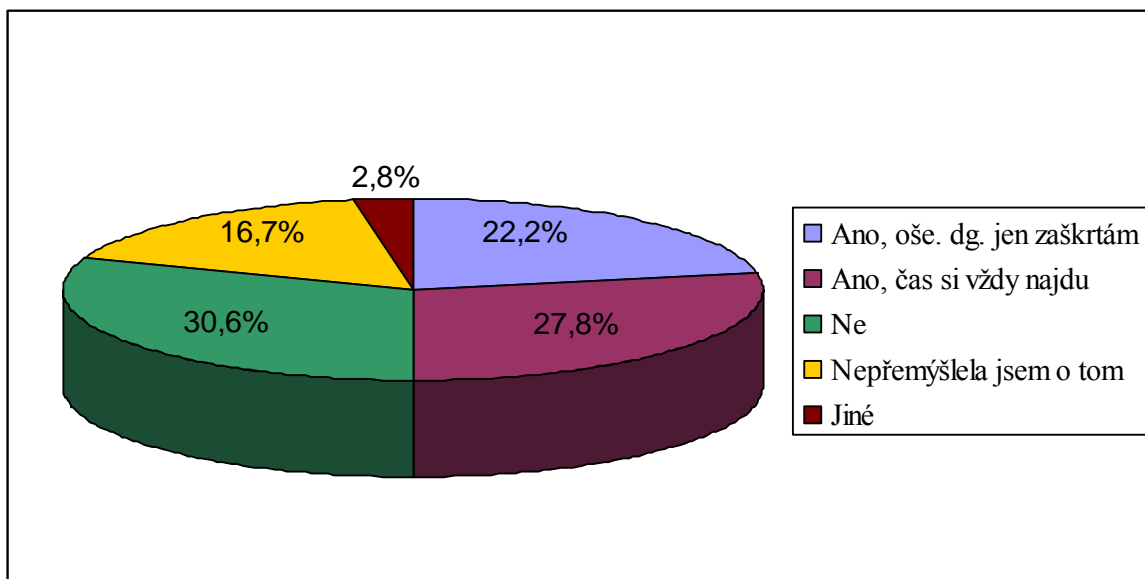


Na tuto otázku odpovídalo celkem 72 respondentů, proto tento počet činí celkem 100%. Pro 54,2% respondentů jsou předtištěné ošetrovatelské diagnózy v ošetrovatelské dokumentaci dostačující, protože stejně jiné nepoužívají. Pro 44,4% respondentů tyto předtištěné ošetrovatelské diagnózy nejsou dostačující, ale přesto je používají. Pouhému 1,4% respondentů předtištěné ošetrovatelské diagnózy nevyhovují, proto si tvoří vlastní. Variantu odpovědi jiné nezvolil žádný respondent.



Otázka číslo 6: **Máte při Vaší práci dostatek času pro tvorbu ošetřovatelských diagnóz?**

**Graf č. 6 Časový prostor pro tvorbu ošetřovatelských diagnóz**

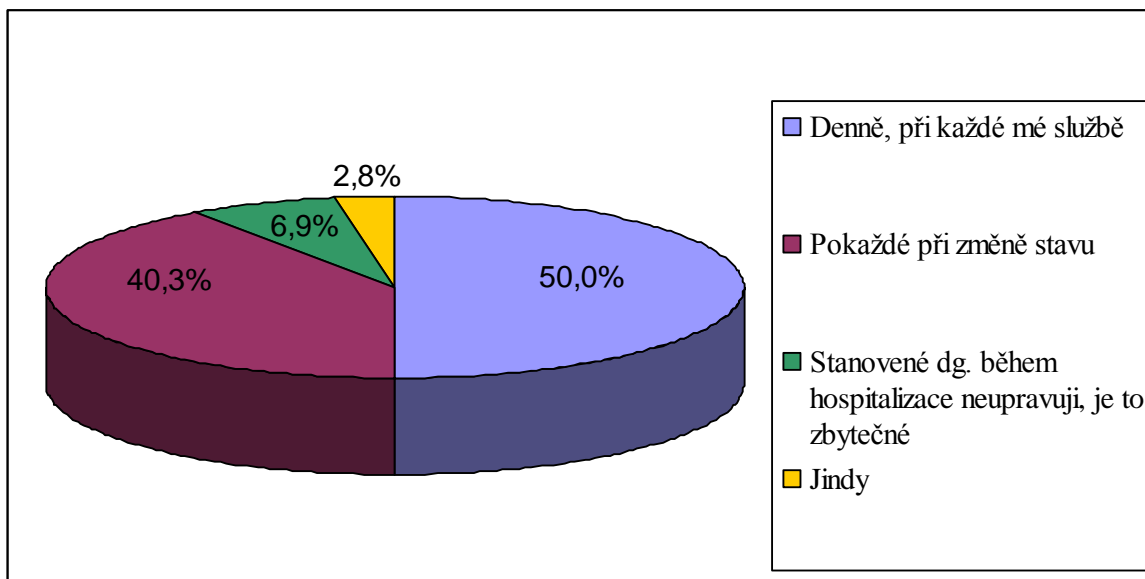


Nyní 72 respondentů tvoří 100%. Zde uvedlo 22,2% respondentů, že na tvorbu ošetřovatelských diagnóz mají dostatek času a ošetřovatelské diagnózy pouze zaškrtnávají. Celkem 27,8% respondentů si na tvorbu ošetřovatelských diagnóz čas vždy najde. Oproti tomu 30,6% respondentů odpovědělo, že na tvorbu ošetřovatelských diagnóz při své práci čas nemá. 16,7% respondentů uvedlo, že nepřemýšlelo, zda mají čas na tvorbu ošetřovatelských diagnóz. Variantu odpovědi jiné uvedla 2,8% respondentů.

Z těchto respondentů odpovídajících na odpověď jiné, bylo 1krát uvedeno, že respondent na tvorbu ošetřovatelských diagnóz čas má, i když diagnózy zaškrtnává i dopisuje podle potřeby. Druhý respondent uvedl, že na tvorbu má čas podle aktuálního provozu oddělení.

Otázka číslo 7: **Jak často kontrolujete stanovené ošetrovatelské diagnózy u Vašich klientů?**

**Graf č. 7 Kontrola ošetrovatelského plánu**

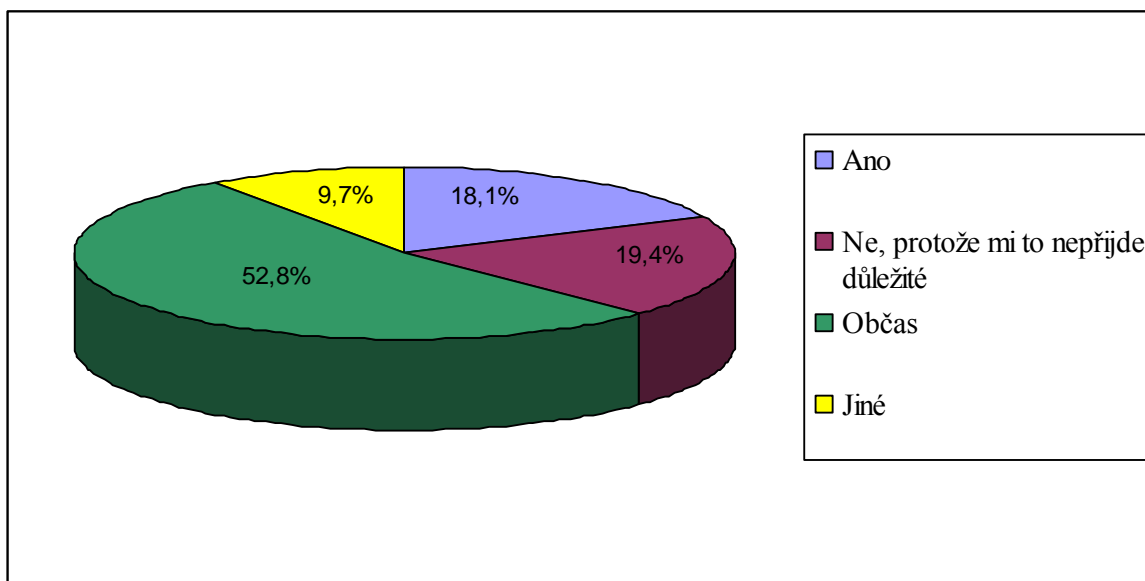


100% zde tvoří 72 dotazovaných. Stanovené ošetrovatelské diagnózy u svých klientů 50,0% dotazovaných kontroluje při každé své službě. Dalších 40,3% respondentů kontroluje ošetrovatelské diagnózy pokaždé při změně zdravotního stavu klienta a 6,9% respondentů stanovené ošetrovatelské diagnózy během klientovi hospitalizace neupravuje, protože jim to nepřijde důležité. 2,8% respondentů zvolilo odpověď, že stanovené ošetrovatelské diagnózy kontrolují jindy.

Ošetrovatelské diagnózy kontroluje jeden z respondentů jindy a to na noční službě a 2 z nich je nekontrolují téměř nikdy.

## Otázka číslo 8: Konzultujete stanovený ošetrovatelský plán se svým klientem?

**Graf č. 8 Konzultace s klientem**

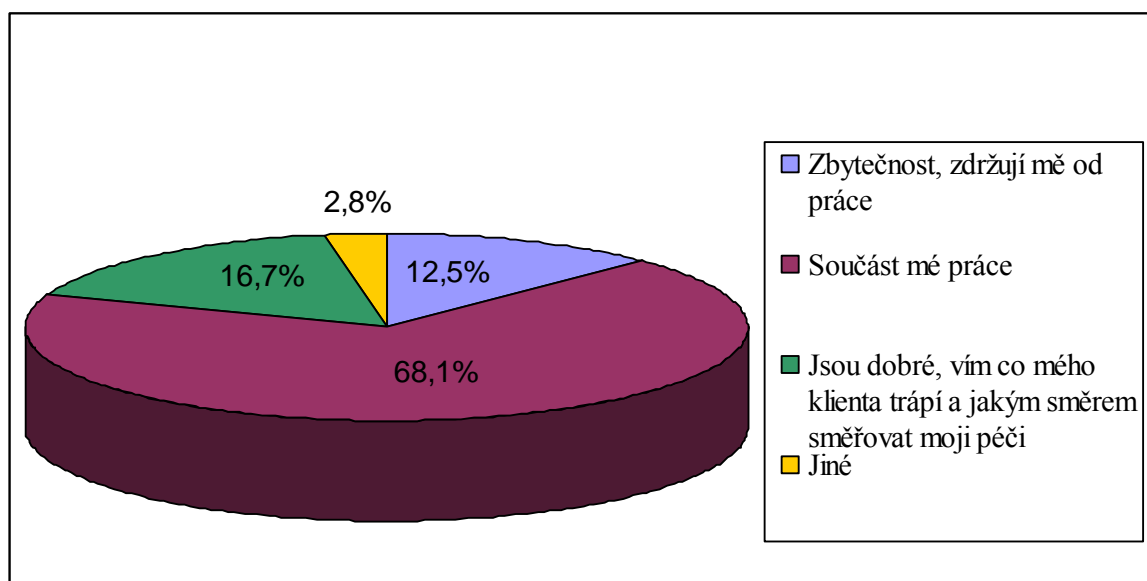


Celkový počet odpovídajících, tedy 100% tvoří 72 dotázaných. Na tuto otázku zodpovědělo 18,1% respondentů, že ošetrovatelský plán s klientem konzultují. Oproti tomu 19,4% respondentů s klientem ošetrovatelský plán nekonzultuje, protože jim to nepřijde důležité. Dalších 52,8% respondentů konzultuje plán s klientem pouze občas a 9,7% z dotazovaných zvolilo variantu jiné.

Na odpověď jiné odpovědělo celkem 7 respondentů. 2 z nich plán nekonzultují a další 3 z nich uvádějí jako důvod proč nekonzultují s klientem nedostatek času. Dále 1 dotazovaný uvedl odpověď, že s klienty plán nekonzultuje, protože si myslí, že je to nezajímá. Poslední z nich plán konzultuje pouze pokud klient spolupracuje.

## Otázka číslo 9: Co si myslíte o ošetrovatelských diagnózách?

**Graf č. 9** Názor na ošetrovatelské diagnózy

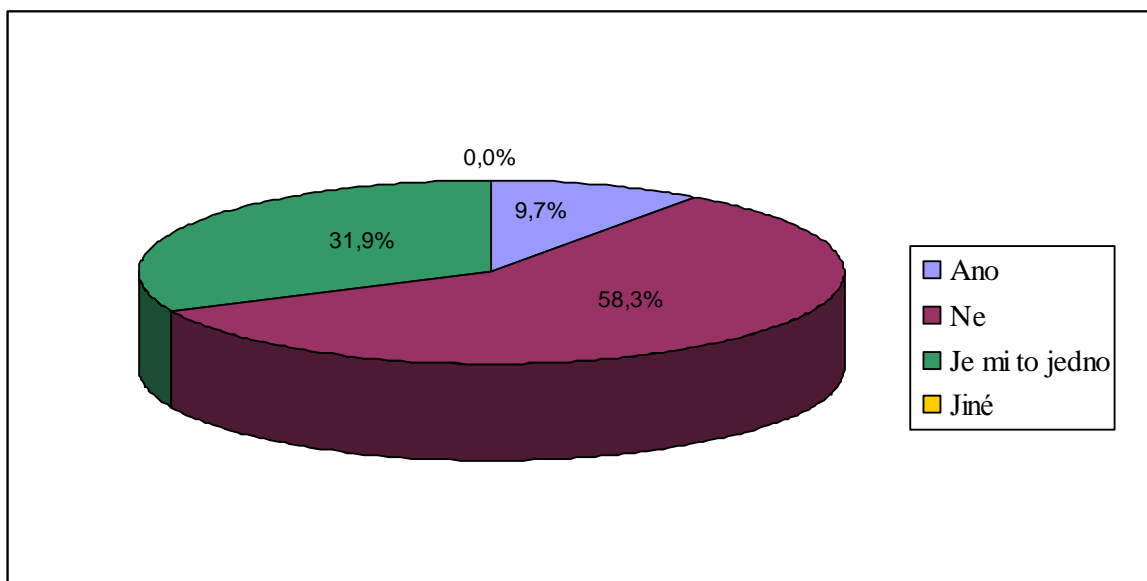


Ze 100% respondentů neboli z počtu 72 odpovědělo 12,5%, že ošetrovatelské diagnózy jsou zbytečné a zdržují je od práce. Dalších 68,1% respondentů je bere jako součást jejich práce. 16,7% odpovědělo, že ošetrovatelské diagnózy jsou dobré, protože vědí, co klienta trápí a jakým směrem směřovat ošetrovatelskou péči. 2,8% respondentů zvolilo odpověď jiné.

Všichni z dotazovaných, kteří zvolili odpověď jiné, se shodli. Myslí si, že by byli ošetrovatelské diagnózy dobré, pokud by sestra měla na starost při své práci méně klientů.

Otázka číslo 10: **Uvítal/a by jste změnu při zaznamenávání ošetřovatelských diagnóz?**

**Graf č. 10 Záznam ošetřovatelských diagnóz**

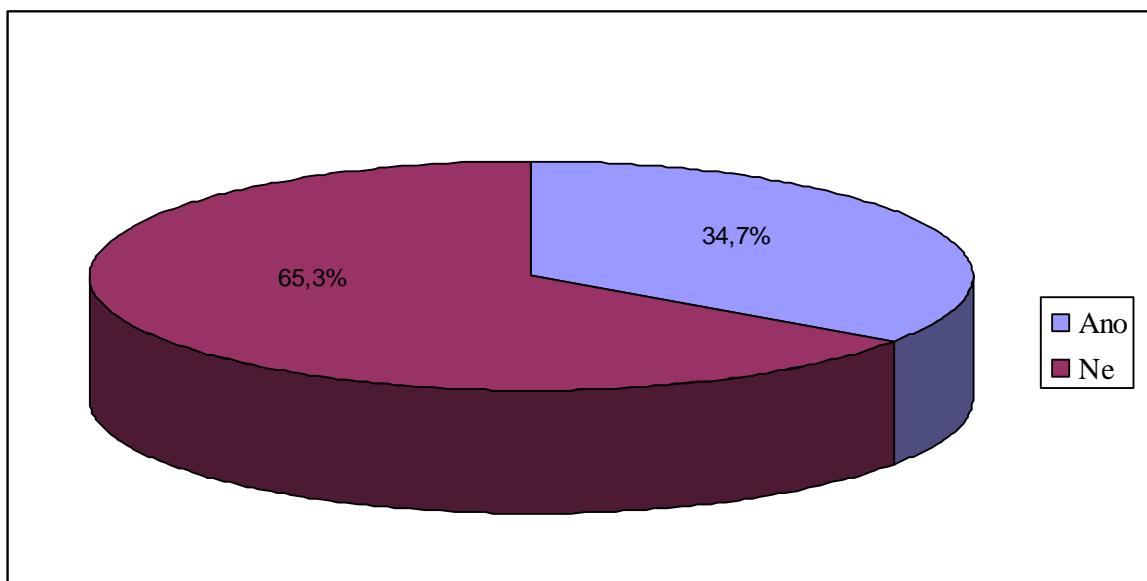


72 respondentů tvoří 100%. Z tohoto počtu 9,7% uvedlo, že by změny v zaznamenávání ošetřovatelských diagnóz uvítala. Názory na změny v zaznamenávání ošetřovatelských diagnóz, mohli respondenti také vyjádřit. Tyto názory jsou dále probrány pod grafem. 58,3% respondentů by změny v zaznamenávání ošetřovatelských diagnóz neuvítalo. Dalším 31,9% respondentů je jedno, kdyby nastaly změny v záznamu. Variantu jiné nevybral žádný z dotazovaných.

V názorech na změny v zaznamenávání ošetřovatelských diagnóz se respondenti rozcházejí. Dotazovaní by uvítali zaznamenávání v multimediální podobě, stručněji zpracované ošetřovatelské diagnózy, ale jiní z nich by chtěli více rozpracované a podrobnější předtištěné ošetřovatelské diagnózy. Dále by rádi více spolupracovali s lékařem či měli více času i prostoru pro tvorbu vlastních ošetřovatelských diagnóz. V neposlední řadě by prý bylo dobré mít celkově lepší ošetřovatelskou dokumentaci.

Otázka číslo 11: **Setkal/a jste se někdy s taxonomií NANDA II doménami?**

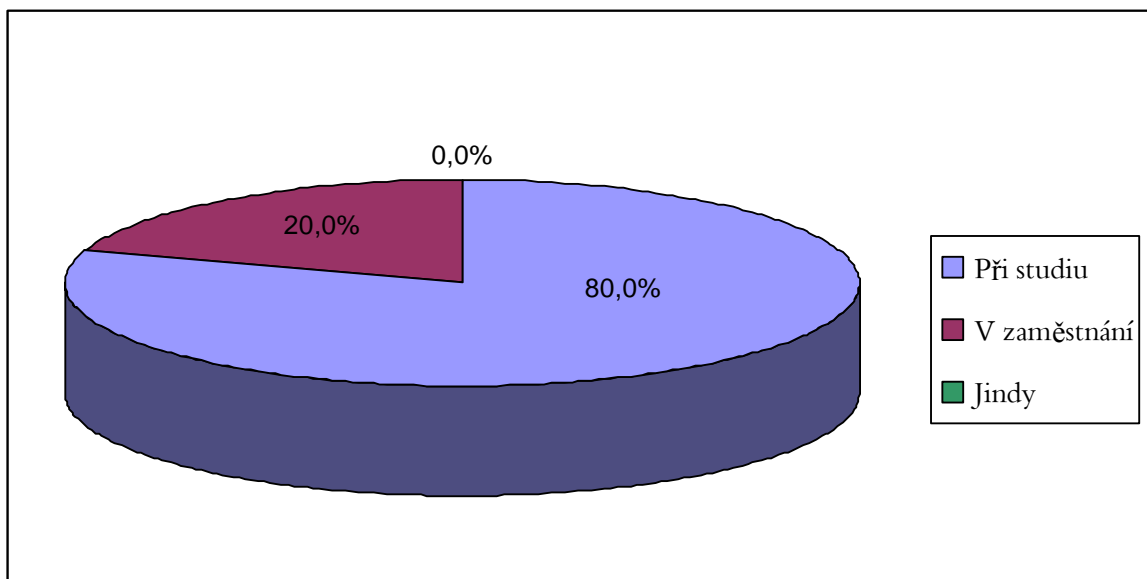
**Graf č. 11 Taxonomie NANDA II**



Z celkového počtu 72 respondentů tvořících 100% se 34,7% z nich za svoji praxi setkalo z taxonomií NANDA II a 65,3% respondentů se s ní nikdy neseťkala.

Otázka číslo 12: **Kde jste se prvně setkal/a s tvorbou ošetrovatelských diagnóz dle NANDA domén?**

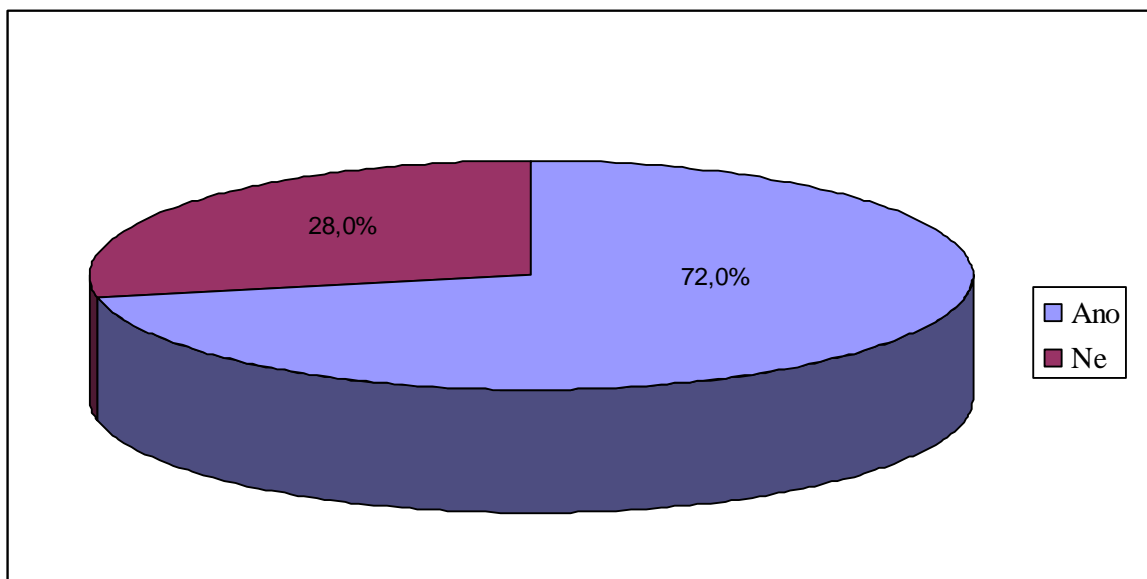
**Graf č. 12 První kontakt s taxonomií NANDA II**



Počet respondentů pro tuto otázku je nyní 25, což tvoří 100%. 80,0% z nich uvedlo, že se s tvorbou ošetrovatelských diagnóz dle taxonomie NANDA II prvně setkala při svém studiu a 20,0% v zaměstnání. Jindy se taxonomií NANDA II nestkal žádný dotazovaný.

Otázka číslo 13: **Znáte knižní publikaci NANDA International Ošetrovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2009-2011?**

**Graf č. 13 Znalost publikace NANDA International**

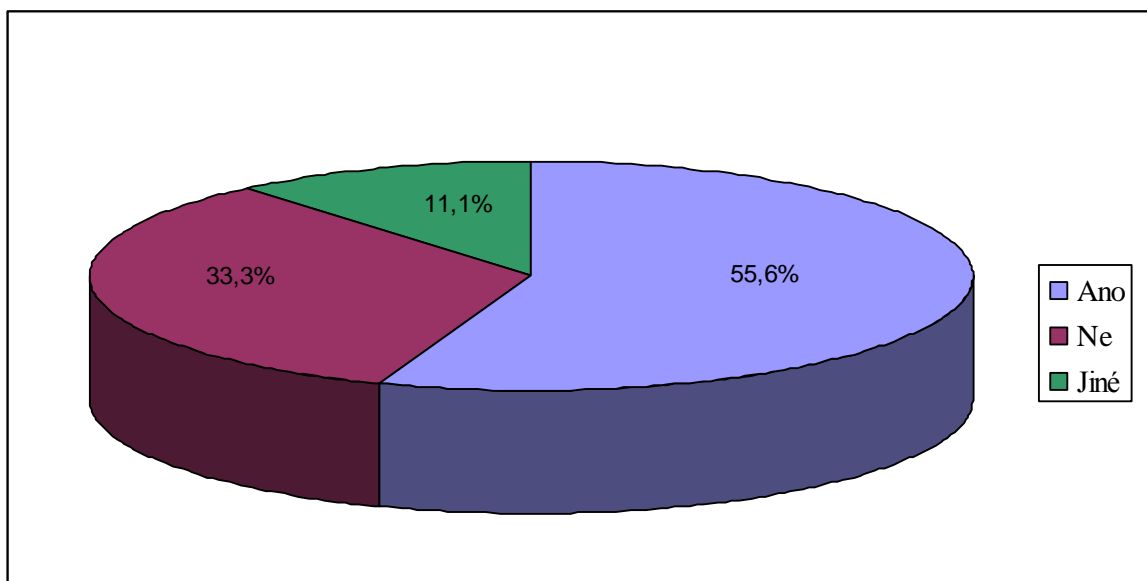


25 respondentů zde tvoří 100%. 72,0% dotazovaných knižní publikaci NANDA International zná a 28,0% z nich se s touto publikací neseťkalo.



Otázka číslo 14: **Je pro Vás publikace taxonomie NANDA II přehledná?**

**Graf č. 14 Přehlednost publikace NANDA International**

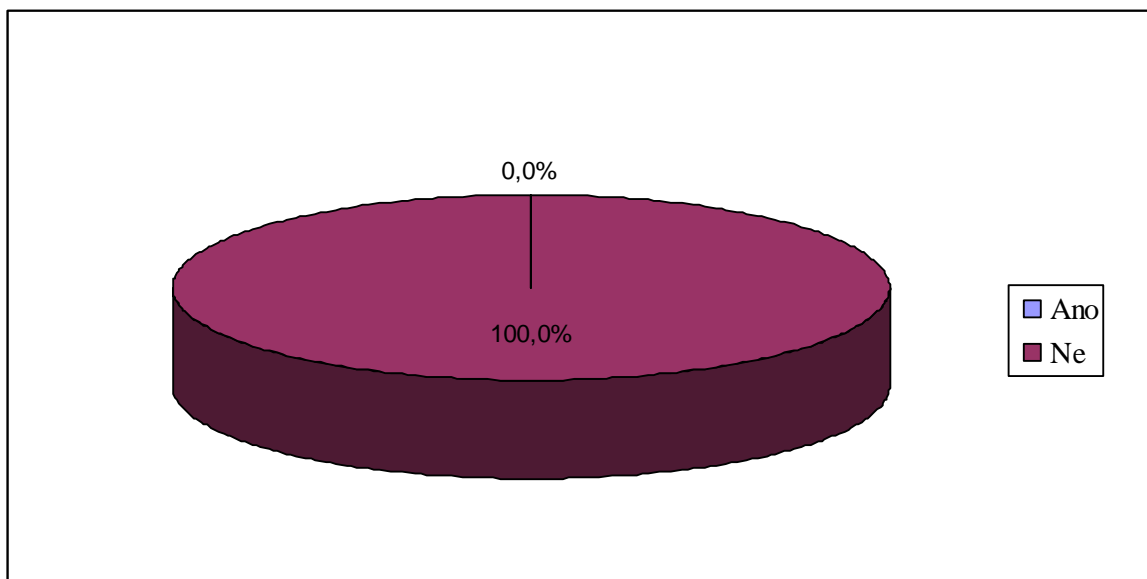


Na tuto otázku odpovídalo 18 respondentů, kteří činí 100%. Pro 55,6% dotazovaných je publikace NANDA International přehledná, ale na 33,3% z nich nepůsobí přehledně. 11,1% dotazovaných zvolilo variantu jiné.

Zde na variantu jiné odpověděl 1 z respondentů, že jsou v publikaci uváděny i lékařské diagnózy, proto mu publikace přijde nepřehledná. Další dotazovaný uvedl sice znalost publikace, avšak nikdy ji hlouběji nezkoumal a nečetl.

Otázka číslo 15: Máte na Vašem oddělení k dispozici knižní publikaci NANDA International Ošetřovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2009-2011?

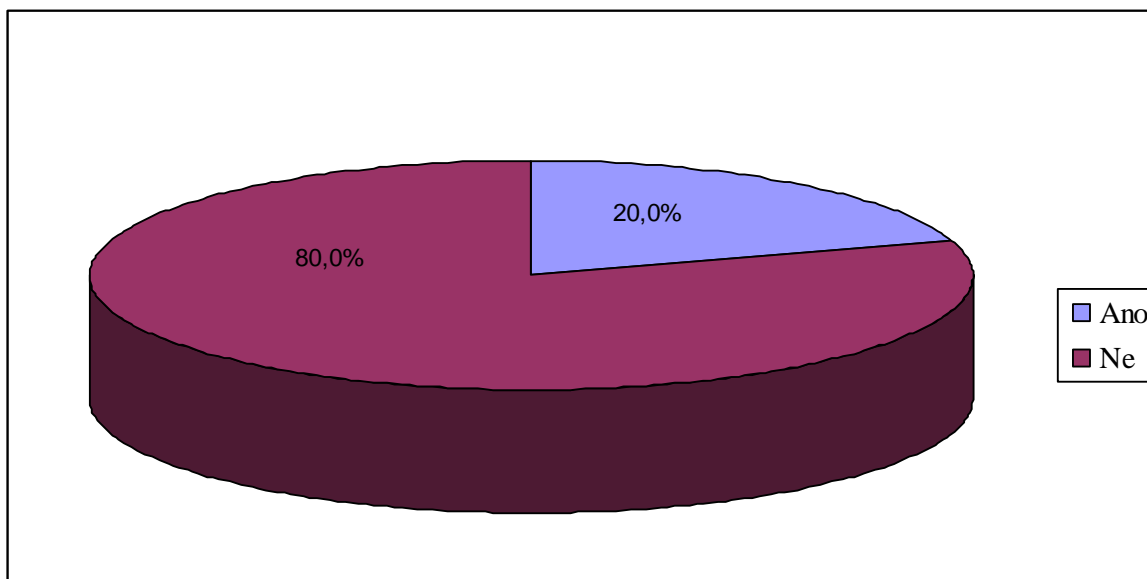
Graf č. 15 Přítomnost publikace NANDA International na oddělení



100,0% respondentů, což činí 25 odpovědí, uvedlo, že na svém oddělení publikaci NANDA International k dispozici nemají.

Otázka číslo 16: **Používáte ošetrovateľské diagnózy dle taxonomie NANDA II domén při vykonávaní svého povolání všeobecné sestry?**

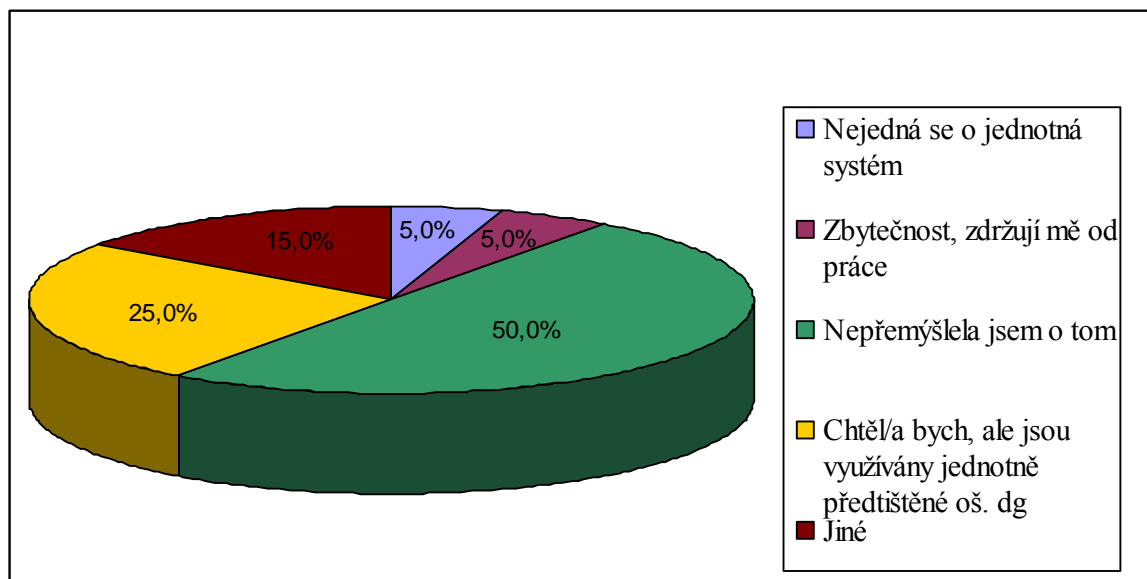
**Graf č. 16 Využívání oš, dg. dle taxonomie NANDA II**



Z počtu 25 respondentů, kteří tvoří 100% uvedlo 20,0%, že při své praxi využívají tvorbu ošetrovateľských diagnóz dle taxonomie NANDA II a 80,0% z nich při své práci tyto ošetrovateľské diagnózy nevyužívají.

Otázka číslo 17: **Z jakého důvodu ošetrovatelské diagnózy dle taxonomie NANDA II domén při svém povolání všeobecné sestry nepoužíváte?**

**Graf č. 17 Důvod nepoužívání taxonomie NANDA II**

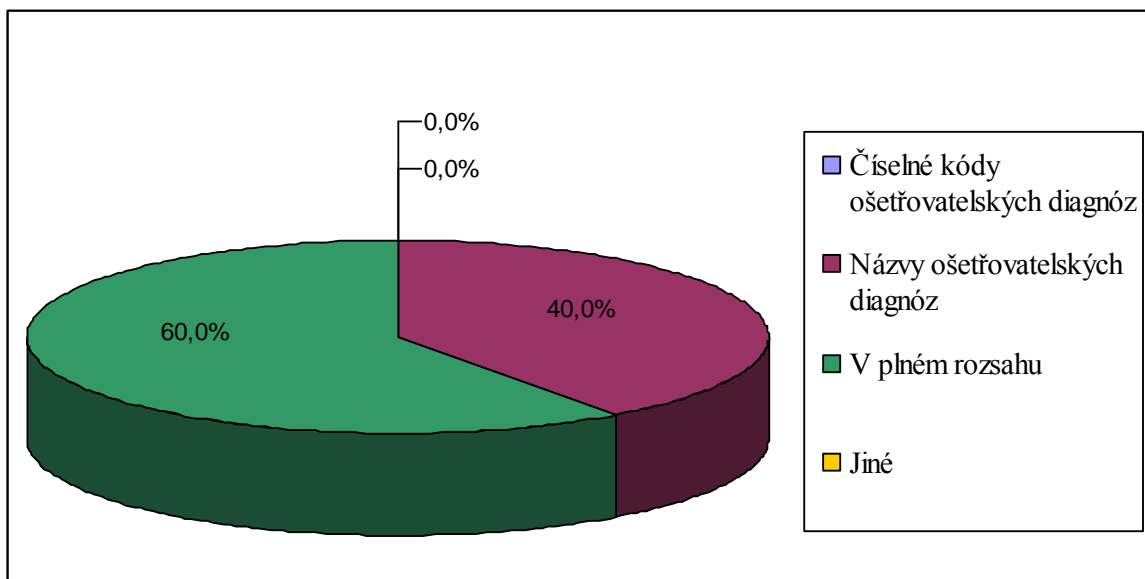


Na tuto otázku odpovídalo 20 respondentů tvořící 100%, kteří v předchozí otázce zvolili odpověď ne. Z těchto respondentů 5,0% odpovědělo, že nevyužívají ošetrovatelské diagnózy dle taxonomie NANDA II, protože se nejedná o jednotný systém, dalších 5,0% je nevyužívá, protože je to zbytečnost, která zdržuje od práce. 50,0% z dotázaných nepřemýšlelo, proč tuto taxonomii nevyužívají. 25,0% z nich, by chtělo využívat ošetrovatelské diagnózy dle taxonomie NANDA II, ale jsou využívány jednotně předtištěné a 15,0% respondentů zvolilo variantu jiné.

U možnosti jiné byly uvedeny tyto možnosti: *„Pro nedostatek času používám předtištěné ošetrovatelské diagnózy. Nevyužívám je, protože mi NANDA nepřijde přehledná na vyhledávání. Nepoužívám ošetrovatelské diagnózy podle NANDA domén, protože jsou zde špatně formulované diagnózy.“*

Otázka číslo 18: **V jakém rozsahu ošetrovatelské diagnózy dle taxonomie NANDA II domén při tvorbě ošetrovatelského plánu používáte?**

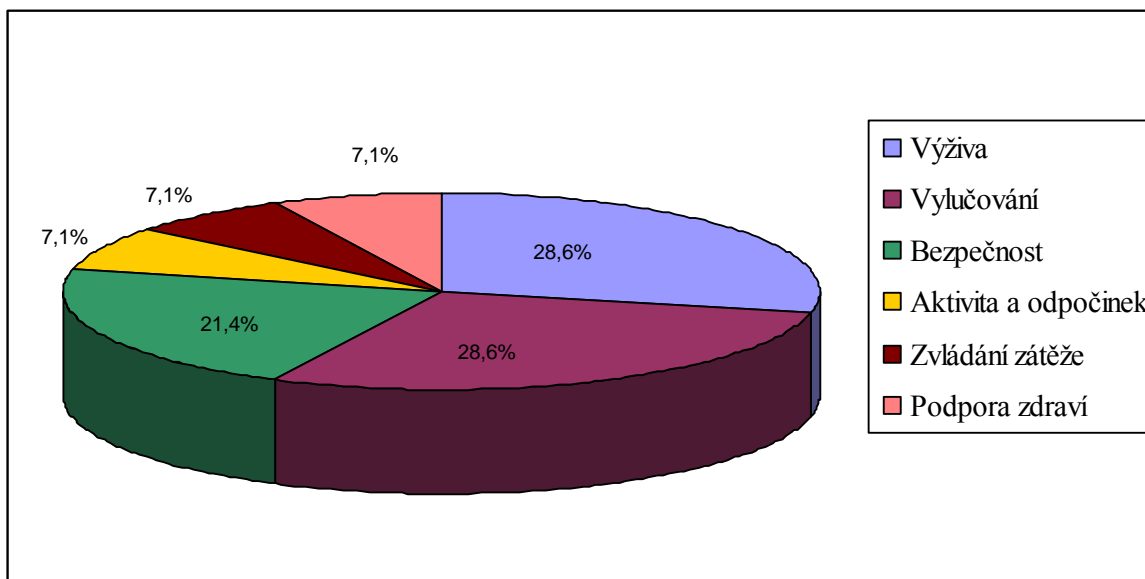
**Graf č. 18 Rozsah využívání ošetrovatelských diagnóz dle taxonomie NANDA II**



U této otázky tvoří 100% 5 respondentů. Žádný z respondentů nevedl variantu, že využívá ošetrovatelské diagnózy dle taxonomie NANDA II pouze jako číselné kódy. 40,0% respondentů uvedlo, že využívají jen názvy ošetrovatelských diagnóz dle taxonomie NANDA II a 60,0% z nich odpovědělo, že ošetrovatelské diagnózy dle této taxonomie používají při své práci v celém znění. Variantu jiné nevedl nikdo.

Otázka číslo 19. **Které domény z taxonomie NANDA II nejčastěji využíváte u svých klientů?** Tyto domény prosím vypište.

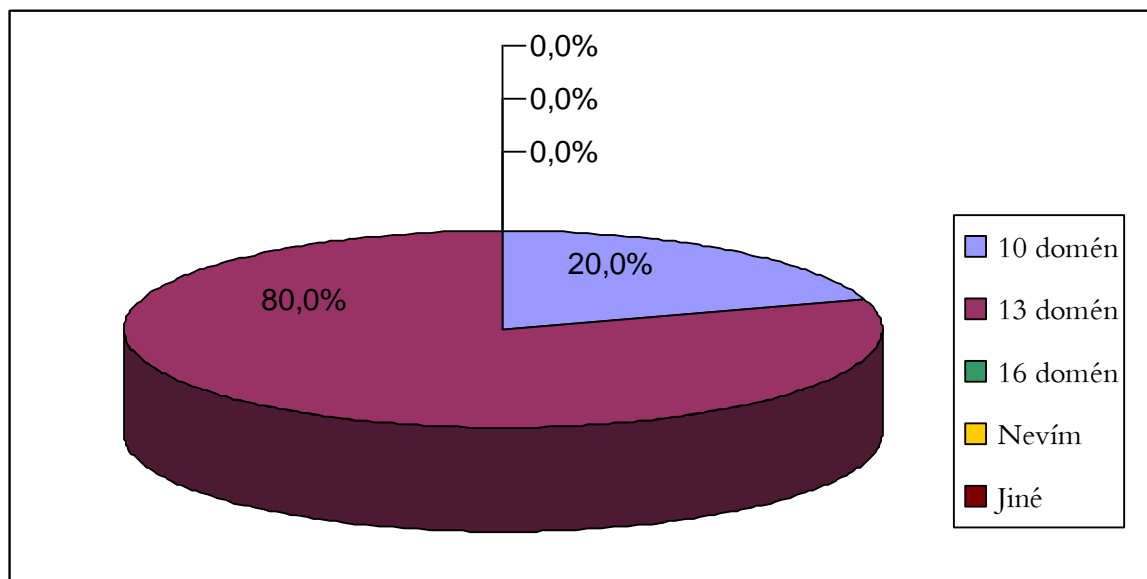
**Graf č. 19 Používané diagnostické domény**



5 respondentů nyní tvoří 100%. Na dotaz, které diagnostické domény z taxonomie NANDA II všeobecné sestry, ošetrovatelé využívají u svých klientů, odpovědělo shodně 28,6% respondentů, že nejčastěji využívají doménu týkající se výživy a stejně tak doménu zabývající se vylučováním. 21,4% respondentů využívá také doménu zaměřenou na bezpečnost. 7,1% dotázaných udalo také doménu zaměřenou na Aktivitu a odpočinek, dalších 7,1% respondentů využívá doménu o zvládání zátěže. Doménu na podporu zdraví využívá rovněž 7,1% z dotázaných.

Otázka číslo 20: **Z kolika domén z taxonomie NANDA II si můžete vybírat své ošetrovatelské diagnózy?**

**Graf č. 20 Diagnostické domény**



Nyní 5 respondentů tvoří celkových 100%. Na tuto otázku zodpovědělo 20,0% respondentů, že taxonomie NANDA II obsahuje 10 diagnostických domén a 80,0% dotazovaných uvedlo, že obsahuje 13 diagnostických domén. Další varianty odpovědi ne zvolil nikdo.

## 12 DISKUZE

Cílem této práce bylo vzhledem k problematice daného tématu zjistit míru využívání taxonomie NANDA II v klinické praxi. I přes aktuálnost tohoto tématu však ohlas během dotazníkového šetření nebyl vždy kladný. Již během distribuce dotazníků k jednotlivým respondentům, nebyli dotazovaní vždy plně informováni o taxonomii NANDA a často si žádali bližší vysvětlení o jaký klasifikační systém se jedná. O této skutečnosti také vypovídají výsledky dotazníkového šetření.

První hypotéza ve znění *většina všeobecných sester má odmítavý postoj k tvorbě ošetrovatelských diagnóz* se nepotvrdila. K této hypotéze se vztahovaly otázky číslo 4, 5, 7, 9. Pro potvrzení této hypotézy bylo předem stanovené kritérium (viz podkapitola 7.1 Formulace hypotéz). Pouze v jednom případě vybranou odpověď zvolilo 54,2% respondentů. A to v případě otázky číslo 5. Z uvedených výsledků je patrné, že sestry berou tvorbu ošetrovatelských diagnóz především jako součást své práce. Průměrně 8% respondentů považuje tvorbu ošetrovatelských diagnóz za přínos pro svoji práci. Z výsledků šetření dále plyne, že přes 30% dotazovaných na tvorbu ošetrovatelských diagnóz při své práci čas nemá. Ačkoliv respondenti uvádějí, že nemají čas na tvorbu diagnóz, ošetrovatelský plán se svým klientem velmi často konzultují. Až 18,1% respondentů vždy konzultuje stanovený ošetrovatelský plán se svými klienty a více jak 52% tento plán konzultuje občas. U otázky, zda by dotazovaní uvítali změny právě při zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz, se názory liší. Přes 58% z nich by změny v zaznamenávání nevítili. Necelých 10 % dotazovaných by změny uvítali. Nejzajímavější změny, které respondenti navrhovali je zejména záznam ošetrovatelských diagnóz v multimediální podobě či více prostoru pro vlastní tvorbu diagnóz ve stávající dokumentaci. Také stojí za zmínku jistě to, že respondent navrhoval více propracovat a rozšířit předdefinované ošetrovatelské diagnózy. Celkový postoj respondentů - všeobecných sester, ošetrovatelů - k tvorbě ošetrovatelských diagnóz je neutrální. A to vzhledem k tomu, že většina respondentů bere tvorbu ošetrovatelských diagnóz jako součást své práce, stanovený plán konzultují občas a většina z nich by nevítila žádné změny v záznamu ošetrovatelských diagnóz. V dotazníku byla také uvedena otázka číslo 2 týkající se délky praxe respondentů. Tato otázka byla porovnávána v souvislosti s postojem všeobecných sester k tvorbě ošetrovatelských diagnóz. Ukázalo se, že postoj sester k tvorbě ošetrovatelských diagnóz na délce praxe nezávisí.



Hypotéza číslo 2, ve znění *většina sester se ve své práci s tvorbou ošetrovatelských diagnóz dle taxonomie NANDA II neseťkala*, se potvrdila. K této hypotéze se vztahovala otázka číslo 11. Jak již bylo zmíněno na tuto otázku neodpovídali všichni respondenti, ale pouze 72. Za svoji praxi se s taxonomií NANDA II nikdy neseťkalo 47 respondentů, tedy 65,3%. Pouze 34,7% respondentů se s touto taxonomií seťkalo. Je velmi zajímavé, že i přes nutnost vzdělávání všeobecných sester taxonomií NANDA II stále více jak polovina všeobecných sester nezná. Jak se dalo předpokládat, ti kteří znají tuto taxonomii, se s ní prvně seťkali při studiu a to až v 80%. Zbylých 20% z nich se prvně seťkalo s taxonomií NANDA II v zaměstnání. Ke znalostem tohoto klasifikačního systému, lze dále řadit otázku týkající se znalosti právě publikace NANDA International, ošetrovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2009-2011. Tuto publikaci zná více než 70% respondentů. Zajímavé je, že 28% dotazovaných sice zná taxonomii NANDA II, ale publikaci, definující právě ošetrovatelské diagnózy, již neznají. Pro ty, kteří publikaci znají, je v 55,6% přehledná. Přes 30 % respondentů odpovědělo, že publikace s ošetrovatelskými diagnózami pro ně přehledná není.

Třetí hypotéza se nepotvrdila. Tato hypotéza zněla: *všeobecné sestry s vysokoškolským vzděláním využívají ve své práci více ošetrovatelské diagnózy dle taxonomie NANDA II než sestry s nižším vzděláním*. Zde byly stanoveny otázky číslo 3 a 16. Z celkového počtu 25 respondentů, kteří taxonomii NANDA znají, ji ve své práci využívá pouze 5. Z těchto dotazovaných mají vysokoškolské vzdělání, pouze 2. A to bakalářský titul. Mezi celkovým počtem respondentů nebyl žádný z nich, který by měl titul magisterský. Zbylí 3 respondenti mají vzdělání nižší a to ve dvou případech středoškolské a 1 z nich má dokončenou vyšší odbornou školu. Toto dosažené vzdělání však není řazeno do vysokoškolského vzdělání, proto není tento respondent počítán do skupiny, která získala titul vysokoškolský. Zajímavé je, že ačkoliv tato skupina respondentů při své práci ošetrovatelské diagnózy využívá, ani jeden z dotazovaných nevedl, že má publikaci NANDA International, ošetrovatelské diagnózy, definice a klasifikace na svém oddělení k dispozici. Respondenti uvedli, že používají ošetrovatelské diagnózy podle taxonomie NANDA buď v celém znění nebo pouze jejich název. Žádný z respondentů nevedl možnost, že využívá při své práci pouze číselné kódy ošetrovatelských diagnóz. Pokud by sestry používaly kódové označení diagnóz, vedlo by to k usnadnění jejich práce. Zejména pak ke snazší komunikaci mezi jednotlivými ošetrovatelskými týmy. Bohužel tento fakt není zatím zaveden do praxe. Výsledek u otázky číslo 19 se dal očekávat. Respondenti

uváděli, že nejčastěji při práci všeobecné sestry využívají domény zaměřené na výživu, vylučování a bezpečnost klienta. Očekávané je to proto, že právě problémy klienta a neuspokojené potřeby v oblastech výživy, vylučování a bezpečnosti sestry velmi často se svými klienty řeší. Odpovědi týkající se taxonomie NANDA svědčí o tom, že dotazovaní, kteří ji znají a používají, mají o tomto systému kvalitní informace. Za zmínku jistě stojí i názor 20 respondentů, kteří sice taxonomii NANDA II znají, ale při své práci ji nevyužívají. Na otázku z jakého důvodu tuto klasifikaci ošetřovatelských diagnóz nevyužívají odpovědělo 50% z nich, že o tom nepřemýšleli. Oproti tomu 25% těchto respondentů by chtělo využívat taxonomii při své práci, ale nevyužívají ji. Důvodem je právě fakt, že na pracovišti jsou využívány jednotně předdefinované ošetřovatelské diagnózy v ošetřovatelské dokumentaci.

Čtvrtá hypotéza definovaná jako *všeobecné sestry pracující na interních odděleních využívají ve své práci ošetřovatelské diagnózy dle NANDA II domén, více než všeobecné sestry na chirurgických odděleních* se opět nepotvrdila. K této hypotéze byly vypracovány otázky číslo 1 a 16. Jak již bylo zmíněno v kapitole 9 Vzorek respondentů, distribuováno bylo na každý typ oddělení 50 dotazníků. Toto bylo učiněno záměrně, aby mohlo být šetření považováno za validní. Dotazníků bylo navraceno 41 z chirurgických oddělení a 40 z interních oddělení. Z uvedených dat vyplývá, že z počtu respondentů na chirurgických odděleních využívá při své práci ošetřovatelské diagnózy dle taxonomie NANDA II 10% dotazovaných. Na interních odděleních využívá 3% z odpovídajících tuto taxonomii. I přes to, že respondentů z interních oddělení bylo o jednoho méně, lze tento fakt považovat za validní. Zjištění, že na chirurgických odděleních jsou ošetřovatelské diagnózy dle taxonomie NANDA využívány více je velmi zajímavé, protože se dal očekávat spíše opačný výsledek. A to vzhledem k provozu jednotlivých typů oddělení, charakteru problémů a délce hospitalizace klientů. Obecně je známé, že na interních odděleních bývají klienti hospitalizováni déle a mají většinou chronické problémy. Na chirurgických odděleních je nyní spíše tendence krátkodobých hospitalizací a problémy klientů jsou spíše akutního rázu, které často velmi rychle odeznívají. Zajisté tento fakt není platný pokaždé a ne u každého hospitalizovaného klienta.

Autorka Petruželová ve své bakalářské práci na téma Problematika začlenění NANDA taxonomie II do klinické praxe uvádí, že více jak 50% respondentů má k přijetí nové taxonomie kladný postoj a až 90% oslovených se s taxonomií NANDA II za dobu své praxe setkala. Porovnání znalostí respondentů z práce Petruželové a znalostí respondentů

z této práce, je zarážející. Tím více, když v její práci 100% tvořilo 85 respondentů. V této práci se s taxonomií setkalo pouze 34,7% respondentů.

V bakalářské práci byl také prostor pro vyjádření názorů respondentů na taxonomii NANDA a ošetrovatelskou diagnostiku. Tuto možnost využilo ze všech respondentů pouze 5%. Jeden z nich uvedl velmi zajímavý názor, že vzhledem k tomu, že má nyní na starosti při své práci mimo svých klientů i klienty zdravotních asistentů, se kterými vykonává službu, není pro něj v současnosti využívání taxonomie NANDA II možné. Ačkoliv taxonomii zná a rád by ji používal, není prý v současné době možné vzhledem k nutnosti kontroly a plnění zbytku ordinací za zdravotní asistenty ji používat kvalitně a zodpovědně. Proto by uvítal kvalitněji propracované předtištěné diagnózy nebo vyšší počet středního zdravotnického personálu. Jistě by více propracované ošetrovatelské diagnózy pomohly při uspokojování potřeb klientů nejedné všeobecné sestře. Především tím, že kvalitně zpracovaný ošetrovatelský plán pomůže rychleji dosáhnout odstranění klientových problémů. Zbylí respondenti uváděli velmi podobné názory na tvorbu ošetrovatelských diagnóz. Opakovaně uváděli názor, že se jim taxonomie NANDA II zdá nepřehledná a při práci všeobecné sestry v klinické praxi málo využitelná vzhledem k časové náročnosti jejich práce. Tento názor je velmi zajímavý, vzhledem k tomu, že kvalitní využívání taxonomie NANDA II naopak může práci sestry usnadnit.

Tato práce potvrdila fakt, že se taxonomie NANDA II v klinické praxi stále nevyužívá stejně jako v zahraničí. Jisté je, že faktorem pro nevyužívání je neznalost a nezkušenost. I když při studiu vysoké školy je taxonomie NANDA II velmi využívána při všech odborných předmětech a je vyučována velmi podrobně a na její znalost je kladen velký důraz, v klinické praxi tato skutečnost mizí. I přes již relativně velký počet vysokoškolsky vzdělaných sester, je procento neznalosti taxonomie NANDA II vysoké. Možný důvod může být také ten, že stále větší počet vysokoškoláků zastupuje vedoucí posty, tudíž nejsou přímo v ošetrovatelském procesu a přes veškerou administrativu možná zapomínají na tento fakt. Ačkoliv v práci všeobecné sestry je mnoho složité administrativy, kvalitní využívání taxonomie NANDA II při tvorbě ošetrovatelských diagnóz může ulehčit práci nejedné sestře.

## ZÁVĚR

Celá tato práce byla zaměřena na využívání taxonomie NANDA II v klinické praxi. Práce vycházela z teoretických poznatků zejména ošetrovatelského procesu a taxonomie NANDA II. Velmi důležité je si stále uvědomovat a nezapomínat na vztah mezi sestrou a klientem. Jestliže je tento vztah založený zejména na důvěře, porozumění a naslouchání, je zde jistý úspěch při uspokojování klientových potřeb. Dále je žádoucí, aby sestra uměla spolupracovat s rodinou svého klienta. Jedině kvalitní spolupráce a důvěryhodný vztah pomáhá klientovi svěřit se sestře se svými problémy. Takto může sestra snáze diagnostikovat neuspokojenou potřebu a vytvořit individuální ošetrovatelský plán, složený z ošetrovatelských diagnóz dle taxonomie NANDA II.

Na základě podrobného prostudování teoretických poznatků byla poté zpracovávána praktická část práce. Dotazník byl sestaven na základě znalostí z těchto oblastí, ale také podle stanovených hypotéz. Stanovené 4 hypotézy se ve třech případech nepotvrdily. Potvrzena byla pouze jedna z těchto hypotéz.

Cílem této práce bylo zjistit míru využívání taxonomie NANDA II v klinické praxi. Vzhledem k výsledkům vyhodnocených hypotéz bylo zjištěno, že používání NANDA není stále zavedeným postupem při práci všeobecné sestry. Největší bariérou při začleňování taxonomie do praxe byla určena neznalost tohoto klasifikačního systému.

Bylo by vhodné zahájit další výzkumné šetření. Nové šetření by mělo být hlubší a více zaměřené na jednotlivé bariéry při implantaci do praxe. Dále by bylo přínosné znát názory vrchních a staničních sester na problematiku ošetrovatelské diagnostiky a zvláště tvorby ošetrovatelských diagnóz dle taxonomie NANDA II. Zjistit tím, zda je problematikou více neznalost sester, nebo negativní postoj či neznalost tohoto klasifikačního systému již u nižšího managementu jednotlivých pracovišť. Zajímavé by jistě bylo srovnat i využívání taxonomie NANDA II v různých zdravotnických zařízeních nemocničního typu na více místech České republiky. V klinické praxi je v první řadě důležité, aby sestry s vysokoškolským vzděláním a znalostmi o této taxonomii edukovali o možnostech jejího využití své kolegy. Dále by bylo přínosné, aby jednotlivé kliniky a oddělení pořádaly pro své sestry semináře o využívání taxonomie NANDA II a novinkách v ošetrovatelské diagnostice. Samozřejmostí je přiměřená motivace pro sestry, aby se chtěly dále vzdělávat i v oblasti ošetrovatelské diagnostiky.

## LITERATURA A PRAMENY

BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr a TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 146s. ISBN 80-7013-416-X.

BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetrovatelství 1*. Plzeň: Maurea, 2010. 193s. ISBN 978-80-902876-4-8.

FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. 211s. ISBN 80-8063-227-8.

HERDMAN, T Heather. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2009-2011*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010. 456s. ISBN 978-80-247-3423-1.

KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Glenora a OLIVIERIOVÁ, Rita. *Ošetrovatelstvo – Koncepcia, ošetrovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836s. ISBN 80-217-0528-0.

KRAUS, Jiří a kol. *Nový akademický slovník cizích slov*. 3. vyd. Praha: Academia, 2009. 879s. ISBN 978-80-200-1415-3.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 206s. ISBN 978-80-247-3224-4.

MAREČKOVÁ, Jana a JAROŠOVÁ, Darja. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. 2.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 86s. ISBN 80-7368-058-0.

MAREČKOVÁ, Jana a PŘIKRYLOVÁ Libuše. Nanda klasifikace. *Sestra*. 2005. roč. 15, č.2, s.8-9, ISSN 1210-0404.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství, Systémový přístup, 1. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 187s. ISBN 80-246-0429-9.

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

PETRUŽELOVÁ, Tereza. *Problematika začlenění NANDA taxonomie II do klinické praxe*. [online] Zlín, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. [cit 16.3.2012] Dostupné z <http://dspace.k.utb.cz/handle/10563/12174>.

PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 285s. ISBN 978-80-247-3557-3.

STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství 4, Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005, 66s. ISBN 80-7013-283-3.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 136s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2006. 358s. ISBN 80-246-1091-4.

ŠČEPOŇCOVÁ, Sabina. NANDA taxonomie II. *Sestra* [online]. 2009. 79(20). [cit. 16. 3. 2012] ISSN 1210-0404. Dostupné z <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/nanda-taxonomie-ii-448158>.

TÓTHOVÁ, Valerie a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 159s. ISBN 978-80-7387-286-1.

TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 186s. ISBN 80-7013-324-4.

Věstník MZČR, ze září 2004, částka 9 metodická opatření.

VÖRÖSOVÁ, Gabriela. Validizácia a výskum diagnostických prvkov NANDA-International. In: *Cesta k profesionálnému ošetrovatelství II. Sborník příspěvků II. Slezské vědecké konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí konané dne 10. května 2007*. Opava: Slezská univerzita, 2007, 170s. ISBN 978-80-7248-413-3.

VÖRÖSOVÁ, Gabriela a BOLEDOVIČOVÁ, Mária. Vývoj sesterského diagnostikování. *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 12, s. 12. ISSN 1210-0404.

Zákon č. 96/2004 Sb. ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povoláních a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

# **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 Maslowova hierarchie potřeb

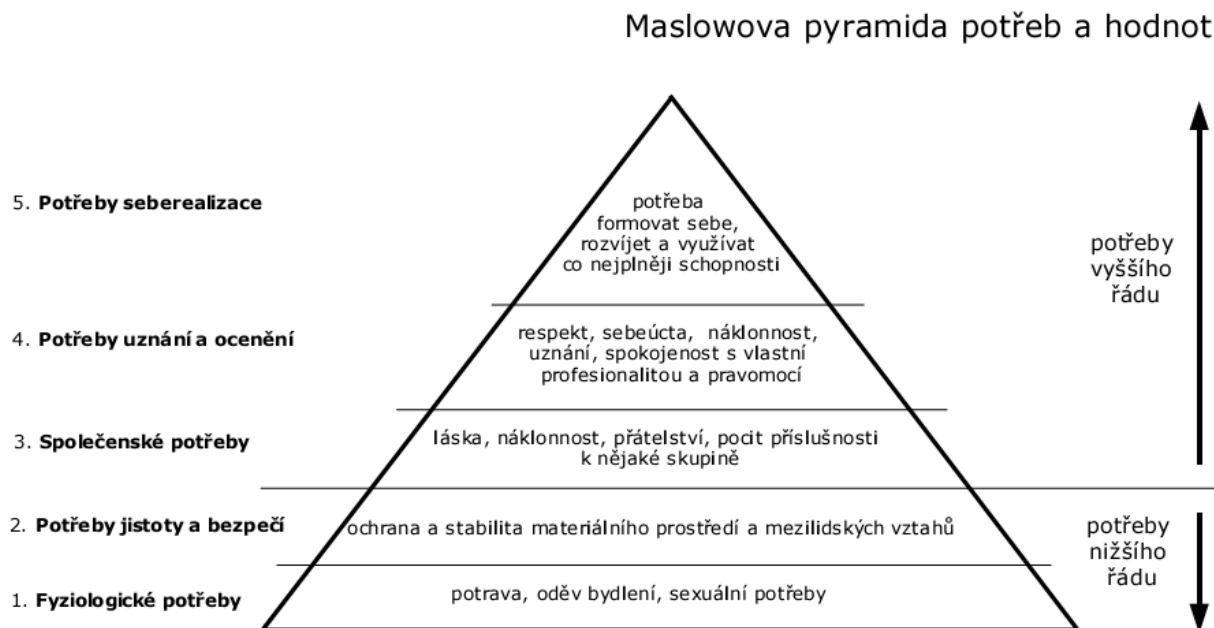
Příloha č. 2 Barthelův test základních všedních činností

Příloha č. 3 Dotazník



# 13 PŘÍLOHA

## Příloha č. 1 Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: <http://www.skuhry.com/img/maslow.gif>

**Příloha č. 2** Barthelův test základních všedních činností (ADL – Activities of Daily Living)

	<b>Činnost</b>	<b>Provedení činnosti</b>	<b>Bodové skóre*</b>
<b>1.</b>	<b>Příjem potravy a tekutin</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>2.</b>	<b>Oblékání</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>3.</b>	<b>Koupání</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
<b>4.</b>	<b>Osobní hygiena</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
<b>5.</b>	<b>Kontinence moči</b>	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
<b>6.</b>	<b>Kontinence stolice</b>	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
<b>7.</b>	<b>Použití WC</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>8.</b>	<b>Přesun lůžko – židle</b>	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
<b>9.</b>	<b>Chůze po rovině</b>	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
<b>10.</b>	<b>Chůze po schodech</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>Celkem</b>			

Hodnocení stupně závislosti: \*\*

**ADL 4** 0 – 40 bodů **vysoce závislý**  
**ADL 3** 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**  
**ADL 2** 65 – 95 bodů **lehká závislost**  
**ADL 1** 96 – 100 bodů **nezávislý**

\* zaškrtněte jednu z možností

\*\* zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

Zdroj: [http://is.muni.cz/th/174363/pedf\\_b/Pr.\\_c.\\_2\\_Bartheluv\\_test.doc](http://is.muni.cz/th/174363/pedf_b/Pr._c._2_Bartheluv_test.doc)

### Příloha č. 3 Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Jana Bísková a jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra Fakulty zdravotnických studií při Západočeské univerzitě v Plzni. Tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění tohoto dotazníku na téma Využívání taxonomie NANDA II v klinické praxi. Dotazník je určen pro všeobecné sestry/všeobecné ošetřovatele s různým stupněm vzdělání a délkou praxe. Dotazník je anonymní a poslouží pouze k účelům mé bakalářské práce. V dotazníku volte vždy jen jednu odpověď. Při výběru odpovědi *JINÉ*, prosím doplňte Vaši odpověď. Předem Vám děkuji za ochotu.

Jana Bísková, VŠS 3, FZS ZČU

1. Na jakém oddělení pracujete?

- a) interní
- b) chirurgické

2. Jaká je Vaše délka praxe?

- a) do 1 roku
- b) 1 až 10 let
- c) nad 10 let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) SZŠ
- b) VOŠ
- c) VŠ – bakalářské studium
- d) VŠ – magisterské studium
- e) Jiné (prosím, doplňte) .....

4. Je pro Vás tvorba ošetřovatelských diagnóz zatěžující?

- a) nevypracovávám, nedělám je
- b) ano
- c) nemyslím si
- d) je mi to jedno
- e) tvorbu ošetřovatelských diagnóz beru jako součást mé práce
- f) jiné (prosím, doplňte) .....

Dále pokračují ve vyplňování jen ti, kteří **ne** zvolili v otázce č. 4 variantu a)

5. Jsou pro Vás předtištěné ošetřovatelské diagnózy ve Vaší dokumentaci dostačující?

- a) ano, stejně jiné nepoužívám
- b) nejsou, ale používám je
- c) nejsou, proto je nepoužívám a tvořím vlastní
- d) jiné (prosím, doplňte) .....

6. Máte při Vaší práci dostatek času pro tvorbu ošetřovatelských diagnóz?

- a) ano, ošetřovatelské diagnózy jen zaškrtnám
- b) ano, čas si vždy najdu
- c) ne
- d) nepřemýšlela jsem o tom
- e) jiné (prosím, doplňte) .....

7. Jak často kontrolujete stanovené ošetřovatelské diagnózy u Vašich klientů?

- a) denně, při každé mé službě
- b) pokaždé při změně stavu
- c) stanovené diagnózy během hospitalizace neupravuji, je to zbytečné
- d) jindy (prosím, doplňte) .....

8. Konzultujete stanovený ošetřovatelský plán se svým klientem?

- a) ano
- b) ne, protože mi to nepřijde důležité
- c) občas
- d) jiné (prosím, doplňte) .....

9. Co si myslíte o ošetřovatelských diagnózách?

- a) zbytečnost, zdržují mě od práce
- b) součást mé práce
- c) jsou dobré, vím co mého klienta trápí a jakým směrem směřovat moji péči
- d) jiné (prosím, doplňte) .....

10. Uvítal/a by jste změnu při zaznamenávání ošetřovatelských diagnóz?

- a) ano – uveďte jaké .....
- b) ne
- c) je mi to jedno
- d) jiné (prosím, doplňte) .....

11. Setkal/a jste se někdy s taxonomií NANDA II doménami?

- a) ano
- b) ne

*Dále odpovídají jen ti, kteří na otázku č. 11 odpověděli ANO.*

12. Kde jste se prvně setkal/a s tvorbou ošetrovatelských diagnóz dle NANDA domén?

- a) při studiu
- b) v zaměstnání
- c) jinde (prosím, doplňte) .....

13. Znáte knižní publikaci NANDA International Ošetrovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2009-2011?

- a) ano
- b) ne

14. Je pro Vás publikace taxonomie NANDA II přehledná? ( Prosím, odpovídejte jen pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO)

- a) ano
- b) ne
- c) jiné (prosím, doplňte) .....

15. Máte na Vašem oddělení k dispozici knižní publikaci NANDA International Ošetrovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2009-2011?

- a) ano
- b) ne

16. Používáte ošetrovatelské diagnózy dle taxonomie NANDA II domén při vykonávání svého povolání všeobecné sestry?

- a) ano
- b) ne

17. Z jakého důvodu ošetrovatelské diagnózy dle taxonomie NANDA II domén při svém povolání všeobecné sestry nepoužíváte? (odpovídají, prosím pouze ti, kteří v otázce č. 16 odpověděli NE.)

- a) nejedná se o jednotný systém
- b) zbytečnost, zdržují mě od práce
- c) nepřemýšlel/a jsem o tom
- d) chtěl/a bych, ale jsou využívány jednotně předtištěné ošetrovatelské diagnózy
- e) jiné (prosím, doplňte).....

Otázku č. 18, 19, 20 vyplní pouze ti, kteří v otázce č. 16 odpověděli ANO.

18. V jakém rozsahu ošetřovatelské diagnózy dle taxonomie NANDA II domén při tvorbě ošetřovatelského plánu používáte?

- a) číselné kódy ošetřovatelských diagnóz
- b) názvy ošetřovatelských diagnóz
- d) v plném rozsahu
- e) jiné (prosím, doplňte) .....

19. Které domény z taxonomie NANDA II nejčastěji využíváte u svých klientů?

Tyto domény prosím vypište .....

.....

.....

20. Z kolika domén z taxonomie NANDA II si můžete vybírat své ošetřovatelské diagnózy?

- a) 10 domén
- b) 13 domén
- c) 16 domén
- d) nevím
- e) jiné (prosím, doplňte) .....

Zde máte prostor k napsání svých názorů na tvorbu ošetřovatelských diagnóz dle taxonomie NANDA II domén. Velice Vám za napsání vašich názorů a postřehů děkuji. Budou pro mě neocenitelným materiálem ke zpracování mé bakalářské práce.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....