

**Ošetrovatelská diagnostika  
a praxe založená na důkazech II.**

**NURSING DIAGNOSTICS  
AND EVIDENCE BASED PRACTICE II.**

**NÁZEV:** OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA A PRAXE ZALOŽENÁ NA  
DŮKAZECH II.  
NURSING DIAGNOSTICS AND EVIDENCE BASED PRACTICE II.

Vydal: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta

Editor: Mgr. Radka Bužgová, PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.

Vytiskl: Repronis Ostrava

Náklad: 100 ks

**Počet stran: 88**

**Radka Bužgová, Lucie Sikorová**

Publikace neprošla jazykovou úpravou. Za jazykovou kulturu zodpovídají autoři příspěvků.

**ISBN 978-80-7368-499-0**

Ostrava 2008

Publikace vznikla s podporou projektu CZ.04.1.03/3.2.15.2/0277.  
Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky.

**Obor:** Ošetrovatelství

**Klíčová slova:** sestra – porodní asistentka – ošetrovatelství – potreby člověka – hodnotící nástroje - ošetrovatelská diagnostika – ošetrovatelská diagnóza – praxe založená na důkazech – vzdělávání – výzkum

**Anotace:** Publikace se zabývá aktuálními tématy v kontextu českého ošetrovatelství – problematikou ošetrovatelské diagnostiky a ošetrovatelské praxe založené na důkazech. Přináší výstupy a výsledky dílčích výzkumů, testování a ověřování ošetrovatelských diagnóz a hodnotících nástrojů v domácí i zahraniční ošetrovatelské praxi. Dále předkládá zpracování klinických otázek metodami praxe založené na důkazech a jejich implementaci a aplikaci v ošetrovatelském vzdělávání, výzkumu a ošetrovatelské praxi.

**Editoři:** Mgr. Radka Bužgová  
PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.

**Recenze:** Mgr. Martina Tomagová, Ph.D.  
Mgr. Elena Holmanová

© Radka Bužgová, Lucie Sikorová 2008

© Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta

ISBN 978-80-7368-499-0

Mosby's Medical, Nursing and Allied Health Dictionary. 2002 Ed. D.M. Anderson. 6<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby, Inc, 2002, p. 850. ISBN 13 978-0323000727.

PALENČÁR, M. Štruktúra ošetrovateľstva ako vedy. *Ošetrovateľstvo. Teória a vedecký výskum*. Ed. K. Žiaková et. al.. Martin : Osveta, 2003, s. 39-85. ISBN 80-8063-131-X.

*doc. Mgr. Katarína Žiaková, PhD.*  
*Ústav ošetrovateľstva, JLF UK v Martine*  
*Malá Hora 5, 036 32 Martin*  
*Slovenská republika*  
*ziakova@jfmed.uniba.sk*  
<https://novyweb.uniba.sk/docroot/JLF/index.php?id=2048>

## OBSAH

|   |    |
|---|----|
| <i>Mária Boledovičová, Erika Krištofová, Mária Semanišinová, Monika Machatová</i><br>Použitie Aliance NNN v neonatologickom ošetrovateľstve.....  | 5  |
| <i>Radka Bužgová, Lucie Sikorová</i><br>Důkazy podporující nefarmakologické intervence pro prevenci toulání pacientů s demenci.....   | 10 |
| <i>Ivan Farský, Katarína Žiaková, Igor Ondrejka</i><br>Využitie hodnotiacich/meracích nástrojov v diagnostike spirituálnej tiesne.....  | 15 |
| <i>Elena Holmanová, Katarína Žiaková, Juraj Čáp, Ivana Bóriková</i><br>Problematika ošetrovateľskej diagnostiky v odbornej literatúre.....  | 21 |
| <i>Darja Jarošová</i><br>Ošetrovateľství založené na důkazech jako součást výuky.....   | 26 |
| <i>Jana Marečková, Lucie Slámová</i><br>Využití klasifikace NIC v péči o pacienty s ošetrovateľskou diagnózou Akutní bolest....   | 31 |
| <i>Igor Ondrejka, Katarína Žiaková, Ivan Farský</i><br>Diagnostika spirituálnych potrieb u pacientov.....   | 37 |
| <i>Andrea Pokorná, Dana Krethová</i><br>Možnosti využití NIC, NOC v hodnocení bolesti na hematologickém oddělení.....   | 43 |
| <i>Lucie Sikorová, Radka Bužgová</i><br>Životní styl v NANDA doménách.....  | 48 |
| <i>Mária Sováriová Soósová, Želmíra Macejová, Renáta Suchanová, Libuša Tirpáková</i><br>Možnosti využitia vybraných meracích nástrojov pri posudzovaní a diagnostike u pacientov s reumatoidnou artritídou..... | 55 |
| <i>Martina Tomagová, Ivana Bóriková</i><br>Využitie MMSE v diagnostike a plánovaní starostlivosti u pacienta s demenciou.....   | 61 |
| <i>Gabriela Vörösová</i><br>Vybrané súbory NNN v geriatrickom ošetrovateľstve .....   | 66 |
| <i>Yveta Vrublová</i><br>EBP – zmeny sexuality u žien s chronickým onemocnením.....   | 71 |
| <i>Renáta Zeleníková, Katarína Žiaková</i><br>Expert v procese validizácie ošetrovateľských diagnóz.....  | 75 |
| <i>Katarína Žiaková, Elena Holmanová, Juraj Čáp</i><br>Problematika odbornej terminológie v ošetrovateľstve.....  | 83 |

tridsaťročný kontinuálny proces, ktorý prebieha pod koordináciou medzinárodných organizácií. Ustálená terminológia pomáha sestram prijímať správne rozhodnutia a zároveň im umožňuje realizovať výskum v klinických podmienkach s využitím rozsiahlej databázy termínov, ktorá sa zásluhou terminológie tvorí. Význam rozvoja ustálenej ošetrovateľskej terminológie môžeme zhrnúť do nasledovných bodov:

- podpora profesionálnej zodpovednosti a samostatnosti definovaním nezávislých činností v ošetrovateľskej praxi,
- možnosť testovania validity ošetrovateľských diagnóz, výsledkov a intervencií na ich dosiahnutie,
- uľahčenie určovania a plánovania financií pri poskytovaní ošetrovateľských služieb,
- zefektívnenie vzájomnej komunikácie medzi sestrami a inými zdravotníckymi pracovníkmi,
- využitie vo výučbe s dôrazom na osvojenie si odbornej terminológie.

### Projekt ošetrovateľského slovníka

Na základe reflexie uvedených skutočností sme si uvedomili stále vzrastajúcu potrebu vytvoriť prvé vydanie ošetrovateľského slovníka, ktorý by sa obsahovo zameriaval hlavne na druhú a tretiu skupinu termínov<sup>24</sup>. Prvú skupinu termínov v dostatočnej miere pokrývajú slovníky z jednotlivých vedných disciplín. Uvedomili sme si aj potrebu všeobecnej akceptovateľnosti takejto publikácie a preto bola nutnou podmienkou pre jej spracovanie účasť vzdelávacích inštitúcií z celého Slovenska a partnerov z Čiech. Na túto publikáciu sa nám podarilo získať grant *Kultúrnej a edukačnej grantovej agentúry* č. 3/5132/07. Vytvorili sme projekt slovníka, ktorého štruktúru tvoria heslá štyroch kategórií, líšiace sa rozsahom, ktorý sa im v rámci slovníka venuje. Zaradenie jednotlivých hesiel (termínov) do príslušných kategórií bolo úlohou redakčnej rady, ktorá sa aj dohodla na tom, ktorá inštitúcia príslušné heslo vypracuje. V súčasnosti je slovník vo fáze vypracovávaní obsahu vybraných termínov. Vypracované heslá budú následne oponované redakčnou radou a recenzované posudzovateľmi. Slovník prejde editorskou úpravou a jazykovou korektúrou.

Významnou súčasťou slovníka budú aj anglické a nemecké ekvivalenty termínov, zoznam použitej a odporúčanej literatúry v odbore ošetrovateľstva. K funkčnosti slovníka prispeje aj vzájomné odkazy a prepojenie jednotlivých hesiel.

Predpokladaným prínosom slovníka je ustálenie terminologického diskurzu v rámci ošetrovateľskej obce a jeho využiteľnosť v oblasti vzdelávania, praxe a výskumu. Dúfame, že vydanie slovníka, ktoré je plánované na rok 2009 sa stretne s pozitívnym ohlasom a budú nasledovať ďalšie doplnené a revidované vydania.

Príspevok vznikol v rámci projektu KEGA č. 3/5132/07.

### Bibliografické odkazy

*Baillière's Nurses' Dictionary*. 2005. Ed. B.F. Weller. 24<sup>th</sup> ed. London : ELSEVIER, 2005, 567 p. ISBN 0-7020-2706-5.

*Dictionary of Nursing Theory and Research*, 2005. Ed. B.A. Powers, T.R. Knapp. 3<sup>th</sup> ed. New York : Springer, 2005, p. 212. ISBN 0-8261-1774-0.

DŽUGANOVÁ, B. 2002. Terminológia ako vedná disciplína. *Kultúra slova*, roč. 36, č. 3, s. 129 - 139.

*Encyclopedia of Nursing Research* 2005. Ed. J.J. Fitzpatrick. 2<sup>nd</sup> ed. New York : Springer, 2005, p. 795. ISBN 0-8261-9812-0.

<sup>24</sup> Dostupné ošetrovateľské slovníky môžeme rozdeliť na dva typy. Prvý typ predstavujú slovníky obsahujúce predovšetkým medicínsku terminológiu (napríklad: *Baillière's Nurses' Dictionary*, 2005 ; *Mosby's Medical, Nursing and Allied Health Dictionary*, 2002). Tieto slovníky zväčša neobsahujú termíny z druhej a tretej skupiny termínov. Druhý typ tvoria slovníky, encyklopédie a lexikóny špecializované na určitú oblasť v rámci ošetrovateľstva napríklad históriu, teóriu, výskum (napríklad: *Dictionary of Nursing Theory and Research*, 2005; *Encyclopedia of Nursing Research* 2005). Tento typ slovníkov sa sústreďuje hlavne na druhý typ termínov – špecifikuje ich v kontexte ošetrovateľstva a v určitej miere obsahujú aj terminológiu tretej skupiny.

s krajinami EU priniesla zvýšený záujem o konštituovanie konzistentného a unifikovaného ošetrovateľského jazyka.

### Ošetrovateľstvo a terminológia

Ošetrovateľstvo sa vyvíja vďaka prepojeniu a zároveň napätiu medzi tromi konštitutívnymi prvkami – teórie, výskumu a ošetrovateľskej praxe. V každej z týchto troch oblastí sa utvára a následne používa určitá časť ošetrovateľského jazyka. Celé spoločenstvo sa teda podieľa na jeho tvorbe, následnej kodifikácii a používaní jednotlivých pojmov, čím sa vytvára špecifická odborná terminológia.

Ošetrovateľstvo ako mladá aplikovaná vedná disciplína preberá niektoré termíny od iných vedných disciplín, hlavne medicíny, psychológie a sociológie. K tomu prispieva aj proklamovaný celostný prístup teda snaha o komplexnú starostlivosť, ktorá si vyžaduje vo výskume, teórii a praxi používanie terminológie minimálne z týchto spomínaných disciplín. Niektoré termíny si v rámci ošetrovateľstva uchovali svoj pôvodný význam (napríklad: *validita, interakcia, hydratácia, výživa*) – prvá skupina termínov. Význam iných termínov sa prispôbil potrebám ošetrovateľstva (napríklad: *model, osoba, diagnóza, chronická zmena*) – druhá skupina termínov. Poslednú – tretiu skupinu – tvoria termíny, ktoré sa používajú iba v ošetrovateľstve a sú pre neho charakteristické (napríklad: *sebaopatera, vzorce zdravia, multikulturálne a transkulturálne ošetrovateľstvo, ošetrovateľský proces, ochota k zlepšeniu liečebného režimu*).

Posledné dve menované skupiny termínov vytvárajú potrebu samostatných ošetrovateľských slovníkov, ktoré by túto terminológiu ustálili a boli akceptované spoločenstvom odborníkov. V našich podmienkach sa k tejto potrebe ešte pridáva aj problém prekladu cudzích (zväčša anglických) ošetrovateľských termínov do našich národných jazykov (a naopak) a ustálenie ich použitia v našom prostredí. Vychádzajúc z našich skúseností môžeme konštatovať, že sú to najmä termíny z oblasti z teórie a praxe. Ukazuje sa, že používanie jednoznačnej a ustálenej terminológie je nosným problémom najmä v obidvoch oblastiach. Význam určitej časti termínov je však stále závislý od kontextu, v ktorom sa daný termín používa.

### Teória ošetrovateľstva a terminológia

V teórii sa podľa prevládajúceho konsenzu<sup>21</sup>, ku ktorému dospeli tvorcovia ošetrovateľskej vedy, uskutočňuje metaparadigmatické vymedzenie predmetu skúmania ošetrovateľstva pomocou štyroch základných pojmov – *osoba, zdravie, prostredie a ošetrovateľská starostlivosť*. Na úrovni špecifickej paradigmy (konceptuálneho rámca) vznikajú vedeckovýskumné programy, alebo konceptuálne modely, ktoré sú rôznym spôsobom budované a rozpracúvané vnútri danej metaparadigmy. (Palenčár, 2003, s. 65) Každý konceptuálny model integruje aj určité subdisciplinárne spoločenstvo, vedeckú školu ale zároveň aj praktickú a klinickú tradíciu, späťu okrem iného aj s „osobitnou terminológiou“. Okrem toho, že reprezentanti dvoch odlišných konceptuálnych modelov pozerajú na základné metaparadigmatické pojmy pod vplyvom danej perspektívy<sup>22</sup> v rámci konceptuálneho modelu sa vytvára akoby súbor terminologických pojmov pre dané subdisciplinárne spoločenstvo opierajúce sa o daný model aj vo vzdelávaní a klinickej praxi.<sup>23</sup>

### Ošetrovateľská prax a terminológia

Jedným zo základných znakov rozvoja ošetrovateľskej praxe v 21. storočí je rozvoj a používanie jednoznačnej a ustálenej terminológie tvoriacej základ klasifikačných systémov v ošetrovateľstve. Vývoj klasifikačných systémov v ošetrovateľstve predstavuje viac ako

<sup>21</sup> Napr. miesto pojmu osoba používa Newmanová pojem klient, Kingová pojem človek a i.

<sup>22</sup> Typ všeobecnejšieho svetonázorového pozadia, z ktorého čerpajú fundamentálne ontologické pojmy a kategórie svojej perspektívy.

<sup>23</sup> Napr. Oremovej vedecká škola – sebaopatera, deficit sebaopatery, rast, vývin, požiadavky sebaopatery.

## POUŽITIE ALIANCIE NNN V NEONATOLOGICKOM OŠETROVATEĽSTVE

Mária Boledovičová, Erika Krištofová, Mária Semanišínová, Monika Machatová

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva, Novorodenecká klinika FN Nitra

### Súhrn

Hlavnou charakteristikou novorodeneckého obdobia je biologické osamostatnenie a adaptácia na nové prostredie. Najintenzívnejšie adaptačné zmeny prebiehajú v prvých hodinách po pôrode, ale aj počas prvých sedem dní života. Na základe časovej snímky ošetrovateľskej starostlivosti na Novorodeneckej klinike v Nitre sme pre kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť počas hospitalizácie sme vypracovali súbory z Aliancie NNN a pripravujeme ich na overenie na novorodeneckých oddeleniach. **Príspevok je súčasťou projektu CGA VII/2/2007.**

### Kľúčové slová

aliancia NNN, fyziologický novorodenec, novorodenecké obdobie, adaptácia, Delfská technika

### Summary

The main characteristic of the neonatal period is the biological independence and adaptation to a new environment. The most intensive adaptation changes take place in the first hours after the delivery as well as in the first seven days of life. Based on the time snapshot of the nursing care at the Neonatal Clinic in Nitra, we have elaborated the NNN Alliance sets for the high-quality nursing care during hospitalisation and we are preparing them for verification on the neonatal departments. **The contribution is the part of the CGA Project VII/2/2007.**

### Key words

NNN Alliance, physiologic neonate, neonatal period, adaptation, Delphos technique

### Úvod

Novorodenecké obdobie trvá 28 dní a je spojené s veľkými adaptačnými zmenami. Najintenzívnejšie adaptačné zmeny prebiehajú v prvých hodinách po pôrode, ale aj počas prvých sedem dní života, čo je tzv. užšie novorodenecké obdobie. Dieťaťu prechodne ubúda hmotnosť, prejavuje sa u neho novorodenecká žltacka a iné, na prvý pohľad už nie také nápadné zmeny (zmeny v krvnom obraze a pod.). Na konci tohto obdobia je už pozitívna hmotnostná bilancia (Košťálová et al, 2005, s. 15). K fyziológii postnatálnej adaptácie patria respiračné, kardiovaskulárne a iné fyziologické zmeny počas pôrodu a po pôrode, ďalej fyziológia dojčenia. Samozrejmom súčasťou je komunikácia a poradenstvo vrátane adekvátneho prístupu k rodičom. Medzi prvé charakteristiky novorodenca patrí posúdenie dĺžky, gestačného veku a stupeň dosiahnutého somatického vývoja. Podľa dĺžky trvania tehotnosti (gestačného veku) sa rozdeľujú novorodenci do 3 skupín: novorodenec narodený v termíne - donosený novorodenec s gestačným vekom 37 – 41 týždňov, s hmotnosťou 3 000 - 3 500 g a s dĺžkou 48 - 52 cm; novorodenec narodený predčasne - nedonosený s nízkou pôrodnou hmotnosťou s gestačným vekom menej ako 37 týždňov, s hmotnosťou menej ako 2 500 g a dĺžkou 30 - 48 cm a novorodenec narodený po termíne - prenosný s gestačným vekom nad 41 týždňov a má hmotnosť nad 4 000 g (Boledovičová et al, 2006, s. 77). Pri zefektívnení ošetrovateľskej starostlivosti sa už dlhšie vyvíja úsilie nájsť spoločný dorozumievací prostriedok, vďaka ktorému by si sestry celého sveta navzájom rozumeli, vytvorenie akéhosi „ošetrovateľského esperanta“ (Vorosová et al, 2004, s. VII). Aliancia NNN pre efektivitu ošetrovania novorodencov predstavuje vhodný prostriedok na prípravu dokumentácie a realizácie metódy ošetrovateľského procesu. NANDA vyvíja materiály pre presnú ošetrovateľskú diagnostiku, NIC tvorí rozsiahly súbor ošetrovateľských intervencií, NOC ponúka štandardizované výsledky ošetrovateľskej starostlivosti. Veľkou výhodou je, že

ku každej ošetrovateľskej diagnóze sú stanovené konkrétne ošetrovateľské intervencie a výsledky (Marečková, 2006. s. s. 259).

### Metodika

Cieľom čiastkovej úlohy v prvej etape výskumu bolo vytvoriť pre neontologické ošetrovateľstvo súbory z klasifikačných systémov NANDA, NIC, NOC. Z klasifikačného systému NANDA sme vybrali 11 ošetrovateľských diagnóz, 10 súborov NIC a 9 súborov NOC vhodných pre starostlivosť o fyziologických novorodencov. Metódou obsahovej analýzy dokumentov s použitím Delfskej techniky sme vytvorili súbory, ktoré bude možné spracovať do podoby manuálu pre potreby Novorodeneckého oddelenia FN v Nitre. V ďalšej etape pripravujeme súbory na ošetrovanie nedonosených detí.

### Výsledky

Pre prvú etapu výskumného projektu CGA VIII/2/2007 sme najprv preštudovali príslušnú literatúru a vybrali súbory z klasifikačných systémov NANDA, NIC, NOC. V spolupráci so sestrami z Novorodeneckej kliniky FN v Nitre sme ich Delfskou technikou opakovane prehodnocovali až sme dospeli k výberu najvhodnejších súborov.

**Tabuľka 1 NANDA ošetrovateľské diagnózy pre fyziologických novorodencov**

| Doména                              | Trieda                | Ošetrovateľská diagnóza   | Kód   |
|-------------------------------------|-----------------------|---|-------|
| <b>5. Vnímanie –<br/>poznávanie</b> | Poznávanie            | <i>aktuálna diagnóza</i><br>Deficit vedomostí o<br>starostlivosti o novorodenca | 00126 |
|                                     |                       | <i>potenciálna diagnóza</i><br>Riziko zhoršenia rodičovskej<br>role             | 00057 |
| <b>7. Vzťahy</b>                    | Rola<br>opatrovateľa  | <i>diagnóza na podporu zdravia</i><br>Ochota na zlepšenie rodičovskej<br>role   | 00164 |
|                                     |                       | <i>diagnóza na podporu zdravia</i><br>Účinné dojčenie                           | 00106 |
|                                     | Vykonávanie<br>rolí   | <i>aktuálna diagnóza</i><br>Neúčinné dojčenie                                   | 00104 |
|                                     |                       | <i>aktuálna diagnóza</i><br>Prerušené dojčenie                                  | 00105 |
| <b>11. Bezpečnosť –<br/>ochrana</b> | Infekcia              | <i>potenciálna diagnóza</i><br>Riziko infekcie                                  | 00004 |
|                                     | Telesné<br>poškodenie | <i>potenciálna diagnóza</i><br>Riziko poškodenia                                | 00035 |
|                                     | Termoregulácia        | <i>potenciálna diagnóza</i><br>Riziko nerovnováhy telesnej<br>teploty           | 00005 |
|                                     |                       | <i>potenciálna diagnóza</i><br>Riziko aspirácie                                 | 00039 |
|                                     |                       | <i>potenciálna diagnóza</i><br>Riziko narušenia kožnej<br>integrity             | 00047 |

## PROBLEMATIKA ODBORNEJ TERMINOLÓGIE V OŠETROVATEĽSTVE

Katarína Žiaková, Elena Holmanová, Juraj Čáp

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva

### Súhrn

Ošetrovateľstvo ako aplikovaná vedná disciplína preberá niektoré termíny od iných vedných disciplín, hlavne medicíny, psychológie a sociológie. Termíny používané v ošetrovateľstve autori rozdeľujú do troch skupín. Prvú skupinu tvoria termíny, ktoré si v rámci ošetrovateľstva uchovali svoj pôvodný význam. Druhú skupinu tvoria termíny, ktoré nadobúdajú odlišný význam v kontexte ošetrovateľstva. Tretia skupina je tvorená termínmi, ktoré sa používajú iba v ošetrovateľstve a sú pre neho charakteristické. Autori zdôrazňujú, že používanie jednoznačnej a ustálenej terminológie je nosným problémom ošetrovateľskej teórie a praxe. Na záver prezentujú projekt, ktorý sa zameriava na prvé vydanie slovenského ošetrovateľského slovníka, pozostávajúceho hlavne z druhej a tretej skupiny termínov.

### Kľúčové slová

terminológia, ošetrovateľstvo, ošetrovateľská teória, ošetrovateľská prax, slovník

### Summary

Nursing as an applied science is taking some of the terms from different scientific fields, mainly medicine, psychology and sociology. The authors divided the terms used in nursing into three groups. In the first group there are terms that retained their original meaning in nursing. The second group consists of terms with a different meaning in nursing. The third group is made up of terms that are used specifically in nursing alone. The authors emphasise that the use of given and unambiguous terminology is the main cause of problems in the nursing practice. In conclusion, the authors present a project introducing the first edition of a Slovak nursing dictionary, mainly consisting of the second and third group of terms.

### Key words

terminology, nursing, nursing theory, nursing practice, dictionary

### Úvod

Odborná terminológia je jedným zo základných atribútov konštituovania ošetrovateľstva ako vednej disciplíny. Do určitého obdobia nemôžeme hovoriť o špecifickej ošetrovateľskej terminológii<sup>20</sup> z dôvodu jej dlhoročnej závislosti na medicínskej terminológii. S emancipačným procesom, ktorý stále viac poukazuje na oprávnenosť profesionálnej autonómie a na nej založených kompetenciách, vystupuje do popredia potreba používania špecifického ošetrovateľského terminologického aparátu.

Výrazný posun v oblasti rozvoja ošetrovateľskej terminológie zaznamenávame v päťdesiatych a šesťdesiatych rokoch minulého storočia najmä v USA a to v súvislosti s extenzívnym nárastom poznatkov v ošetrovateľstve. Od osemdesiatych rokov sa objavuje tendencia sprehľadniť financovanie zdravotnej starostlivosti a tým aj presne vymedziť nezávislé ošetrovateľské činnosti a ich výsledky v heterogenite zložiek zdravotnej starostlivosti.

Prelomové zmeny po novembri 1989 otvorili aj v našich podmienkach možnosti pre rozvoj a etablovanie ošetrovateľstva ako vednej disciplíny. Transformácia vzdelávania a následne aj klinickej praxe v ošetrovateľstve a jej kompatibilita v rámci integrácie

<sup>20</sup> Terminológia môžeme chápať ako súbor termínov, odborných výrazov v istej oblasti. (Džuganová, 2002)

PhDr. Renáta Zeleníková  
 Ústav ošetrovatelství FPF SU  
 Hauerova 4  
 746 01 Opava  
 e-mail: renata.zelenikova@fpf.slu.cz

doc. Mgr. Katarína Žiaková, PhD.,  
 Ústav ošetrovatelstva JLF UK  
 Malá Hora 5  
 036 32 Martin  
 Slovenská republika  
 e-mail: ziakova@lefa.sk

**Tabuľka 2 Súbory NIC**

| Názov                       | Kód  | Definícia   |
|-----------------------------|------|---|
| Monitorovanie novorodenca   | 6890 | Meranie a interpretácia fyziologického stavu novorodenca počas 24 hod. po pôrode        |
| Asistencia pri dojčení      | 1054 | Príprava matky na dojčenie novorodenca  |
| Regulácia telesnej teploty  | 5626 | Dosiahnutie a/alebo udržiavanie telesnej teploty v normálnom rozsahu                    |
| Starostlivosť o pupočník    | 1875 | Manažment o pupočný kýpeť   |
| Starostlivosť o novorodenca | 6880 | Manažment o novorodenca počas prechodu mimo maternice a následného obdobia stabilizácie |
| Fototerapia novorodenca     | 6924 | Použitie svetelnej terapie na zníženie hladiny bilirubínu                               |
| Dotyk                       | 5626 | Poskytovanie komfortu a komunikácie prostredníctvom cieľavedomého dotykového kontaktu   |
| Podpora vzťahu              | 6710 | Pomoc pri rozvoji vzťahu medzi rodičmi a dieťaťom                                       |
| Nenutričné sanie            | 6900 | Zabezpečenie možnosti satia u dieťaťa   |
| Poradenstvo pri laktácii    | 5244 | Použitie procesu interaktívnej pomoci pri asistencii na zachovanie úspešného dojčenia   |

**Tabuľka 3 Súbory NOC**

| Doména                              | Trieda                    | Názov                            | Kód  |
|-------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|------|
| Funkčné zdravie (I)                 | rast a vývoj (B)          | Adaptácia novorodenca            | 0118 |
| Fyziologické zdravie (II)           | metabolická regulácia (I) | Termoregulácia: novorodenec      | 0801 |
| Fyziologické zdravie (II)           | Výživa (K)                | Začiatok dojčenia: dojča         | 1000 |
|                                     |                           | Začiatok dojčenia: matka         | 1001 |
| Psychosociálne zdravie (III)        | Sociálna interakcia (P)   | Vzťah medzi rodičom a dieťaťom   | 1500 |
| Vedomosti o zdraví a správanie (IV) | Vedomosti o zdraví (S)    | Vedomosti: starostlivosť o dieťa | 1819 |
|                                     |                           | Vedomosti: dojčenie              | 1800 |
|                                     |                           | Vedomosti: bezpečnosť dieťaťa    | 1801 |
|                                     |                           | Vedomosti: zdravie matka – dieťa | 1825 |

### Diskusia

Pôrod sa pokladá za fyziologický dej, pri ktorom prechádza dieťa z ideálneho prostredia s ideálnymi podmienkami, do prostredia plného nebezpečenstva a rôznych rizík. Úlohou sestier a ostatných zdravotníkov, ktorí pri jeho zrode vykonávajú profesionálne činnosti, je pripraviť pre dieťa čo najoptimálnejšie podmienky na adaptáciu v novom prostredí. Od prvého vdychu dieťaťa, prvého priloženia k prsníku cez udržiavanie telesnej teploty, bežnú dennú starostlivosť, odpadnutie pupočníka, novorodeneckú žltacku až po prepustenie domov, sa dieťa adaptuje na mnoho nových podmienok a podnetov, ale učí sa zžívať so svojou matkou iným spôsobom, než predošlých 9 mesiacov. Matka a tiež otec sa adaptujú na nový život v trojici alebo väčšom počte. Všetky tieto udalosti sa uskutočňujú vo veľmi krátkom čase a sú spracovávané nielen racionálne, ale aj s výraznými emóciami, prejavmi radosti,

strachu, ale aj nedôvery vo vlastné sily. Používaním klasifikačných systémov NANDA, NIC, NOC dostávajú sestry účinný prostriedok na dokonalé zvládanie ošetrovateľskej starostlivosti o túto biologickú jednotku matka – dieťa a pomáhať jej pri adaptácii na nové podmienky. Pri výbere ošetrovateľských diagnóz sme brali do úvahy aj vplyv prenatálnej prípravy na pôrod a dojčenie, pretože umožnili matke kvalitne sa pripraviť nielen na pôrod, ale aj na ošetrovanie dieťaťa. Vyplývalo, že pri posudzovaní určujúcich znakov a súvisiacich faktorov, boli významnými indikátormi pri určovaní vhodnej diagnózy dobré alebo nedostatočné vedomosti ženy. Zo súboru NIC bolo vybraných 80% intervencií z monitorovania novorodenca, asistencii pri dojčení, 70% z poradenstva pri laktácii a z dennej starostlivosti o novorodenca bolo vybraných 60% intervencií. Po 40% intervencií zo súborov regulácia telesnej teploty a dotykového kontaktu a len 30% intervencií zameraných na podporu vzťahu medzi matkou a dieťaťom a nenutričného sania. Iba 10% intervencií vyznačili sestry zo súboru starostlivosti o pupočník, čo bolo spôsobené opakovaním intervencií v iných súboroch a tiež intervencie zamerané na katetrizáciu pupočníka, ktorá sa u fyziologického novorodenca robí zriedkavo. Najviac očakávaných výsledkov NOC bolo vybraných zo súboru začiatok dojčenia: dieťa v hodnote 90%, po 70% zo súborov termoregulácia, vedomosti o dojčení a adaptácia novorodenca, iba 40% výsledkov bolo vhodných z vedomostí starostlivosti o dieťa a vytváraní vzťahu matka – dieťa a 30% vedomostí zdravie matka – dieťa. Sestry vyberali najmä tie intervencie NIC a výsledky NOC, ktoré korešpondovali so zvyklosťami na ich pracovisku, pričom vybrali aj menej obvykle alebo doteraz nerealizované. I keď rešpektovali multikulturné odlišnosti, predsa sa ani raz neobjavila intervencia zameraná na obriezku dieťaťa a reakcie na jej ošetrovanie. Potešiteľný bol výber intervencie na rozvoj nenutričného sania, kde len nepatrný počet odporúčal používanie cumľa. V problematike dotyku, regulácie teploty a podporu vzťahu matka – dieťa sme očakávali dôslednejší výber potrebných intervencií, o ktorých prebehne ešte kolektívna diskusia.

#### Záver

Splnením čiastkovej úlohy v prvej etape sme dosiahli stanovený cieľ. Nedoriešené úlohy a formulovanie nových s použitím Aliancie NNN pokračuje. Snaha sestier nájsť spoločný dorozumievací prostriedok pri ošetrovaní fyziologických novorodencov je veľká a ochota pracovať na výskumnom procese obdivuhodná. Najbližším cieľom bude Delfskou technikou vytvoriť súbory z NNN pre nedonosených novorodencov a príprava efektívnej dokumentácie.

#### Bibliografické odkazy

BÁRTLOVÁ, S. 2005. Sociologické aspekty vzdelávania sester. In *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 11, s. 16-17.

BOLEDOVIČOVÁ, M. et al. 2006. *Pediatrické ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta, 2006. 209 s. ISBN 80-8063-211-1.

DOEGENES, M., E., MOORHOUSE, M., F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepr. a rozšířené vyd., Praha : Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.

JOHNSON, M., MAAS, M., MOORHOUD, S. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Missouri USA : Mosby, Inc., 2000. 610 pp. ISBN 0-323-00893-3.

KOŠŤALOVÁ, L. et al. 2005. *Úvod do pediatrie*. Bratislava : LF UK, 2005. Elektronická učebnica. 144 s. Dostupné na: [www.fmed.uniba.sk/www/ustavy/kniznica/index.html](http://www.fmed.uniba.sk/www/ustavy/kniznica/index.html) .

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

MCCLOSKEY, J., BULECHEK, G.M. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Missouri USA : Mosby, Inc., 2000. 911 pp. ISBN 0-323-00894-1.

VOROSOVÁ, G., BOLEDOVIČOVÁ, M., MESÁROŠOVÁ, J. 2004. Štandardizácia terminológie a klasifikačné systémy v ošetrovateľstve. In: *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia, Supplementum*, 2004, roč. II, s. VII-XII.

DE CASSIA GENGO DE SILVA, R. ET AL. 2006. Ineffective Peripheral Tissue Perfusion: Clinical Validation in Patients With Hypertensive Cardiomyopathy. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 17: 97-107

DOENGES, M.E. - MOORHOUSE, M.F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada, 1996. 569 s. ISBN 80-7169-294-8

FEHRING, R.J. Validation diagnostic labels: standardized methodology. In. M.E. Hurley (Ed.) *Classification of nursing diagnosis: Proceedings of the sixth conference*. St. Louis : Mosby, 1986, s. 183 – 190

GORDON, M. *Manual of Nursing Diagnoses*. 11<sup>th</sup> ed. Sudbury : Jones and Bartlett, 2007. 398 s. ISBN-13: 978-0-7637-4045-0. ISBN-10: 0-7637-4045-4

GUIRAO-GORIS, J.A. – DUARTE-CLIMENTS, G. 2007. Expert Nurse Profile and Diagnostic Content Validity of Sedentary Lifestyle: The Spanish Validation. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 18: 84-92

HOLMANOVÁ, E. – ŽIAKOVÁ, K. – ČÁP, J. 2006. Metodologické poznámky k problematike validizácie ošetrovateľských diagnóz. *Kontakt*, Roč. 8, č. 1, s. 25-29. ISSN 1212-4117

JACKSON, M. - JACKSON, L. *Clinical Nursing Pocket Guide*. 1<sup>st</sup> ed. Sudbury : Jones and Bartlett Publishers, 2006. 235 s. ISBN 0-7637-3430-6

JOHNSON, M. *NANDA, NOC and NIC Linkages: Nursing Diagnoses, Outcomes and Interventions*. 2<sup>nd</sup> ed. St. Louis : Mosby, 2006. 698 s. ISBN-13 978-0323-03194-3. ISBN-10 0-323-03194-3

KADUČÁKOVÁ, H. – VADKERTIOVÁ, J. – ŽIAKOVÁ, K. – ČÁP, J. – HOLMANOVÁ, E. Nádej ako ošetrovateľský problém. In. *Nové trendy v ošetrovateľstve VI. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí VI. Jihočeské ošetrovateľské dny. 20. – 21. září 2007*. 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2007, s. 136 – 147. ISBN 978-80-7040-992-3

KOL AUTORŮ. *Akademický slovník cizích slov*. 1. vyd. Praha : Akademia, 1995. 835 s. ISBN 80-200-0497-1

LADWIG, G.B. - ACKLEY, B.J. *Guide to nursing diagnosis*. 1<sup>st</sup> ed. St. Louis : Mosby, 2006. 945 s. ISBN-13: 978-0-323-0323-03665-8. ISBN-10: 0-323-03665-1

LEVIN, R. 2001. Who are the experts? A commentary on nursing diagnosis validation studies. In. *Nursing Diagnosis*, 12: 29–32

LEVIN, R.F., KRAINOVITCH, B.C., BAHRENBURG, E., MITCHELL, C.A. 1989. Diagnostic Content Validity of Nursing Diagnoses. In *Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 21, 1: 40

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

OGASAWARA, CH. ET AL. 1999. Validation of the defining characteristics of body image disturbance in Japan. *Nursing Diagnosis*, 10: 15 – 20

REJZEK, J. *Český etymologický slovník*. 1. vyd. Praha : Leda, 2001. 752 s. ISBN 80-85927-85-3

VÖRÖSOVÁ, G. A KOL. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovateľstve*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2007. 113 s. ISBN 978-80-8063-242-7

WHITLEY, G. G. 1999. Processes and methodologies for research validation of nursing diagnosis. *Nursing Diagnosis*, 10: 5-14

YOUNG, L.K. ET AL. 2002. Validation of the nursing diagnosis anxiety in adult patients undergoing bone marrow transplant. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 13: 88-100

ŽIAKOVÁ, K. – ČÁP, J.- HOLMANOVÁ, E. 2006. Validizácia ošetrovateľskej diagnózy Beznádej. *Kontakt*, Roč. 8: 200-435, s. 249-256. ISSN 1212-4117

ŽIAKOVÁ, K. A KOL. *Ošetrovateľstvo – teória a vedecký výskum*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2003. 319 s. ISBN 80-8063-131-X



Je možné modifikovať Fehringom stanovené kritéria pre výber expertov pre potrebu validizačných štúdií v jednotlivých krajinách? Satovej štúdia je príkladom flexibility pre kritériá expertov v inej krajine. Je to ďalšia otázka, ktorá si zaslúži podrobnejšie skúmanie.

#### **Kritéria pre potreby validizačných štúdií v česko - slovenskom sociokultúrnom prostredí**

Autori Holmanová et al. (2006) upozorňujú vo svojej štúdií, že napriek zahraničným skúsenostiam a výsledkom z oblasti validizácie a diagnostiky, s ktorými je spojené i používanie klasifikačných systémov NANDA, NIC, NOC absentuje proces národnej validizácie (tiež kritériá pre výber vzorky expertov) tak na Slovensku ako aj v Čechách. Spoločný sociokultúrny kontext Slovenska a Čiech, neprítomnosť jazykovej bariéry, rovnaký systém vzdelávania, používanie ošetrovateľského procesu v klinickej praxi sú optimálne pre spoluprácu aj v oblasti validizácie a diagnostiky, vrátane určenia kritérií pre výber expertov. Výsledky spolupráce by uľahčili a spresnili používanie klasifikačných systémov NANDA, NIC, NOC.

Tak ako iné krajiny ani my nie sme schopní naplniť niektoré Fehringom definované podmienky. Ide o požiadavky týkajúce sa diplomovej a dizertačnej práce z oblasti ošetrovateľskej diagnostiky, publikovaný článok alebo účasť na výskume v oblasti danej ošetrovateľskej diagnózy.

Na základe štúdia literatúry by sme odporúčali rozdeliť kritériá pre súbor expertov na základné a doplnujúce, pričom základné požiadavky by boli záväzné pre prípravu akejkoľvek validizačnej štúdie. Za *základné kritériá* by bolo možné považovať: minimálne bakalársky stupeň vzdelania v ošetrovateľstve, klinická prax (súčasná) s minimálne jednoročným pôsobením v oblasti relevantnej k danej ošetrovateľskej diagnóze, skúsenosť s ošetrovateľskou diagnostikou. Za *doplnujúce kritérium* by sme mohli odporúčať: publikovaný článok z oblasti diagnostiky v odbornom časopise, publikované výsledky výskumu v oblasti danej ošetrovateľskej diagnózy či s ňou súvisiacej oblasti, bakalárska, diplomová alebo dizertačná práca v problematike ošetrovateľskej diagnostiky.

#### **Záver**

Tak ako uvádzame v úvode, validizačné štúdie ošetrovateľských diagnóz predstavujú východisko pre použitie klasifikačného systému NANDA International v medzinárodnom kontexte po zakomponovaní sociokultúrnych a jazykových rozdielov danej krajiny. Keďže validizačné štúdie realizované použitím DCV a CDV modelu nie je možné uskutočniť bez vzorky expertov, mala by sa venovať väčšia pozornosť stanoveniu kritérií pre výber expertov a veľkosti vzorky. Hoci kritéria pre výber expertov stanovil Fehring už v roku 1994, nie je vždy možné ich v každej krajine dodržať. Preto si ich autori validizačných štúdií často modifikujú podľa podmienok danej krajiny. Z analýzy niektorých štúdií vyplýva viacero otázok, a to stanovenie kritérií a veľkosti vzorky expertov, zaradenie iných odborníkov medzi expertov apod. Bolo by prínosné zamerať spoločné štúdie v prostredí Čiech a Slovenska na ďalšie skúmanie kritérií pre výber expertov pre potreby prípadných spoločných validizačných štúdií ošetrovateľských diagnóz.

Príspevok vznikol v rámci dizertačnej práce Problematika validizácie ošetrovateľských diagnóz a v rámci projektu KEGA č. 3/5132/07.

#### **Bibliografické odkazy**

- ACKLEY, B.J. – LADWIG, G.B. *Nursing Diagnosis Handbook: A Guide to Planning Care*. 7<sup>th</sup> ed. St. Louis : Mosby, 2006. 1353 s. ISBN 0-323-03664-3
- CARMONA, E.V. – MORAES LOPES, M.H.B. 2006. Content Validation of Parental Role Conflict in the Neonatal Intensive Care Unit. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 17: 3-9
- CREASON, N. 2004. Clinical Validation of Nursing Diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 15: 123-132

doc. PhDr. Mária Boledovičová, PhD.  
Katedra ošetrovateľstva  
FSVaZ UKF  
Kraskova 1  
949 74 Nitra  
e-mail: mboledov@ukf.sk

## DŮKAZY PODPORUJÍCÍ NEFARMAKOLOGICKÉ INTERVENCE PRO PREVENCI TOULÁNÍ U PACIENTŮ S DEMENCÍ

Radka Bužgová, Lucie Sikorová

Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

### Souhrn

Toulání a úteky představují jednu z častých a nebezpečných forem nežádoucího chování u pacientů s demencí. Cílem tohoto příspěvku bylo najít metodou praxe založené na důkazech důkazy podporující nefarmakologické metody pro prevenci toulání a útěků u pacientů s demencí. Vyhledáváním v elektronických databázích bylo nalezeno 11 randomizovaných studií, 21 experimentálních studií, 3 observační studie a 4 kvalitativní studie hodnotící efektivnost nefarmakologických metod (cvičení, pravidelné procházky, aromaterapie, speciální péče, behaviorální terapie, multisenzoriální prostředí, muzikoterapie, subjektivní zábrany, speciální úprava prostředí). Kvalita posuzovaných studií byla nízká. Nebyl nalezen kvalitní důkaz podporující nefarmakologické metody pro prevenci toulání u lidí s demencí.

### Klíčová slova

nefarmakologické intervence, demence, toulání, pacient

### Summary

Wandering and escapes are one of the common and dangerous forms of an undesirable behaviour in patients with dementia. The aim of this paper is to find, using the method of evidence-based practice, evidence supporting non-pharmacological interventions for preventing wandering and escapes in patients with dementia. In the electronic databases were found 11 randomised controlled trials, 21 experimental studies, 3 observational studies and 4 qualitative studies assessing the effectiveness of non-pharmacological interventions (exercise, regular walks, aromatherapy, special care, behavioral therapy, multi-sensory environments, music therapy, subjective barriers, special adaptation of environments). The quality of assessed studies was low. No good quality evidence was found to support the use of non-pharmacological interventions for preventing wandering in people with dementia.

### Key words

non-pharmacological interventions, dementia, wandering, patient

### Úvod

Toulání (wandering) a úteky představují jednu z častých, nežádoucích a nebezpečných forem chování u pacientů s demencí. Sidors (2004, s.195) definuje toulání jako chození bez cíle nebo opakující se pohyb člověka s demencí, který mu může způsobit zranění a to proto, že nerespektuje hranice, limity ani překážky. Nebezpečné toulání a pády jsou důsledky demence, které často vedou při péči k použití fyzických omezovacích prostředků. Zahraniční výzkumy dokazují, že pacienti s demencí se stávají vysoce rizikovou skupinou pro fyzické omezování a nadměrnou medikaci (Tilly, Reed, 2006, s.4 a Robinson, 2007a, s. 10). Nadměrné používání fyzických omezovacích prostředků vyvolává etickou diskusi a je společností převážně neakceptovatelné (Robinson, 2007a, s. 19). Přitom toulání může mít i pozitivní efekt pro pacienty s demencí, protože může zlepšovat fyzickou kondici, podporovat regulaci spánku a zvyšovat kvalitu života (Robinson, 2007b, s.15). Na druhou stranu nebezpečné toulání a úteky mohou mít za následek negativní důsledky jako je zranění sebe nebo druhých, případně smrt. To je jeden z důvodů pro časté použití farmakologických metod (Douglas, James, Ballard, 2004, s.171). V managementu přístupů zmírnění či odstranění problémového chování a psychologických příznaků demence (BPSD – behavioral and psychological symptoms of dementia), klinických směrnicích a doporučeních dobré klinické praxe se uvádí, že

kritérium specializácie a délky praxe v špecializovanej klinickej oblasti. (Carmona, 2006, s. 4-6)

Ogasawara pre validizáciu definujúcich charakteristík ošetrovateľskej diagnózy *Narušený obraz tela* v Japonsku použila kritériá: registrácia, viac ako 3 - ročná klinická prax, kontinuálne vzdelávanie v oblasti ošetrovateľských diagnóz v nemocnici a sesterskej asociácii a používanie ošetrovateľských diagnóz na pracovisku. (Ogasawara, 1999, s. 16)

Slovenskí autori Žiaková, Čáp, Holmanová (2006) vo validizačnej štúdiu ošetrovateľskej diagnózy *Beznádej* za expertov považovali „vysokoškolských pedagógov a sestry s minimálne vyšším odborným vzdelaním a päťročnou praxou v odbore“ (Žiaková, Čáp, Holmanová, 2006, s. 250).

### Veľkosť súboru expertov

Ani počet expertov, ktorý je potrebný pre validizačné štúdie, nie je presne stanovený. Aj podľa Fehringa je náročné získať dostatočný počet expertov pre validizáciu danej ošetrovateľskej diagnózy použitím DCV modelu. (Fehring, 1986, s. 188) Tento počet by sa mal odvíjať od počtu dostupných expertov pre danú validizačnú štúdiu a požiadavky ich náhodného výberu. Pre potreby DCV modelu je nevyhnutná skupina 25 - 50 expertov. Za ideálnu považuje 50 - 100 početnú, náhodne vybranú skupinu expertov. (Fehring, 1986, s. 188, Levin, 2001, s. 29, Creason, 2004, s. 124) Nunnally a Berstein (1995) určili, že je potrebný súbor minimálne 200 expertov, aby bola zaručená validita výsledkov. (In Guirao-Goris, Duarte-Climents, 2007, s. 87) Ogasawara pre validizáciu ošetrovateľskej diagnózy *Narušený obraz tela* v Japonsku zo súboru 554 sestier vybral 149. (Ogasawara et al, 1999, s. 16) Vo validizačnej štúdiu ošetrovateľskej diagnózy *Konflikt rodičovskej roly* tvorilo súbor 59 sestier. (Carmona, 2006, s. 5) Súbor expertov v slovenskej validizačnej štúdiu ošetrovateľskej diagnózy *Beznádej* tvorilo 35 respondentov (17 sestier a 18 pedagógov). V štúdiu ošetrovateľskej diagnózy *Sedavý životný štýl* bolo do súboru zaradených 108 sestier. (In Guirao-Goris, Duarte-Climents, 2007, s. 88) Dostatočná veľkosť vzorky je dôležitá pre dosiahnutie validity výsledkov.

Ukazuje sa, že autori validizačných štúdií si okrem kritérií modifikujú aj veľkosť vzorky expertov podľa podmienok danej krajiny.

V súvislosti so súborom expertov potrebných pre proces validizácie ošetrovateľských diagnóz je možné uvažovať okrem kritérií a veľkosti súboru nad ďalšími otázkami.<sup>19</sup>

1. *Vplyv validizovanej ošetrovateľskej diagnózy z určitej klinickej oblasti na výber expertov*  
Podľa Levinovej existuje len veľmi málo publikácií, ktoré sa zaoberajú otázkou, ktoré diagnózy by mali byť spracované výlučne špecialistami v danej oblasti a ktoré môžu byť spracované sestrami bez závislosti na skúsenostiach a klinickej praxi. Na jednej strane sestry predpokladajú (správne či nesprávne), že všetky diagnózy zahrnuté v NANDA klasifikačnom systéme ošetrovateľských diagnóz môže používať každá sestra. Na druhej strane niektorí autori (napr. Pehier, 1997; Hoover a Norris, 1996) naznačujú, že sestry ešte nie sú pripravené (nezávisle na stupni vzdelania) stať sa expertami pre niektoré diagnózy (napr. *Duchovná tieseň, Porucha osobnej identity*). Do výskumu validizácie ošetrovateľských diagnóz typu „*Deficit sebaopater, Obstpácia, Deficit vedomostí, Riziko infekcie*“ by naopak mohli byť zaradené takmer všetky sestry bez ohľadu na ich klinickú špecializáciu. (Levin, 2001, s. 30-31) V záujme dosiahnutia validity výsledku je možné pre výskum niektorých ošetrovateľských diagnóz zaradiť ďalšie upresňujúce kritériá ako je napr. špecializácia v danej klinickej oblasti.

2. *Zaradenie ďalších odborníkov medzi súbor expertov*

Medzi autormi validizačných štúdií prebieha diskusia o zaradení iných odborníkov (psychológ, duchovný a i.) do súboru expertov. Tento postup sa môže pokladať za nie celkom vhodný, nakoľko ošetrovateľská diagnostika je doménou ošetrovateľstva.

3. *Modifikácia kritérií pre výber expertov v jednotlivých krajinách*

<sup>19</sup> Spracované podľa Levin, 2001

3. úroveň vedomosti z oblasti metodológie ošetrovateľských diagnóz (sestra určuje správnu a nesprávnu formuláciu ošetrovateľských diagnóz zo 4 príkladov<sup>17</sup>). Výsledky štúdie ukázali štatisticky významný rozdiel medzi výsledkami (DCV index) získanými od sestier, ktoré splnili kritériá vo všetkých troch sledovaných oblastiach a výsledkami získanými od sestier, ktoré nenaplnili predpísané kritériá. (In Guirao-Goris, Duarte-Climents, 2007, s. 88)

Osobitne boli skúmané vo vzťahu k výberu expertov štúdie, v ktorých bol použitý DCV model.<sup>18</sup> Pre štúdium validizácie ošetrovateľských diagnóz *Úzkosť a Strach* Whitley (1997) za expertov vybrala kvalifikované sestry s magisterským vzdelaním v oblasti psychiatrického ošetrovateľstva / duševného zdravia alebo chirurgického ošetrovateľstva, ktoré boli členkami Americkej asociácie sestier (American Nurses Association) a NANDA. Levin, Krainovich, Bahrenburg a Mitchell (1989), ktorí pomocou DCV modelu validizovali 6 najčastejšie používaných ošetrovateľských diagnóz (*Bolest', Úzkosť, Porucha mobility, Porucha kožnej integrity, Deficit sebaopatery, Deficit vedomostí*), považovali za expertov registrované sestry. Ako dôvod pre kritérium uvádzali, že skúmaná diagnostická kategória bola v praxi často používaná registrovanými sestrami všetkých stupňov vzdelania a obsah súvisiaci s diagnostickou kategóriou bol zahrnutý v kurikulumoch všetkých študijných programov registrovaných sestier.

V Smithovej (1994) validizačnej štúdií *Riziko násillia* tvorili súbor expertov sestry z psychiatrických ošetrovacích jednotiek. Len 13% sestier z tejto vzorky malo magisterské vzdelanie. Až 75% malo viac ako 5 - ročnú skúsenosť v psychiatrickom ošetrovateľstve. Sato (1998) využíva modifikovanú verziu Fehringovho DCV modelu pre validizačnú štúdiu diagnóz *Úzkosť, Strach a Porušený spánok*. Pri svojej práci riešila tak ako aj iní problém „Kto sú experti?“. Keďže v Japonsku bolo v tom období len niekoľko sestier s magisterským vzdelaním, odporúčanie Fehringa nemohla naplniť. Súbor expertov v jej štúdií tvorili registrované sestry s rôznym stupňom vzdelania, z rôznych oblastí praxe. Vychádzala z predpokladu, že registrované sestry poznajú ošetrovateľské diagnózy a ich charakteristiky a sú schopné využiť tieto informácie na posúdenie stupňa, ktoré definujúce charakteristiky reprezentujú danú ošetrovateľskú diagnózu.

V niektorých validizačných štúdiách sa objavujú aj odborníci z iných oblastí. Pehierová (1997) pre potrebu validizácie diagnózy *Duchovná tieseň* za expertov vybrala duchovných. Argumentovala tým, že sestry neposkytujú duchovnú starostlivosť a pre nedostatok vedomostí v tejto oblasti ich za expertov v tomto prípade nemožno považovať. Podobne Hoover a Norris (1996) pridali k 5 sestrám, 3 lekárom a klinického psychológa pri validizácii diagnózy *Porucha osobnej identity*. (In Levin, 2001, s. 30)

Carmona (2006) vo validizačnej štúdií ošetrovateľskej diagnózy *Konflikt rodičovskej roly* na Jednotkách neonatologickej intenzívnej starostlivosti pre expertov zvolila nasledujúce kritéria: minimálne 5 - ročná klinická prax na Jednotkách neonatologickej intenzívnej starostlivosti (s poznámkou, že v Brazílii mnohé odborné spoločnosti po takom rozsahu praxe umožňujú sestrám vykonať skúšky na získanie titulu), ďalej sestry so špecializáciou v neonatológii, sestry realizujúce v tejto oblasti výskum, sestry so špeciálnym vzdelaním v oblasti ošetrovateľských diagnóz v neonatologickom ošetrovateľstve alebo vzťahoch dieťa – matka. Priemerná odpracovaná doba praxe bola 12 rokov. Do súboru zaradili aj 5 sestier s menej ako 5 – ročnou praxou, pretože 3 z nich mali špecializáciu v neonatológii a ďalšie 2 mali predchádzajúcu skúsenosť v tejto oblasti ako zdravotnícki asistenti s celkovo 5 a viac ročnou praxou. Nereálnosť splniť ďalšie Fehringom stanovené kritériá autorka zdôvodnila tým, že v Brazílii má magisterské vzdelanie len niekoľko sestier pracujúcich v neonatológii, tiež zodpovedajúci výskum či publikácie v oblasti ošetrovateľskej diagnostiky. Dodržala však

<sup>17</sup> Pre účasť vo validizačnej štúdií na poste experta v tomto prípade zohralo najvýznamnejšiu úlohu tretie kritérium – určiť správnu a nesprávnu formuláciu ošetrovateľských diagnóz zo 4 príkladov.

<sup>18</sup> Spracované podľa Levin, 2001.

farmakologické intervencie by mali byť použité až po využití nefarmakologických metod. V managementu „toulán“ je potom kladen dôraz na podporu bezpečného toulání pred jeho zamezením (Douglas, James, Ballard 2004, s.178).

Mezi súčasne používané nefarmakologické intervencie patrí: elektronické štítky a alarmy, behaviorálna intervencie, cvičení, prochádzková terapia, muzikoterapie, smyslová terapia (aromaterapie, multisenzoriálna prostredí), úpravy prostredí, subjektívna bariéry (vizuálna úprava, ktorá predstavuje bariéru, ale nie fyzickou, napr. pásková mříž na podlaže pred východovými dverami) (Howard et al., 2001). Výzkumy, ktoré zkoumajú nefarmakologické prístupy k pacientům s demenci se objevují až v posledních dvou desetiletích a v mnoha aspektech nepřinášejí jednoznačné závěry. Důvodem je časté použití kvalitativních metod a nedostatek randomizovaných kontrolovaných studií, které jsou u mnoha nefarmakologických metod velmi obtížně proveditelné (Holmerová, 2005, 180). Cílem tohoto příspěvku přesto je najít, metodou praxe založené na důkazech, důkazy podporující nefarmakologické metody pro prevenci toulání a útěků u pacientů s demencí.

#### Metodika

Výzkumná otázka: Jak efektivní jsou nefarmakologické intervence pro prevenci toulání u lidí s demencí?

Zdroje dat (1985-2007): Medline, Bibliomedica, Evidence based medicine review, ProQuest Medical Library, Web of Knowledge, Google, Google Scholar, The Cochrane Collaboration.

Klíčová slova při vyhledávání: dementia, nonpharmacological intervention, wandering, prevention.

Výběr studií: randomizované kontrolní studie (RCTs), nerandomizované kontrolní studie (non-RCTs), kohortové studie, případové kontrolní studie, které porovnávají nefarmakologické intervence k prevenci toulání s obvyklou péčí, experimentální a observační studie, kvalitativní studie.

Studie zařazené do sumarizace důkazů: 4 systematické přehledy, 3 přehledové články, 3 původní práce.

Intervence: multisenzoriální prostředí (3 RCTs, n=198), muzikoterapie (1 RCTs, n=30), cvičení (1 RCTs, n=30, 1 experimentální studie, n=9), pravidelné procházky (1 RCTs, n=65, 3 experimentální studie, n=58), aromaterapie (2 RCTs, n=84, 3 observační studie, n=40, 1 kvalitativní studie, n=5), speciální péče (2 non-RCTs, n=129), behaviorální terapie (1 non-RCTs, n=21, 2 experimentální studie, n=7, 1 kvalitativní studie n=1), subjektivní zábrany (13 experimentálních studií, n=163), speciální úprava prostředí (2 experimentální studie, n=347), použití alarmu (2 kvalitativní studie, n=8).

Zhodnocení studií: metodologická kvalita všech studií byla nízká (Robinson, 2007b, s. 15 a Vink, 2007, s. 5 a Siders, 2004, s. 204 a Lai a Artur, 2003, s.180 a Cohen-Mansfield, 2001, s. 375).

#### Výsledky

Systematický přehled vypracovaný Hermanssem (2007) ukazuje, že nebyly nalezeny žádné studie, které by ověřovaly efektivnost nefarmakologických metod pro prevenci toulání u pacientů s demencí v domácím prostředí. Naopak systematické přehledy (Robinson, 2007, Siders, 2004, Lai a Artur, 2003, Cohen-Mansfield, 2001) a přehledy (Vink, 2007, Tilly, 2006, Douglas, 2004) ukazují několik málo důkazů s nízkou kvalitou pro efektivnost některých nefarmakologických metod pro prevenci toulání u lidí s demencí v institucionální péči jako např. multisenzoriální prostředí, cvičení, aromaterapie, některé subjektivní zábrany,

pravidelné procházky a použití alarmu. Žádný důkaz nebyl nalezen pro efektivnost muzikoterapie a speciální péče. Přehled důkazů je uveden v tabulce č. 1 a 2.

Tabulka č. 1 – Nefarmakologické intervence pro prevenci toulání u lidí s demencí – kontrolované studie (RCTs, non-RCTs).

| Intervence                                     | Počet studií (n) | Výsledky  |
|--|------------------|---|
| cvičení x obvyklá péče                         | 1 (30)           | redukuje toulání  |
| pravidelné procházky x komunikační terapie     | 1 (65)           | redukuje toulání  |
| aromaterapie x „placebo“ olej                  | 2 (84)           | redukuje toulání (1 studie, n=72), není rozdíl (1 překřížená studie, n=12)          |
| speciální péče x tradiční péče                 | 2 (129)          | neredukuje toulání (1 studie, n=66), zvyšuje toulání (1 studie, n=63)               |
| behaviorální terapie x obvyklá péče            | 1 (21)           | zvyšuje frekvenci toulání   |
| multisenzorální prostředí x dotyková stimulace | 3 (198)          | redukuje toulání (2 studie, n=186), redukuje toulání během terapie (1 studie, n=12) |
| muzikoterapie x čtení                          | 1 (30)           | muzikoterapie redukuje toulání během terapie, neredukuje toulání mimo sezení        |

Tabulka č. 2 – Nefarmakologické intervence pro prevenci toulání u lidí s demencí – nekontrolované studie.

| Intervence   | Počet studií (n) | Výsledky  |
|--|------------------|---|
| SZ*: pásková mříž na podlaze                             | 6 (83)           | neredukuje útky (2 studie, n=39), redukuje útky pouze u pacientů s Parkinsonovou a Alzheimerovou chorobou (1 studie, n=10), redukuje toulání (3 studie, n=34) |
| SZ*: horizontální zakrytí dveřních oken                  | 1 (7)            | minimálně redukuje útky (p=0,07)  |
| SZ*: látková zástěna dveřní kliky                        | 3 (32)           | redukuje útky   |
| SZ*: zakrytí dveřního prostoru                           | 1 (12)           | redukuje útky   |
| SZ*: zrcadlo na přední straně východových dveří          | 2 (29)           | redukuje útky   |
| strukturované cvičení                                    | 1 (9)            | neredukuje toulání  |
| procházky (1,5 – 2 hod. denně)                           | 3 (58)           | redukuje toulání (2 studie, n=38), neredukuje toulání během dne, redukuje noční toulání (1 studie, n=20)  |
| Speciální prostředí: chodba vyzdobená přírodními scénami | 2 (347)          | redukce úteků, pacienti trávili signifikantně více času v této chodbě   |
| Behaviorální terapie                                     | 3 (8)            | redukce toulání (1 studie, n=4), redukce úteků pouze během intervence (1 studie, n=1), redukce vstupu do zakázané oblasti (1 studie, n=3)                     |
| Muzikoterapie  | 4 (45)           | neredukuje toulání (3 studie, n=40), snižuje toulání jen během terapie (1 studie, n=5).   |
| Použití alarmu   | 2 (8)            | redukuje útky   |
| Aromaterapie   | 1 (16)           | redukuje toulání  |

\*SZ – subjektivní záznamy

Pre výskum v oblasti validizácie ošetrovateľských diagnóz Fehring zdôrazňuje potrebu „skutočných expertov“. Za minimálne kritérium pre sestru - experta považuje magisterské vzdelanie a skúsenosť v oblasti ošetrovateľskej diagnostiky (poprípade ďalšie vzdelávanie v oblasti ošetrovateľskej diagnostiky, výskum, príp. prezentácia). (In Whitley, 1999, s. 10) Ďalej odporúča používať širší hodnotiaci systém, ktorý zahrňuje ďalšie kritériá pre výber experta:

1. Magisterský stupeň vzdelania v ošetrovateľstve so zameraním diplomovej práce v oblasti ošetrovateľských diagnóz.
2. Publikovaný výskum v oblasti danej ošetrovateľskej diagnózy či s ňou súvisiacej oblasti.
3. Publikovaný článok o ošetrovateľskej diagnostike v odbornom časopise.
4. Dizertačná práca s témou ošetrovateľskej diagnostiky.
5. Súčasná klinická prax s minimálne jednoročným pôsobením v oblasti relevantnej k validizovanej ošetrovateľskej diagnóze.
6. Certifikácia v odbore klinickej praxe relevantnom k danej diagnóze. (Fehring, 1994, In Levin, 2001, s. 29)

Na základe Fehringových odporúčaní je možné konštatovať, že **sestra - expert** by mal mať potrebné vedomosti (vzdelanie, kvalifikáciu v ošetrovateľstve), praktické skúsenosti (klinickú prax) a predpoklady ďalšieho vzdelávania – profesionálneho rastu (v oblasti ošetrovateľskej diagnostiky). Dodržať tieto kritériá odporúčajú aj Grant a Davis. Vo svojej práci hovoria o „nevyhnutnosti príslušného školenia, skúsenosti a kvalifikácii“ (In Levin, 2001, s. 29). Aj podľa Creasonovej je kritérium magisterského vzdelania nedostačujúce. Odporúča upresniť požiadavky týkajúce sa najmä klinickej praxe a skúseností s ošetrovateľskou diagnostikou. Vybrať vzorku expertov je náročnou úlohou, pretože, ako uvádza Creasonová, „neexistuje žiadny spôsob ako validizovať vedomosti experta“. (Creason, 2004, s. 126)

#### Variabilita kritérií jednotlivých autorov validizačných štúdií

Keďže neexistuje konsenzus ohľadom kritérií výberu expertov, autori validizačných štúdií si kritériá prispôbujú podmienkam krajiny, v ktorej sa štúdia realizuje. Napríklad Grant a Davis (1997) navrhovali - publikácie v odborných časopisoch, prezentácie na národnej úrovni, výskum v danej oblasti, odbornú klinickú prax. (In Levin, 2001, s. 29) Kládli dôraz najmä na aktivity sestier - expertov spojené s výskumom, prednáškovou a publikačnou činnosťou, ako aj klinickú prax, pričom netrvali na magisterskom vzdelaní expertov.

Hoskinsová (1997) okrem požiadavky dôkladných vedomostí o diagnóze, ktorá je validizovaná, navrhuje posúdiť aj všeobecné poznanie a pochopenie podstaty ošetrovateľskej diagnostiky. (In Levin, 2001, s. 29) Poznanie skúmanej ošetrovateľskej diagnózy podľa nej nestačí. Sú potrebné komplexné vedomosti v oblasti ošetrovateľskej diagnostiky.

Vo validizačnej štúdií španielskych autorov Guirao a Josep (2007), venovanej diagnóze *Sedavý životný štýl* v súbore expertov nebola ani jedna sestra s magisterským vzdelaním. Autori použili pre výber kritériá ako klinická prax a úroveň vedomostí v oblasti ošetrovateľskej diagnostiky. Pre ich účasť vo výskume boli sledované aj ďalšie údaje:

1. profil sestry: vek, dĺžka školenia, dĺžka klinickej praxe, špecializácia, dĺžka klinickej praxe v oblasti špecializácie, počet hodín metodologického školenia v problematike ošetrovateľského procesu, prečítané vedecké články o ošetrovateľskom procese, účasť na konferenciách s problematikou ošetrovateľskej terminológie,
2. vedomosti o ošetrovateľskom procese: znalosti sestry o bibliografických odkazoch z oblasti ošetrovateľského procesu (posudzovaná sestra vymenuje knihy a články týkajúce sa ošetrovateľského procesu, na ktoré si spomenie),

## Úvod

V súvislosti s výskumom v oblasti ošetrovateľskej diagnostiky sa dostáva do popredia problematika validizácie ošetrovateľských diagnóz. Podľa Fehringa dôvodom rozporu medzi klasifikačným systémom ošetrovateľských diagnóz NANDA a ich aktuálnym používaním v praxi je nedostatok validizačných štúdií. (Fehring, 1986, In Creason, 2004, s. 124)

Validizácia ošetrovateľskej diagnózy znamená potvrdenie, že diagnóza presne odráža problém pacienta a tiež, že k záveru sa dospelo na základe zozbieraných - relevantných údajov. Podľa Gordonovej validita ošetrovateľských diagnóz popisuje stupeň, do akej miery skupina definujúcich charakteristík popisuje realitu, ktorá môže byť pozorovaná v interakcii pacient - prostredie. Pre výskum v oblasti validizácie ošetrovateľských diagnóz bolo vyvinutých viacero metód a modelov, ktoré boli publikované v konferenčných NANDA zborníkoch.

Za priekopníkov v oblasti metodológie validizačných štúdií sú považovaní Gordon a Sweeney, ktorí v roku 1979 vypracovali 3 modely identifikácie a validizácie ošetrovateľských diagnóz (*retrospektívny identifikačný model, model validizácie sestrami a klinický model*). Na základe týchto modelov Fehring dopracoval metodológiu a pripravil tak 2 modely pre validizáciu ošetrovateľských diagnóz: *Diagnostic Content Validity Model - Model validity diagnostického obsahu (ďalej DCV) a Clinical Diagnostic Validity Model - Model klinickej diagnostickej validity (ďalej CDV)*. (Fehring, 1986, s. 187-188, Creason, 2004, s. 123-124, Whitley, 1999, s. 8, Holmanová a kol., 2006, s. 27, Vörösová, 2007, s. 50)

V súčasnom období patrí Fehringov Diagnostic Content Validity Model (DCV)<sup>15</sup> a Clinical Diagnostic Validity Model (CDV)<sup>16</sup> medzi najčastejšie používané modely validizácie ošetrovateľských diagnóz. Dôležitú úlohu v DCV a CDV modeloch ako aj ostatných modeloch zohráva súbor expertov. Validizačné štúdie nie je možné uskutočniť bez ich spolupráce. Úloha experta vo validizačných štúdiách sa odlišuje v závislosti na použitom validizačnom modeli a spočíva v hodnotení reprezentatívnosti, špecifickosti definujúcich charakteristík (diagnostických znakov, určujúcich znakov) vo vzťahu k diagnóze ako aj hodnotení operacionálnych definícií znaku vo vzťahu k diagnóze. Význam vzorky expertov pre výskum validizácie ošetrovateľských diagnóz akcentujú viacerí autori. (Fehring, 1986, s. 188, Whitley, 1999, s. 10) Považujú dôsledný výber expertov za významný prvok a krok v procese validizácie ošetrovateľských diagnóz. Aj keď presné kritéria identifikácie expertov vymedzil Fehring v roku 1994, nie je vždy možné použiť ich v každej krajine v celom rozsahu. Autori validizačných štúdií si ich v závislosti na type štúdie a podľa podmienok danej krajiny čiastočne modifikujú.

## Obsah

Podľa Levinovej na potrebu zodpovedať otázku „Kto je expert?“ v súvislosti s validizáciou ošetrovateľských diagnóz existujú viaceré dôvody:

- v odbornej literatúre a v odborných časopisoch nie je jednotný názor na to, kto je expert,
- v dostupných publikáciách rôzni autori definujú rôznym spôsobom kritéria pre výber expertov,
- NANDA, ktorá by mala mať najväčší záujem o používanie klasifikačného systému, nevypracovala kritéria pre výber expertov,
- rôzne systémy profesionálnej prípravy sestier. (Levin, 2001, s. 29)

## Vymedzenie kritérií pre vzorku expertov pre potreby validizačných štúdií

Slovo expert pochádza z nemeckého *expert* a je odvodené z lat. *expertus* = skúsený (od *experiri* - skúšať). (Rejzek, 2001, s. 163) **Expert** je znalec, odborník, prizvaný k riešeniu alebo posúdeniu určitej otázky. (Akademický slovník cudzích slov, 1995, s. 213)

<sup>15</sup> Pozri Diagnostic Content Validity Model (In Fehring, 1986, Creason, 2004, Holmanová a kol., 2006)

<sup>16</sup> Pozri Clinical Diagnostic Validity Model (In Fehring, 1986, Creason, 2004, Holmanová a kol., 2006)

Systematický prehľad zpracovaný Robinsonem et al. (2006) ukazuje, že existuje pouze niekoľko málo randomizovaných kontrolných štúdií, ktoré prokazujú štatisticky významnou redukciu toulání u pacientů s demenci a to je provádění cvičení, multisenzoriální prostředí, které zahrnuje stimulaci zraku, sluchu, dotyku, chuti a pachu použitím světelných efektů, dotekových povrchů, mediální hudby a vonících nebo esenciálních olejů a aromaterapie. Siders (2004) se ve svém přehledu zaměřil na experimentální, kvalitativní a observační studie a našel několik studií prokazujících štatisticky významnou redukci toulání u pacientů s demenci, z nichž nejučinnější je použití subjektivních zábran a alarmu, zejména pro prevenci úteků. Další úspěšnou intervencí pro prevenci zejména nočního toulání byly pravidelné procházky v pozdních odpoledních nebo večerních hodinách, jejichž účinnost trvala 24 hod. po terapii. Vink (2007) se zaměřil ve svém přehledu na muzikoterapii a zjistil, že na základě provedených studií muzikoterapie redukuje toulání pouze během terapie. Toho lze využít puštěním hudby při některých úkonech, kdy je bezcílné toulání nežádoucí, jako například v době jídla, hygieny apod.. Cohen-Mansfield a Werner (1999, s.15) zdůrazňují nutnost zaměřit se na vytváření prostředí pro bezpečné toulání. Ve své studii zkoumali účinnost speciální úpravy prostředí, kdy „slepou“ chodbu vyzdobili přírodními scénami (včetně zvuků a vůně) a klienti trávili signifikantně více času v této oblasti, snížil se i počet úteků, chození klientů s demenci do cizích pokojů nebo místností pro zaměstnance. Robinson (2007), Vink (2007, s. 5) i Siders (2004, s.204) však upozorňují na malé množství a nízkou kvalitu provedených studií s metodologickými nedostatky.

## Závěr

V současné době neexistuje kvalitní důkaz podporující nefarmakologické metody pro prevenci toulání u lidí s demencí. Některé intervence snižují toulání zejména během terapie nebo krátce po ní. Nízké riziko nefarmakologických intervencí by mělo být však důvodem pro pečovatele sladiť tyto intervence s potřebami, způsobilostí a preferencí lidí s demencí s cílem zvyšovat jejich kvalitu života před použitím farmakologických metod (Robinson, 2007b, s.15).

## Bibliografické odkazy

- COHEN-MANSFIELD, J., LIBIN, A., MARX, M.S. 2007. Nonpharmacological Treatment of Agitation: A Controlled Trial of Systematic Individualized Intervention. *The Journals of Gerontology*, roč. 62, č. 8, s. 908-916.
- COHEN-MANSFIELD, J. 2001. Nonpharmacologic Interventions for Inappropriate Behaviors in Dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, roč. 9, č. 4, s. 361-381.
- COHEN-MANSFIELD, J., WERNER, P. 1999. Outdoor wandering park for persons with dementia: A survey of characteristics and use. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, roč. 15, č. 2, s. 109-117.
- DOUGLAS, S., JAMES, I., BALLARD, C. 2004. Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, č. 10, s. 171-179.
- HERMANS, D.G., Htay, U.H., McShane, R. 2007. Non-pharmacological interventions for wandering of people with dementia in the domestic setting (Review). *The Cochrane Collaboration Library*, č.4, 11 s.
- HOLMEROVÁ, I. a kol. Nefarmakologické přístupy v terapii alzheimerovy demence, praktické aspekty péče o postižené. *Interní medicína pro praxi* [online] 2005, č. 10, s. 449-453. Dostupné na: [www.internimedicina.cz](http://www.internimedicina.cz). [cit.5.2.2008]
- HOPE, T. et al. 2001. Wandering in dementia: A longitudinal study. *International psychogeriatrics*, roč. 3, č. 2, s. 137-147.
- HOWARD, R. et al. 2001. Guidelines for the management of agitation in dementia. *Journal of Geriatric Psychology*, roč.16, č. 7, s. 714-717.
- LAI, CKY., ARTHUR, DG. 2003. Wandering Behaviour in People with Dementia. *Journal of Advanced Nursing*, roč. 44, č. 2, s. 173-182.

ROBINSON, L. et al. 2007a. Effectiveness of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: a systematic review. *International Journal of geriatric psychiatry*, roč. 22, s. 9-22.

ROBINSON, L., HUTCHINGS, D. CORNER, L., et al. 2007b. Review: sparse evidence supports non-pharmacological interventions for preventing wandering in people with dementia. *Journal of Evidence based nursing*, č. 10, s. 15.

SIDERS, C., NELSON, A., BROWN, L.M. et al. 2004. Evidence for Implementing Nonpharmacological Interventions for Wandering. *Rehabilitation Nursing*, roč. 29, č. 6, s.195-206.

TAPPEN, R.M. et al. 2000. Effect of a Combined Walking and Conversation Intervention on Functional Mobility of Nursing Home Residents with Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, roč. 14, č. 4, s. 196-201.

TILLY, J., REED, P. 2006. Falls, Wandering, and Physical Restraints: Interventions for Residents with Dementia in Assisted Living and Nursing Homes. *Alzheimer's Association*, 11 s.

VINK, A.C., BIRKS, J.S., BRUINSMA, M.S. 2007. Music therapy for people with dementia (Review). *The Cochrane Collaboration Library*, č.4, 18 s.

*Mgr. Radka Bužgová*  
*Ústav ošetrovatelství a porodní asistence*  
*Zdravotně sociální fakulta OU*  
*Syllabova 19*  
*Ostrava-Zábřeh*  
*700 30*  
*email: radka.buzgova@osu.cz*

## EXPERT V PROCESE VALIDIZÁCIE OŠETROVATEĽSKÝCH DIAGNÓZ

\*Renáta Zeleníková, \*\*Katarína Žiaková

\* *Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství*

\*\* *Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovatelstva*

### Súhrn

Validizačné štúdie ošetrovateľských diagnóz predstavujú východisko pre použitie klasifikačného systému NANDA International v medzinárodnom kontexte po zakomponovaní sociokultúrnych a jazykových rozdielov danej krajiny. Do validizačných štúdií sú zapojení výskumníci z oblasti ošetrovatelstva, ale i metodológovia a odborníci z iných disciplín. Počas vývoja metodológie identifikácie a validizácie ošetrovateľských diagnóz Gordon, Sweeney a neskoršie Fehring vymedzili rôzne modely. Najčastejšie používané modely validizácie ošetrovateľských diagnóz sú Fehringov *Diagnostic Content Validity Model* (DCV) a *Clinical Diagnostic Validity Model* (CDV). Dôležitú úlohu v DCV a CDV modeloch ako aj ostatných modeloch zohráva súbor expertov. Úloha experta vo validizačných štúdiách spočíva v hodnotení reprezentatívosti, špecifickosti definujúcich charakteristík (diagnostických znakov, určujúcich znakov) vo vzťahu k diagnóze ako aj hodnotení operacionálnych definícií znaku vo vzťahu k diagnóze. Kritéria pre výber sestier - expertov boli všeobecne navrhnuté Fehringom v roku 1994 – autorom dvoch modelov metodológie validizačných štúdií. Príklady z viacerých validizačných štúdií naznačujú, že nie vždy je možné v danej krajine dodržať všetky stanovené kritéria, a preto si ich autori validizačných štúdií často modifikujú podľa podmienok danej krajiny. Autorky príspevku sa zamýšľajú nad kritériami výberu expertov z rôznych štúdií a uvažujú nad kritériami pre potreby validizačných štúdií v česko-slovenskom sociokultúrnom prostredí.

### Kľúčové slová

expert, validizácia, validizačná štúdia, ošetrovateľská diagnóza, súbor expertov

### Summary

Nursing diagnosis validation studies constitute a springboard for the use of NANDA International classification system on a world-wide scale, with social-cultural specifics and language specifics of particular countries taken into account. Both nursing researchers and methodology experts from other fields engage in nursing validation studies. In the course of the development of pathways for nursing diagnosis identification and validation, Gordon, Sweeney and Fehring delineated a number of diverse models. The most widespread of nursing diagnosis validation tools are the Fehring Diagnostic Content Validity Model (DCV) and Clinical Diagnostic Validity Model (CDV). In DCV, CDV, as well as in other models, the sample of experts plays a pivotal role. The role of the expert in validation studies consists in the assessment of representative/defining and specificity characteristics, (or, diagnostic cues) in relation to a given diagnosis, as well as in the evaluation of operational definitions as pertaining to the diagnostic unit. Criteria for the selection of nurse experts have been outlined in 1994 by Fehring, who is the author of two validation study models. Anecdotal evidence from among a subset of validation studies shows that it is not always feasible to abide by all criteria in a given country. Thus, validation study authors may modify the procedure based on local circumstances. The authors of the present article re-think the expert selection criteria used in various studies and ponder the prospective local validation study criteria for the Czech and Slovak social and cultural ambient.

### Keywords

expert, validation, validation study, nursing diagnosis, sample of experts

## Závěr

Podle uvedených výzkumů je patrné, že přítomnost chronických onemocnění u žen sehrává významnou roli ve změnách sexuálního života žen. Zejména se zde vyskytuje problematika přítomnosti orgasmu, lubrikace, sexuální apetence a dyspareunie. Seestra v rámci profesionální ošetrovatelské péče a edukační činnosti bývá často v první linii cílených dotazů žen na následnou sexualitu. V rámci týmové práce společně s lékařem - sexuologem může provádět nenásilné sexuální poradenství, zejména v oblasti psychosociální souvislosti. K cílům sexuálního poradenství by měla patřit informovanost o vlivu onemocnění na sexuální funkci, nenásilné povzbuzení k obnovení sexuální (nonkoitální či koitální) aktivity, podporovat rozvíjení komunikace o sexualitě v rámci partnerského vztahu. Sexuální poradenství a edukační činnost může výrazně ovlivnit snížení výskytu sexuálních problémů.

## Bibliografické odkazy

- ABRAMOV, S. Sexual life and sexual frigidity among women developing acute myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 1976, roč.38, s. 418 – 421.
- BARRETT,M. Sexuality and Multiple Sclerosis. *The Journal of the American Medical Association*. 1982, 5 (supple 2), s. 49-58
- ENZLIN,P.,MATHIEU,C.,BRUEL,A. Prevalence and predictors of sexual dysfunction in patients with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2003, roč. 26, s. 409-414.
- JENSEN,P.,T., et. Al Early-stage cervical carcinoma, radical hysterectomy, and sexual function. *Cancer*, 2004, roč.8, s. 97-100.
- LILIUS,H.,G., Sexual problems in patients\sufferent from multiple sclerosis. *Cron.dis*. 1976, roč.29, s.65 –76.
- KOLODNY,R.C. Sexual dysfunction in diabetic females. *Diabetes* 20:557-559, 1971
- NEWMAN, A ,BERTELSON,A Sexual dysfunction in diabetic women. *J Behav Med* 9:261-270, 1986
- STUURMAN,A. Drugs affecting sex. *Pharm.int.* , 1981,roč. 32, s.35 - 42
- KOCH,T.,KRALIK,D.,EASTWOOD,S Constructions of sexuality for women living with multiple sclerosis. *Journal of Advanced Nursing* 2002, roč.35(2), s. 180-187
- URBÁNEK,V Somatické nemoci a sexualita ženy. *Moderní gynekologie a porodnictví*.2005, roč.14, s. 35-40.

PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D.  
Ostravská univerzita  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav ošetrovatelství a porodní asistence  
Syllabova 19  
703 00 Ostrava-Zábřeh  
Yveta.Vrublova@osu.cz

## VYUŽITIE HODNOTIACICH/MERACÍCH NÁSTROJOV V DIAGNOSTIKE SPIRITUÁLNEJ TIESNE

\*Ivan Farský, \*Katarína Žiaková, \*\*Igor Ondrejka

\*Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva

\*\*Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Fakultná nemocnica, Psychiatrická klinika

## Súhrn

Ošetrovateľská diagnóza Duchovná tieseň (kód 00066) je definovaná ako „znížená schopnosť zažívať a integrovať zmysel a účel života prostredníctvom spojenia/prepojenia so sebou, inými, umením, hudbou, literatúrou, prírodou alebo vyššou bytosťou, silou, Bohom“. V klasifikačnom systéme NANDA-I patrí do domény - ŽIVOTNÉ PRINCÍPY, do triedy Súlad hodnôt, presvedčení a činov. Vzhľadom na požiadavku kvalitatívnej diagnostiky, objektívizácie zisťovaných skutočností a údajov, sa autori zaoberajú možnosťami praktického využitia štandardizovaných meracích nástrojov pri stanovovaní tejto diagnózy. V príspevku prezentujú *Škálu životnej zmyslupnosti, Pražský dotazník spirituality a Škálu spirituálnej pohody*. Prehľad dopĺňajú *Nowotnej škálou nádeje a Snyderovou škálou nádeje*.

**Kľúčové slová:** spirituálna tieseň, zmysel, nádej, spirituálna pohoda, posudzovanie, meracie nástroje

## Summary

Nursing diagnosis *Spiritual distress* (code 00066) is defined as „impaired ability to experience and integrate meaning and purpose of life through connectedness with self, others, art, music, literature, nature, and/or a power greater than oneself.“ In system of classification NANDA-I, this diagnosis belongs to the domain: Life principles, to the class conformity of Values, belief and action congruence. Considering requirement of quality diagnosis, objectification assessed information, the authors interest in possibility of practical application of standardized measure instruments in determine this diagnosis. In this article is presented *Scale of life meaningfulness, Prague spirituality questionnaire and Spiritual well-being scale*. *Nowotny hope scale and Snyder adult trait scale* are included, too.

**Key words:** spiritual distress, meaning of life, hope, spiritual well-being, measure instrument, assessment

## Diagnostika spirituálnej tiesne

NANDA-I definuje ošetrovateľskú diagnózu *Spirituálnu tieseň* - ako zníženú schopnosť osoby zažívať a integrovať zmysel a účel života prostredníctvom spojenia so sebou samým, druhými, umením, prírodou a/ alebo vyššou silou, ktorá osobu presahuje (NANDA, 2007, s. 208). Je to diagnóza, ktorú by sme v ošetrovateľskej dokumentácii, v plánoch ošetrovateľskej starostlivosti hľadali asi márne. Napriek tomu závažnosť tejto diagnózy zdôrazňuje Cassel (1982, s. 640), ktorý hovorí „*takáto tieseň predstavuje špecifický problém, pretože ohrozuje samotnú podstatu existencie – to kým naozaj sme. Takáto tieseň znamená viac ako bolesť, úzkosť alebo depresia*“. Absenciu tejto diagnózy v ošetrovateľských záznamoch by sme asi len ťažko mohli pripísať tomu, že sa jednoducho v praxi u pacientov nevyskytuje. Ak vylúčime faktory ako je nedostatok času, pracovné zaťaženie sestier a pod., je to skôr spôsobené „strachom“ sestier zasahovať do tejto u nás privátnej oblasti, nedostatkom vedomostí o spirituálnych potrebách a skúseností z oblasti ich diagnostiky a uspokojovania. Vychádzajúc z definície *Spirituálnej tiesne* by sme sa mali pri posudzovaní zamerať na zmysel a účel života, ktorý možno definovať ako túžbu nájsť v našich životoch

niečo zmysluplné, čo nás motivuje, dáva nám pocit účelnosti a vedie k pocitom naplnenia (McSherry, 2006, s. 56) Základným záujmom človeka podľa Frankla (1997, s. 15) je jeho vôľa k zmyslu. Pokladá ju za významnú motivačnú hodnotu. Vôľa k zmyslu je špecifickou potrebou, neredukovateľnou na iné potreby a je vo väčšom alebo menšom stupni vlastná všetkým ľuďom. Zároveň by sa malo posúdenie týkať spojenia, vzťahu k sebe samému, iným, umeniu, prírode či vyššej sile, Bohu. Tento vzťah a prepojenie považujú niektorí autori za jadro spirituality (napr. Benzein et al., 1998; Chiu, 2000; Coleman & Holzemer, 1999), pričom tento vzťah by mal dodávať osobe vnútornú silu, harmóniu, dávať pocit životnej zmysluplnosti a účelnosti. Posudzovacie nástroje, ktoré budeme ďalej prezentovať viac alebo menej pokrývajú sledované oblasti. Podmienkou pre ich výber tak ako uvádza Bóriková, Žiaková (2007, s. 14) bola aj validita, reliabilita, kultúrna senzitivita a použiteľnosť v klinickej praxi.

**Škála životnej zmysluplnosti – ŠŽS** (Halama, 2002, s.265; 2007, s.167).

Škála sa zameriava na posúdenie zmyslu a účelu v živote človeka a vychádza z trojkomponentového chápania zmyslu života (Reker, Wong, 1998). Je rozdelená do troch subškál, dimenzií zmyslu života. Kognitívnu dimenziu tvoria položky týkajúce sa celkovej životnej filozofie, životného nasmerovania, pochopenia, či životného poslania (napr. *Svoj život považujem za hodnotný a užitočný*). Motivačná dimenzia je tvorená položkami, ktoré sa týkajú cieľov, plánov, ako aj sily a vytrvalosti angažovania sa v nich (napr. *V mojom živote sú veci, v ktorých sa naplno angažujem*). Afektívnu dimenziu zmyslu života tvoria položky týkajúce sa životnej spokojnosti, naplnenosti, optimizmu, či v negatívnej rovine znechutenia, pocitov jednotvárnosti atď. (napr. *Som so svojim životom spokojný aj keď je niekedy ťažký*). Škála obsahuje 18 položiek, výrokov, po 6 v každej subškále. Položky sú hodnotené mierou súhlasu s výrokom na 5-stupňovej Likertovej škále, od 1- vôbec nesúhlasím, po 5- úplne súhlasím. Hodnotí sa jednak skóre subškál, ktoré môže byť od 6 do 30, ako aj celkové skóre, ktoré môže mať hodnoty od 18 do 90. Vyššie skóre znamená vyššiu životnú zmysluplnosť respondenta. 6 položiek je reverzne skórovaných. Vyplnenie trvá 5-10 minút.

Autor škály uvádza Cronbachovo alfa 0,87, ktoré vyjadruje vnútornú konzistenciu škály. Validitu škály jej autor potvrdil pomocou korelácií s niekoľkými ďalšími škálami hodnotiacimi zmysel života.

Jednou z nesporných výhod tejto škály je jej slovenský pôvod, takže odpadá nutnosť jazykovej a kultúrnej validizácie. Obsahová náplň škály sa javí ako vhodná, pretože nevyžaduje od respondenta abstraktnú simuláciu situácie ako je to napr. v LOGO-Teste od Lukasovej (1997, s.204) položky sú zrozumiteľné a umožňujú respondentovi jednoznačne vyjadriť svoj súhlas, či nesúhlas.

**Pražský dotazník spirituality-PSQ 36** (Říčan, Janošová, 2005, s.160; Říčan, 2007, s. 58; s. 286).

Týmto dotazníkom sa posudzuje úroveň spirituality, pričom meria spiritualitu v 6 subškálach. Eko-spiritualita vyjadruje pocit jednoty s prírodou a posvätnú zodpovednosť za ňu; zem ako matka, strom ako brat, úcta k prírode živej a neživej (napr. *Zodpovednosť za prírodu je našim najvyšším posvätným záväzkom*). Spolupatričnosť vyjadruje radosť z ľudskej spolupatričnosti a blízkosti, tzv. „súzvuk duší“, ohromenie jednotou v rozmanitosti, atď. (napr. *Keď som z ľuďmi, prežijem niekedy s prekvapivou intenzitou že som jedným/ou z nich*). Mystická skúsenosť reflektuje pocit zjednotenia s niečím čo človeka presahuje, absolútny vnútorný pokoj, extatická fascinácia umením, atď. (napr. *Mal/a som niekedy pocit, že sa mi otvára tajomstvo vesmíru a existencie*). Táto subškála súvisí s transcenciou, ktorá je dôležitou zložkou osobnosti (Hrubý a kol., 2006, s.145). Etický entuziazmus súvisí s pozitívnymi citmi ako súcit, túžba pomáhať trpiacim (napr. *Niekedy túžim celý svoj život venovať boju dobrou proti zlu*). Svedomitá starostlivosť/etické zaujatie súvisí s túžbou začať znovu a lepšie, hrôza z možnosti nezvratne pokaziť svoj život, obdiv mimoriadneho dobra u iných, súcit s trpiacimi a znechutenie zo zla (napr. *Mávam chvíle, keď sa mi hnuší zlo vo mne aj mimo mňa*).

Tab. 1 Výzkumy a jejich výsledky

| TYP ONEMOCNĚNÍ                             | VÝZKUM  | VÝSLEDKY   |
|--|---|--|
| diabetes mellitus                          | ENZLIN,P., MATIHIEU,C.,BRUEL,A., BOSTEELS,J., VANDERSCHEREN,D.,DEMYTTENAE RE,K.<br>Výzkumný soubor 120 žen s diabetem mellitem (26-46let)<br>2002 | 17% žen problémy s libidem<br>8,7% problémy s lubrikací<br>8,7% problémy s dosažením orgasmu<br>10,0% přítomnost dyspareunie   |
|  | NEWMAN. A., BERTELSON,A.<br>Výzkumný soubor 80žen<br>1986   | 32% udávalo poruchy s lubrikací<br>21% dyspareunii<br>15% anorgasmii   |
|  | KOLODNY, J.<br>Výzkumný soubor 125 žen s diabetem mellitem (18-42let)<br>1971   | 35% udávalo anorgasmii   |
| kardiovaskulární onemocnění                | STUURMAN, A.<br>Výzkumný soubor 215 žen<br>1981   | 48% udávalo sníženou orgastickou schopnost   |
| chronické selhávání ledvin                 | KOLODNY, R.<br>Výzkumný soubor 195 žen<br>1971  | v 80% udávalo sníženou sexuální apetenci a poruchy vzrušivosti a anorgasmii  |
| karcinom prsu                              | nenalezeno  | nenalezeno   |
| skleróza multiplex                         | BARRETT, M.<br>Výzkumný soubor 115 žen<br>1999  | 28% udávalo poruchy s dosažením orgasmu<br>35% udávalo přítomnost deprese  |
| Pánevní operace vulvektomie, hysterektomie | JENSEN, P., T.<br>Výzkumný soubor 230 žen<br>2004   | 24% žen problémy s libidem<br>32,7% problémy s lubrikací<br>18,7% problémy s dosažením orgasmu<br>30,0% přítomnost dyspareunie |



- vliv na vztah

C/ vliv terapie

- farmakoterapie
- pánevní operace
- operace mající vliv na vizáž ženy – např. mastektomie

### Klinická otázka

Existují změny v sexuální prožívání u žen s chronickým onemocněním a v čem spočívají?

### Výsledky vyhledávání

Nejčastější chronická onemocnění, která se vyskytují u žen zejména v období střední a pozdní dospělosti, jsou tato:

- diabetes mellitus – vyšší výskyt sexuálních dysfunkcí, nižší sexuální apetence, zejména se to týká žen s diabetem I. typu, kdy je žena léčena inzulínem, sexuální dysfunkce jsou ovlivněny i změnami pH v pochvě, je zde častější výskyt mykóz
- kardiovaskulární onemocnění související s aterosklerózou a hypertenzí - snížená orgastická schopnost na základě léčby antihypertenzivy, betablokatory, parasimpatikolytiky (Stuurman, 1981, 234s.)
- chronické selhávání ledvin (Kolodny, 1971, 535s) v 80% u žen dochází ke snížené sexuální apetenci a poruchám vzrušivosti včetně anorgasmie, sexualita ženy je ovlivněna zejména peritoneální dialýzou
- karcinom prsu, zde narůstá zhoršení sexuálního života, a to jednak na podkladě psychickém a jednak na podkladě léčby tamoxifenu (Urbánek, 1997, 20s), psychické problémy jsou ovlivněny negativním sebepojetím vlastního těla – pocitu zohydění, ztráty ženské atraktivity
- skleróza multiplex, kdy asi polovina žen udává pokles zájmu o sexuální život, sníženou citlivost poštváčku, problémy s dosažením orgasmu, porucha lubrikace (Lilius, 1976, 65s)
- pánevní operace (vulvektomie, hysterektomie), příčiny spočívají v anatomických změnách - zkrácení pochvy, porušení nervového zásobení genitálu, porucha krevního průtoku pochvou při sexuálním vzrušení a s tím související lubrikace (Jensen, 2004, 97s). Další příčina, která je uváděna, je psychická bariéra, a to nejen ze strany ženy, ale také partnera, kdy se objevují obavy z ublížení

Monoteistická skúsenosť sa týka fascinácie „najvyššou pravdou“ a „najvyššou realitou“, smrť ako „návrät domov“ (napr. *Silne cítim, že existuje najvyššia pravda aj keď ju nemôžeme poznať*).

Dotazník tvorí 36 položiek, každá subškála obsahuje 6 položiek, ktoré sú hodnotené mierou súhlasu s výrokom na 5 stupňovej Likertovej škále od 1 – veta Vás vôbec nevystihuje po 5- veta Vás úplne vystihuje. Celkové skóre teda môže byť od 36 do 180, skóre pre subškály môže byť od 6 do 30. Autor dotazník vytvoril aj percentilovú normu hodnôt pre jednotlivé subškály. Vyššie skóre poukazuje na vyššiu mieru spirituality. Dotazník je pomerne časovo nenáročný, jeho vyplnenie trvá 10-15 minút.

Psychometrické kvality tohto dotazníka jeho autor ani ďalší, ktorí ho použili neuvádzajú. Výhodou tohto dotazníka je, že nie je nábožensky orientovaný, takže ho možno použiť aj u nereligiózných respondentov, na rozdiel od niektorých zahraničných dotazníkov, ktoré merajú takmer výhradne religiózne viazanú spiritualitu. Na druhej strane sme sa pri administrácii stretli aj s rozporuplnými reakciami. Niektorým pacientom pripadal ako dotazník nejakej sekty. Naopak u študentov medicíny sme sa stretli s pozitívnym ohlasom, respondentom sa zdal byť zaujímavý. Sám autor dotazníku uvádza, že pri tvorbe akcentovali obraznosť, metaforu, pátos, prežitky tajomstva a fascinácie, ktoré považuje za charakteristické pre spiritualitu (Řičan, 2007, s. 58).

**Škála spirituálnej pohody** (Palloutzian, Ellison, 1982, s. 230 v preklade Stríženca).

Škála sa zameriava na posúdenie spirituálnej pohody, či percipovanej spokojnosti so spirituálnym životom, z opačného hľadiska ňou možno posudzovať spirituálnu tieseň.

Je rozdelená do dvoch dimenzií spirituálnej pohody. Náboženská pohoda, ktorá vyjadruje „vertikálnu“ dimenziu spirituality je zacielená na to ako jednotlivec vníma pohodu v jeho spirituálnom živote, ktorá je vyjadrovaná vo vzťahu k Bohu. Všetky položky v tejto subškále obsahujú slovo Boh (napr. *Verím, že Boh ma miluje a stará sa o mňa*). Existenciálna pohoda tvorí „horizontálnu“ dimenziu spirituality a zameriava sa na to ako je jednotlivec adjusťovaný na seba samého, komunitu a okolie. Táto subškála zahŕňa existenciálne poňatie účelu a zmyslu života, životnej spokojnosti a pozitívnych či negatívnych životných skúseností (napr. *Pocítujem, že život je kladná skúsenosť*).

Škála obsahuje 20 položiek, v oboch subškálach je po 10 položiek, ktoré sú hodnotené 6- stupňovou Likertovou škálou, na ktorej respondent vyjadruje mieru súhlasu s výrokom od 1 - veľmi súhlasím po 6 - veľmi nesúhlasím. Skóre subškál sa tak môže pohybovať od 10 do 60, celkové skóre spirituálnej pohody môže byť od 20 do 120. Na vyššiu spirituálnu pohodu poukazuje nižšie skóre. V 9 položkách je reverzné skórovanie. Škála je časovo nenáročná, vyplnenie trvá do 15 minút, položky sú obsahovo jasné.

Autori (Paloutzian, Ellison, 1982, s.232) škály uvádzajú dostatočné psychometrické kvality škály. Cronbachovo alfa bolo pri test-reteste od 0,88 do 0,99 pre subškálu náboženskej pohody, od 0,73 do 0,98 pre existenciálnu pohodu a od 0,82 do 0,99 pre celú škálu spirituálnej pohody. Validita škály bola potvrdená faktorovou analýzou ako aj koreláciami s inými škálami (Ledbetter a kol., 1991, s. 98).

Limitujúcim faktorom môže byť chýbanie odstupňovania spirituality ako aj nižšie skóre v celkovej spirituálnej pohode pre nereligiózných respondentov.

Vzhľadom na prepojenie beznádeje a spirituálnej tiesne, ako aj nedostatku prác venujúcich sa tejto problematike uvádzame aj dve škály, na posúdenie nádeje, ktoré možno využiť najmä pre stanovenie diagnózy beznádej.

**Nowotnej škála nádeje** (Nowotny, 1989, 58).

Táto škála posudzuje nádej v 6 dimenziách. Obsahuje subškály D- dôvera vo výsledok, vyjadruje orientáciu nádeje smerom do budúcnosti, ako aj očakávanie budúceho dobra. Podľa Nowotnej (1989, s.58) je to predstava jednotlivca, o ktorej ešte nemôže vedieť, či je to spôsob akým sa dostane z ťažkostí, alebo široká perspektíva pre život (napr. *Viem, že môžem urobiť zmeny v mojom živote*). Subškála I- Vzťahy s inými súvisí so zameraním nádeje smerom

**Souhrn**

Příspěvek se zabývá změnami sexuálního života žen s vybranými chronickými onemocněními. Jsou zde uvedeny výsledky zahraničních studií, které se zabývaly touto problematikou a uveřejňuje konkrétní výskyt tělesných i psychických problémů. Vysvětluje v čem tato problematika spočívá a snaží se nastínit potřebnost edukace a sexuálního poradenství ze strany sestry v oblasti sexuálního života u žen.

**Klíčová slova**

EBP, sexuální prožitek, sexualita ženy, chronické onemocnění, edukace

**Summary**

The paper deals with the changes in a sexual life of women with selected chronic diseases. It points out the outcomes of foreign studies of these problems as well as a concrete incidence of physical and mental problems. It aims to explain the essence of this topic and to outline the need for an education and sexual counselling on a sexual life in women provided by a nurse.

**Key words**

Evidence-based practice (EBP), sexual experience, female sexuality, chronic disease, education

**Úvod**

V kontextu s prodlužováním délky lidského života a narůstajícím počtu chronických onemocnění, která vyžadují dlouhodobou a mnohdy trvalou léčbu, vyvstává otázka změn sexuálních potřeb jako základních lidských potřeb, které do jisté míry ovlivňují kvalitu života, a tím i prožívání nemoci. V hlubším pojetí to znamená naplnění vlastní pohlavní role, v tomto případě ženské role, jejíž uplatnění se pozitivně odráží na celkovém psychickém stavu, který významně ovlivňuje imunitní systém a následně léčbu chronického onemocnění.

Chronické onemocnění negativně působí na sexualitu žen, které jsou o této skutečnosti nedostatečně informovány. Často se stydí zeptat, neboť mají pocit, že nemoc a sexualita jsou dva opačné póly.

**Obsah**

Chronické onemocnění může ovlivňovat sexualitu ženy, jak uvádí Urbánek (2005, 35s.), několika cestami:

**A/ fyzický účinek**

- interference s genitální (případně i negenitální) sexuální odpovědí (nervové nebo cévní poruchy)
- nespecifické vlivy, jako je bolest, únava, nevěle, nepohyblivost, spasticita

**B/ psychologický účinek**

- vliv na sexualitu ženy – pocíty sexuální neatraktivitu, neúčty

k externí pomoci, či už pomoc od iných ľudí alebo vzťahovanie sa k Bohu (napr. *Cítim dôveru v tých, ktorí mi chcú pomôcť*). Očakávanie budúcnosti, ktorá je splniteľná a možná vyjadruje subškála **M** – v čo dúfam je možné (napr. *Viem, že dokážem splniť túto úlohu*). Subškála **V** – viera reprezentuje využitie religiozity pri posilňovaní nádeje (napr. *Modlím, sa to mi dáva silu*). Predpoklad, že nádej vyžaduje osobnú-citovú i vôľovú -kognitívnu a konatívnu angažovanosť jednotlivca, čo je podľa Nowotnej (1989, s. 58) aktívna na stanovenie a dosiahnutie cieľov, napr. modlenie, plánovanie, alebo mobilizácia energie pre realizáciu plánu je zakomponovaná do Z- zaangažovanosť (napr. *Mám dôležité ciele, ktoré chcem dosiahnuť v nasledujúcich 10-15 rokoch*). Subškála **A** – vnútorná aktivita vyjadruje dôležitosť budúceho výsledku pre jednotlivca a súvisí s aktivitou jednotlivca na dosahovaní tohto výsledku (napr. *Páči sa mi robiť moje vlastné rozhodnutia*).

Obsahuje 29 položiek rozdelených do 6 subškál. Položky sú hodnotené mierou súhlasu s nimi na 4-stupňovej Likertovej škále, od 1-silný nesúhlas po 4-úplne súhlasím. Škála obsahuje 4 negatívne skórované položky. Celkové skóre sa môže pohybovať od 29 do 116. Vyššie skóre znamená vyššiu nádej, na stanovenie beznádeje je určené skóre  $\leq 50$ . Priemerné skóre subškál sa pohybuje od 1 do 4, pričom na stanovenie beznádeje v subškále musí byť priemerné skóre  $\leq 1,75$ . Je pomerne časovo nenáročný, vyplnenie trvá 5-10 minút. Žiaková a kol. (2005, s.125) uvádzajú pre slovenskú verziu škály Cronbachovo alfa 0,88 na vzorke seniorov, my sme na vzorke pacientov s depresívnou poruchou zistili Cronbachovo alfa 0,93 takže tento nástroj má dostatočne vysokú reliabilitu.

Nástroj bol opakovane použitý v slovenských podmienkach a ukazuje sa byť vhodným diagnostickým nástrojom na meranie nádeje u pacientov. Medzi obsahovo problematické položky možno zaradiť *Vidím svetlo na konci tunela* a *Mám dôležité ciele, ktoré chcem dosiahnuť v nasledujúcich 10-15 rokoch*. Prvá často pacientom asocuje príbehy o zážitkoch z klinickej smrti (duša opúšťa telo a je vtáňovaná do tunela, na konci ktorého je žiarivé svetlo), druhá položka vzhľadom na pomerne dlhý časový interval pre ciele 10-15 rokov je ťažko použiteľná u seniorov, či paliatívnych pacientov. Problematickou je aj celá subškála Viera, kde nereligiozni respondenti musia skórovať záporne, čím sa im znižuje celkové skóre nádeje. Pre lepšie pochopenie bolo vypracovaný manuál pre potreby vzdelávania a jeho použitia študentami JLF UK pri diagnostike *Beznádeje* v klinickej praxi, ktorý vysvetľuje problematické položky.

**Snyderova škála nádeje** (Snyder a kol.1991; v preklade Halamu, 2001, s.135-142).

Podobne ako predchádzajúca škála je zameraná na posudzovanie nádeje. Jednotlivé položky sú rozdelené do dvoch dimenzií nádeje. Subškála **Snaha (agency)** je kognitívna schopnosť postupovať na ceste za dosahovaním cieľa. Je to schopnosť začať a pokračovať na ceste k cieľu. V tomto koncepte je zdrojom mentálnej energie (napr. *Moje minulé zážitky ma dobre pripravili na budúcnosť*). Subškála **Cesta (pathways)** je vnímaná schopnosť vytvárať jeden či viac fungujúcich spôsobov dosahovania cieľa a umožňuje vnímať možné postupy ako dosiahnuť cieľ (Halama, 2001, s.136). Obsahuje položky ako napr. *Viem nájsť mnoho spôsobov ako sa dostať z nepríjemnej situácie*. V škále sú aj 4 položky tzv. distraktory či „zahmlievачe“ (napr. *Väčšinou sa cítim unavený/á*), ktoré respondentovi „zahmlievajú“ pravý účel škály.

Škála obsahuje 12 položiek, 4 pre subškálu Snaha, 4 pre subškálu Cesta a zvyšné 4 sú distraktory. Položky sú hodnotené mierou vnímanej pravdivosti resp. stotožnenia sa s výrokmi na 4-stupňovej Likertovej škále, od 1-úplna nepravda po 4-úplna pravda. Skóre v dimenziách cesta a snaha sa môže pohybovať od 4 do 16, celkové skóre škály môže byť od 8 do 32. Vyššie skóre znamená vyššiu nádej. Škála je časová nenáročnosť, vyplnenie trvá do 5 minút.

Autor slovenského prekladu škály (Halama, 2001, s. 139) uvádza dostatočné psychometrické kvality jeho verzie škály, Cronbachovo alfa 0,71, ako aj koreláciu dimenzií snaha a cesta a koreláciu škály s ďalšími škálami, čím potvrdil validitu tohto prekladu.

5. Možno konštatovať, že uvedené vybrané súbory NOC sa dajú v našich podmienkach realizovať. Ukazovatele vybraných súborov Kognitívna orientácia 0901 (NOC, 2000, s. 172) a Koncentrácia 0905 (NOC, 2000, s. 190) sú dobrou spätnou väzbou na diagnostickú kognitívnu škálu SMMSE. Výsledky týchto ukazovateľov sestru konkrétne nasmerujú, ako sa rozhodovať vo voľbe činností z hľadiska ich realizácie, dosahovania cieľa a výsledných kritérií.

#### Záver

Odporúčame u pacientov s demenciou v geriatrickom ošetrovatelstve používať uvedené vybrané súbory z NNN. Objektivizovať posúdenie ošetrovateľskej diagnózy chronická zmätenosť použitím adekvátnej štandardizovanej metódy. V praxi viac zdôrazňovať význam nezávislých sesterských činností v rámci empatického vzťahu sestry pacient so zameraním na psychologické a sociálne aspekty starostlivosti z hľadiska potrieb chorého s demenciou.

Práca je súčasťou grantovej úlohy CGA VII/5/2007.

#### Bibliografické odkazy

- HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2006. Geriatria pre praktického lekára. 2. vydanie. Bratislava : Herba, 2006, 364 s. ISBN 80-89171-36-2.
- HRDLIČKA, M., HRDLIČKOVÁ, D. 1999. Demence a poruchy paměti. Praha : Grada, 1999, 53 s. ISBN 80-7169-797-4.
- JOHNSON, M., MAAS, M., MOORHEAD, S. 2000. Nursing Outcomes Classification (NOC) 2. edition. Missouri U.S.A.: Mosby, Inc., 2000, 610 p. ISBN 0-323-00893-3.
- MAREČKOVÁ, J. 2006. Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménach. 1. vydání. Praha : Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- McCLOSKEY, J.C., BULECHEK, G.M. 2000. Nursing Interventions Classification (NIC) 3. edition. Missouri : Mosby, 2000. 911 p. ISBN 0-323-00894-1.
- MOLLOY, D.W., ALEMAYEHU, E., ROBERTS, R. 1991. Reliability of a Standardized Mini-Mental State Examination compared with the traditional Mini-Mental State Examination. *Am. J. Psychiatry*, 1991, no. 148, p. 102-105.

PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.  
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre  
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva  
Katedra ošetrovatel'stv  
Kráskova 1  
949 74 Nitra  
e-mail: vorosovagabi@zoznam.sk

Škála vzhľadom na malý počet položiek a časovú nenáročnosť je dobre klinicky použiteľná, napr. aj u pacientov s onkologickými problémami a v paliatívnej starostlivosti. Limitujúcim faktorom použitia tejto škály môže byť chýbanie normy pre stanovenie beznádeje.

#### Záver

Jednou z nevyhnutných podmienok zvyšovania kvality starostlivosti je kontinuálne a komplexné posudzovanie a diagnostika všetkých druhov potrieb a problémov vrátane spirituálnych. Zároveň to prináša požiadavku na obmedzenie subjektívnosti posudzovateľa a teda zvýšenie objektivity ako aj možnosť porovnania či prehodnotenia zistených skutočností. Možno to dosiahnuť aj používaním vhodných meracích a hodnotiacich nástrojov. V našom príspevku sme sa zamerali na niekoľkých škál, ktoré sa môžu stať efektívnymi nástrojmi pri diagnostike spirituálnej tiesne. *Škála životnej zmysluplnosti, Pražský dotazník spirituality a škála spirituálnej pohody* majú dostatočné psychometrické kvality, nie sú časovo náročné a teda by mohli byť v budúcnosti dobre použiteľné v rámci diagnostiky. Zároveň sme sa pokúsili priblížiť aj dve škály na posudzovanie nádeje, vhodné pre stanovenie diagnózy *Beznádej*, ktorá patrí tiež medzi spirituálne potreby.

#### Bibliografické odkazy

- BENZEIN, E., NORBERG, A., SAVEMAN, B. 1998. Hope: Future imagined reality. The meaning of hope as described by a group of healthy Pentecostals. In. *Journal of Advanced Nursing*, roč.28, č.5, s.1063-1070. ISSN 0309-2402
- BÓRIKOVÁ, I., ŽIAKOVÁ, K.: Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovatelstve. In. *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2007, s. 13-15. ISBN 978-80-7368-230-9
- CASELL, E. J. 1982. The nature of suffering and the goals of medicine. In. *New England Journal of Medicine*, roč. 306, č.11, s.639-645. ISSN 1533-4406
- COLEMAN, C. L., HOLZEMER, W. L. 1999. Spirituality, psychological well-being, and HIV symptoms for African Americans living with HIV disease. In *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, roč.10, č.1, s.42-50. ISSN 1055-3290
- CHIU, L. 2000. Lived experience of spirituality in Taiwanese women with breast cancer. *Western Journal of Nursing Research*, roč.22, č.1, s.29-53. ISSN 1552-8456
- FRANKL, V. E. *Vůle ke smyslu*. Brno : Cesta, 1997, 212 s. ISBN 80-85139-63-2.
- Halama, P.2001. Slovenská verzia Snyderovej škály nádeje: Preklad a adaptácia. In. *Československá psychologie*, roč.45, č. 2, s. 265-276. ISSN 0009-062X
- HALAMA, P.2002. Vývin a konštrukcia škály životnej zmysluplnosti. In. *Československá psychologie*, roč.46, č. 3, s. 265-276. ISSN 0009-062X
- HALAMA, P. *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava: SAP. 2007.223 s. ISBN 978-80-80-95-023-1
- HRUBÝ, R., IGNJATOVIČOVÁ, D., IGNJATOVIČ, M., NOSÁLOVÁ, G. Vzájomná relevancia neurobiológie a psychoterapie. In. *Psychiatria*, roč. 13, č. 3-4, s. 141-157. ISSN 1335-423X
- LEDBETTER, M.F., a kol. An evaluation of the construct validity of the spiritual well-being scale: a confirmatory factor analytic approach. In. *Journal of Psychology and Theology*, roč.19, č.1, s. 94-102, 1991. ISSN 00916471
- LUKASOVÁ, E. S. K validizaci logoterapie. In. *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta, 1997, s. 183 – 209. ISBN 80-85139-63-2.
- MCSHERRY, W. *Making sense of spirituality in nursing and health care practice*. London and Philadelphia : Jessica Kingsley Publisher, 2006, 216 s. ISBN 1-84310-365-6
- PALOUTZIAN, R. F., ELLISON, C.W.: Loneliness, spiritual well-being and quality of life. In. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley Interscience, 1982, s. 224-237. ISBN 0471080284
- NEMČEKOVÁ, M., TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. Duchovná tieseň ako ošetrovateľská diagnóza. In. *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia*, roč.5, č.6, s. 1-4. ISSN 1336-183X.

NOWOTNY, M.L. Assessment of Hope in Patient With Cancer: Development of an Instrument. *ONF*, roč.16, č. 1, 1989. s. 57 – 61. ISSN 1538-0688

PALOUTZIAN, R. F., ELLISON, C.W.: Loneliness, spiritual well-being and quality of life. In. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley Intescience, 1982, s. 224-237. ISBN 0471080284

REKER, G. T., WONG, P.T.P. 1988. Aging as an individual process : Toward a theory of personal meaning. In. *Emergent theories of afing*. New York : Springer, 1988, s.39-55.

ŘÍČAN, P., JANOŠOVÁ, P. 2005. Spirituality: its psychological operationalization via measurement of individual differences. A Czech perspective. In. *Studia Psychologica*, roč.47, č.2, s.157-165, ISSN 0039-3320

ŘÍČAN, P. Psychologie náboženství a spirituality. Praha: Portál. 2007. 328 s.ISBN 978-80-7367-312-3

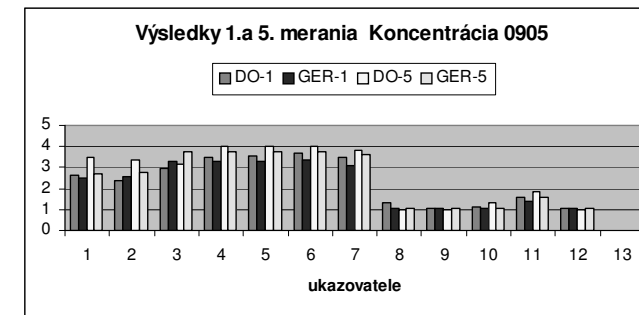
SNYDER, C.R. a kol.1991. The will and the Ways: Development and Validation of an Individual-Differences Measure of Hope. In. *Journal of Personality and Social Psychology*, roč. 60, s.570-585. ISSN 0022-3514

ŽIAKOVÁ, K. a kol.: Problematika nádeje v ošetrovatelstve In. *Problemy współczesnej tanatologii*. Wrocław : Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, 2005, s. 119-126. ISBN 83-7374-037-6

Mgr. Ivan Farský  
 Ústav ošetrovatelstva  
 Jesseniova lekárska fakulta v Martine  
 Univerzita Komenského v Bratislave  
 Malá Hora 5  
 036 32 Martin Slovensko  
 e-mail: ivan.farsky@jfmed.uniba.sk  
 ivan.farsky@slovanet.sk

V jednotlivých ukazovateľoch Kognitívnej orientácie 0901 sme zaznamenali rozdiely v ukazovateľoch: v 1. meraní v ukazovateli 090104 identifikuje správny deň sme zaznamenali hodnoty DO n = 50 pacientov, AM = 2,34 vs. GER n = 40 pacientov, AM = 1,75; v 5. meraní 3,17 vs. 2,17. V 1. meraní v ukazovateli 090105 identifikuje správny mesiac sme zaznamenali hodnoty DO n = 50 pacientov, AM = 2,40 vs. GER n = 40 pacientov, AM = 1,52; v 5. meraní 2,67 vs. 1,87. V 1. meraní v ukazovateli 090106 identifikuje správny rok sme zaznamenali hodnoty DO n = 50 pacientov, AM = 2,32 vs. GER n = 40 pacientov, AM = 1,55; v 5. meraní 3,00 vs. 1,97.

Graf 3 Vývoj výsledkov NOC Koncentrácia 0905

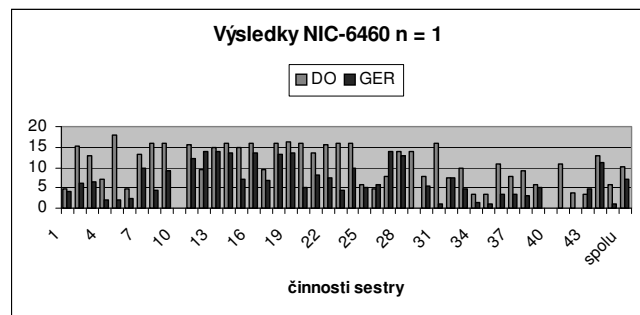


Vo výsledkoch hodnotenia Koncentrácia 0905 sme zaznamenali rozdiely medzi pracoviskami v ukazovateľoch: V 5. meraní v ukazovateli 090501 udržte pozornosť sme zaznamenali hodnoty DO n = 50 pacientov, AM = 3,50 vs. GER n = 40 pacientov, AM = 2,70. V 5. meraní v ukazovateli 090502 udržte pozornosť bez vyzvania sme zaznamenali hodnoty DO n = 50 pacientov, AM = 3,33 vs. GER n = 40 pacientov, AM = 2,75. V 5. meraní v ukazovateli 090503 primerane reaguje na vizuálne podnety sme zaznamenali hodnoty DO n = 50 pacientov, AM = 3,17 vs. GER n = 40 pacientov, AM = 3,77.

#### Diskusia

Sestra posúdením pacientovej odpovede na zdravotné ťažkosti so zreteľom na potrebu ošetrovateľskej starostlivosti vytvorila databázu údajov. Predpokladali sme dobré využitie testu SMMSE podľa skúseností Hegyiho, Krajčíka (2006, s. 334-335), Hrdličku, Hrdličkovej (1999, s.19-22) a viacerých zahraničných výskumných štúdií u pacientov s demenciou na zhodnotenie kognitívnych funkcií. Druhý krok spočíval vo verifikácii predpokladu, že použitím vybraného súboru NIC „Manažment demencie 6460“ sa zvýši počet nezávislých sesterských činností. Predpoklad sa potvrdil, sestry postupovali v súlade s fázami a požiadavkami na dokumentovanie ošetrovateľského procesu. Z uvedeného je zrejmé, že sestry prijali metódu ošetrovateľského procesu, ako metódu práce a pokladajú za samozrejme dokumentovať svoje činnosti. Takmer v plnej miere realizovali nefarmakologické opatrenia, ktoré presadzujú tzv. proaktívny geriatrický režim. Išlo i empatickú a rešpektujúcu starostlivosť, vhodnú senzorickú stimuláciu, zvýšenie sebaúcty osoby, aktívnu komunikáciu, udržiavanie spánkového rytmu, podporovanie aktivity, zabezpečenie bezpečnosti pacienta a vhodnú kognitívnu orientáciu. Dôraz sa kládol aj na úzku spoluprácu s rodinnými príslušníkmi, alebo iným podporným systémom pacienta. V tejto oblasti možno zhodnotiť, že lepšie výsledky dosiahlo DO vs. GER. Tretí okruh zahŕňal porovnávanie vzťahu medzi použitím vybraných súborov NOC a jednotným vyhodnocovaním výsledných kritérií a cieľov. V zhode s očakávaniami sestry zaznamenali systematicky svoje hodnotenia, pozorovania podľa vybraných súborov NOC a príslušných ukazovateľov v Likertovej škále 1-

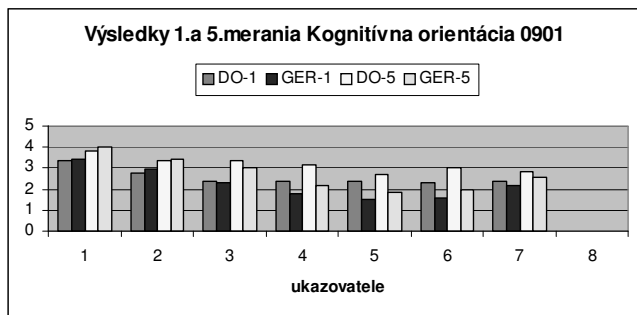
Graf 1 Realizované činnosti z „Manažmentu demencie-6460“



Zistili sme, že všetky činnosti boli realizované okrem NIC - 10 (Označte pacienta identifikačným náramkom), NIC – 29 (Pacientom, ktorí nechcú jesť, dajte jedlo do rúk) v prípade GER, FN Trenčín a NIC – 40 (Označte ošetrovaciu jednotku (podlahu) červenou, žltou ak nie sú k dispozícii iné orientačné body) v prípade GER, FN Trenčín, NIC – 41 (Zabezpečte napísanie pacientovho mena veľkými písmenami) v prípade oboch pracovísk a NIC – 42 (Používajte znaky/symboly na pomoc pacientovi pri hľadaní izby, kúpeľne, alebo iného vybavenia) v prípade GER, FN Trenčín. Najvyššie vs. najnižšie hodnoty AM boli dosiahnuté v činnostiach: NIC-5 (Sledujte funkcie vnímania použitím štandardizovaných nástrojov) AM = DO/18,08 vs. GER/2,18; NIC-23 (Sledujte výživu a váhu) AM = DO/16,80 vs. GER/4,55; NIC-20 (Poskytnite opatrovníkov, ktorí sú blízki pacientovi) AM = DO/16,09 vs. GER/5,15; NIC-8 (Poskytnite adekvátne nie príliš prudké osvetlenie) AM = DO/16,08 vs. GER/4,58; NIC-31 (Stíšte signalizačné zariadenia a zvončeky) AM = DO/15,80 vs. GER/1,00; NIC-2 (Identifikujte zvyčajný model správania pri spánku, užívaní liekov, vylučovaní, prijímaní potravy a starostlivosti o seba samého) AM = DO/15,18 vs. GER/6,10; NIC-27 (Ak je to vhodné usadte pacienta pri jedení do malej skupiny) AM = DO/7,71 vs. GER/13,76.

Ako posledný veľmi dôležitý krok prezentujeme ukazovatele pre hodnotenie dosiahnutých krátkodobých a dlhodobých cieľov. Ide o výsledky z hľadiska efektívneho správania sa pacienta, ukazovatele sesterského úsudku o stave pacienta. Minimálna požiadavka bola, hodnotiť keď starostlivosť začína a pri ukončení hospitalizácie. Porovnávame hodnoty prvého a piateho merania u n = 90 pacientov, uvádza graf 2 a 3.

Graf 2 Vývoj výsledkov NOC Kognitívna orientácia 0901



## PROBLEMATIKA OŠETROVATELSKEJ DIAGNOSTIKY V ODBORNEJ LITERATÚRE

Elena Holmanová, Katarína Žiaková, Juraj Čáp, Ivana Bóriková

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva

### Súhrn

Štandardná terminológia ošetrovateľských diagnóz usmerňuje vymedzenie rozsahu autonómnej ošetrovateľskej praxe, zameranie výskumu ako aj rozvoj ošetrovateľskej teórie. Autori príspevku zameriavajú pozornosť na oblasť rozpracovania diagnostických pojmov *NANDA International* v odbornej ošetrovateľskej literatúre. Na základe komparácie zahraničných a domácich publikácií týkajúcich sa ošetrovateľskej diagnostiky načrtávajú základné východiská jej rozpracovania v našom socio-kultúrnom kontexte. Zároveň prezentujú projekt publikácie, ktorá vychádza z poslednej aktualizovanej verzie *NANDA International* a bude obsahovať definície vybraných diagnóz a ich definujúce charakteristiky a súvisiace faktory. Projekt je rozšírený o nástroje objektivizácie diagnóz, diferenciálno diagnostické predpoklady a preventívno - terapeutické postupy v rámci príslušných diagnostických kategórií. Autori projektu sa snažia všetky spomínané oblasti aplikovať na náš socio-kultúrny kontext. Publikácia by mala prispieť k spresneniu, objektivizácii diagnostického procesu a efektívnejšiemu výberu intervencií v klinickej praxi.

**Kľúčové slová:** ošetrovateľská diagnóza - *NANDA International*, projekt publikácie, klinická aplikácia

### Summary

Standard terminology of nursing diagnosis clarifies the definition scale of autonomous nursing practice, as well as the research and development of nursing theory. The authors of the report focus the attention on elaboration of terms of diagnosis *NANDA International* in scientific/academic literature about nursing. On the basis of comparison of domestic and international publications about nursing diagnosis, there are basic solutions of its elaboration in our social-cultural context. They are also presenting a publication based on the last updated version of *NANDA International* that consists of definitions of chosen diagnosis, their nature and related factors. The project enhanced by the tools of generalisation of diagnosis, differential diagnosis potentials and prevention -therapeutical practice within relevant diagnosis categories. The authors of the project are aiming to apply all the mentioned fields within our social-cultural context. The publication should provide more accurate diagnosis and effective choice of interventions in a clinical practice.

**Key words:** nursing diagnosis, *NANDA International*, publication, clinical application

### Úvod

Pri práci s diagnostickými pojmami *NANDA International* (ďalej *NANDA - I*) sa stretávame s rôznymi bariérami, ktoré obmedzujú ich klinickú využiteľnosť. Za najvýznamnejšie považujeme nedostupnosť slovenskej verzie Taxonómie II pre obdobie 2007-2008, ďalej používanie modifikovaných názvov ošetrovateľských diagnóz (v súvislosti s vydanou Vyhláškou MZ SR č. 306/2005 Z. z.) a terminologicky vágne vymedzenie diagnostických znakov, problematické predovšetkým z hľadiska objektivizácie diagnóz, exaktnej diferenciálnej diagnostiky a výberu špecifických intervencií.

Používanie ošetrovateľských diagnóz v klinickej praxi by sa malo odraziť v špecifickejšom výbere ošetrovateľských intervencií, komplexnejšom a individuálnejšom

plánovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Základným predpokladom špecifickejšieho výberu intervencií je nižšia miera abstrakcie pri formulovaní diagnostického záveru (napr. štruktúrou PES, kde súvisiace faktory usmerňujú zameranie intervencií, ktoré následne ovplyvňujú prítomné definujúce charakteristiky).

Rozpracovanie diagnostických pojmov v návaznosti na ošetrovateľské intervencie a ich očakávané výsledky zefektívňuje aplikáciu diagnostických pojmov v klinickej praxi. V zahraničnej literatúre (*Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2007 – 2008*; Carpenito, 1993; Doenges, Moorhouse, 2003; Ackley, Ladwig, 2006; Cox *et al.*, 2002) nachádzame rôzne prístupy ku vymedzeniu diagnostických znakov jednotlivých diagnóz (vrátane diferenciálnej diagnostiky) a ich prepojeniu s ošetrovateľskými výsledkami (*Nursing Outcomes Classification – NOC*) a intervenciami (*Nursing Interventions Classification – NIC*).

### Publikácie NANDA I

Najvýznamnejšiu publikáciu NANDA - I predstavuje *NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*, ktorá je vydávaná v pravidelných dvojročných intervaloch. Posledná revidovaná verzia NANDA - I pre obdobie 2007 – 2008<sup>1</sup> obsahuje okrem aktuálnych zmien v klasifikácii aj možnosti implementácie Taxonómie v oblasti vzdelávania, výskumu a administratívy, vedenia ošetrovateľskej dokumentácie. Zmeny v klasifikácii sa týkajú predovšetkým zjednotenia a spresnenia pojmov pri pomenovaní definujúcich charakteristík a súvisiacich faktorov. Definujúce charakteristiky a súvisiace faktory neboli zmenené, ale boli rozdelené, resp. zostručnené tak, aby sa vyskytovali v celej klasifikácii jednotne. Ďalšou významnou zmenou je modifikácia viacosového systému<sup>2</sup> Taxonómie II (týkajúca sa poradia, názvov osí) a rozdelenie diagnóz do štyroch kategórií – diagnózy typu *wellness*<sup>3</sup>, diagnózy podpory zdravia – diagnózy typu *well-being*, aktuálne diagnózy a potenciálne diagnózy.

Ďalším publikačným produktom NANDA - I predstavuje jej oficiálne periodikum. Vydávanie prvého oficiálneho periodika *Nursing Diagnosis* bolo zahájené v roku 1990. V roku 1997 bolo periodikum premenované na *Nursing Diagnosis - The Journal of Nursing Language and Classification* a v roku 2003 na *The International Journal of Nursing Terminologies and Classifications. The International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* je štvrťročník so zameraním na vývoj štandardizovanej terminológie, jej testovanie v medzinárodnom kontexte a aplikáciu v klinickej praxi, v oblasti vzdelávania a informatiky.

Pre použitie NANDA - I v našom socio-kultúrnom kontexte považujeme uvedené periodikum za významný zdroj informácií a to z nasledovných dôvodov. Nové diagnostické

<sup>1</sup> Ide o vývojovú verziu, ktorá obsahuje 26 revidovaných a 15 nových diagnóz. Nové diagnózy reflektujú zameranie na podporu zdravia (*health promotion*). Podnety na revíziu diagnostických pojmov boli predložené aj z iných krajín ako z USA, napríklad z Kanady, Brazílie.

<sup>2</sup> Taxonómii II pre obdobie 2005 – 2006 tvorilo 7 osí - diagnostický pojem, časové trvanie, diagnostický subjekt, vek, zdravotný stav, deskriptor a topológia. Aktualizovaná verzia pre obdobie 2007 – 2008 obsahuje 7 osí diagnostický pojem, subjekt, deskriptor, topológia, vek, čas a typ diagnózy.

<sup>3</sup> Taxonómii II pre obdobie 2005 – 2006 tvorili tri typy diagnóz – aktuálna, potenciálna a *wellness*. Aktualizovaná verzia pre obdobie 2007 – 2008 obsahuje 4 typy diagnóz – aktuálna, potenciálna, na podporu zdravia a *wellness*. V rámci diagnóz úrovne *wellness* sa tak vyčlenili diagnózy týkajúce sa *well-beingu* (diagnózy podpory zdravia). V slovenskej a českej literatúre sa stretávame s chápaním *wellness* ako dimenzie (telesnej pohody) v rámci celkovej (telesnej, duševnej, sociálnej a spirituálnej) subjektívnej pohody (*well-being*). V rámci ošetrovateľskej literatúry sa stretávame so synonymickým používaním pojmov *wellness* a *well-being*. Obidva typy diagnóz (diagnózy typu *wellness* a diagnózy typu *well-being*) vyjadrujú pripravenosť jednotlivca, rodiny alebo komunity k zlepšeniu (*readiness for enhanced ...*) stavu alebo špecifického správania. Z hľadiska nejasného vymedzenia rozdielov medzi uvedenými pojmami v kontexte Taxonómie II je problematické určiť, ktoré diagnostické pojmy sa vzťahujú ku diagnózam typu *wellness* a ktoré diagnostické pojmy sú zaradované ku diagnózam typu podpory zdravia (diagnózy typu *well-being*).

ošetrovateľstva sú štandardizovaným nástrojom, ktoré nasmerujú intervencie a činnosti sestry na dosiahnutie optimálnych výsledkov v oblasti zmeny správania a zdravia pacienta.

### Metodika

#### Cieľ

Práca je zameraná na zisťovanie efektivity vybraných súborov z klasifikačných systémov ošetrovateľstva NIC a NOC. Na objektivizáciu posudzovania, zjednotenie činností sestry a dokumentácie starostlivosti u vybranej skupiny pacientov.

#### Súbor

Výskumnú vzorku tvorilo  $n = 90$  pacientov (mužov 41, žien 49) z toho  $n = 50$  pacientov z Fakultnej nemocnice (FN) Nitra z Doliečovacieho oddelenia (ďalej DO) a  $n = 40$  pacientov z FN Trenčín z Geriatrického oddelenia (ďalej GER) s vekovým priemerom 78,97 (rozpätie 50-103) rokov s diagnózou demencia. Zaraďujúce kritéria boli: 1. Demografické údaje (vek, pohlavie). 2. Potvrdená demencia. 3. Získaný súhlas rodiny. Vylučujúce kritéria boli: 1. Hospitalizácie menej ako 7 dní. 2. Úmrtie pacienta.

#### Metódy

V práci sme použili kváziexperiment s aplikovaním nasledovných krokov:

1. Test kognitívnych funkcií – SMMSE podľa Molloyho, Alemayehu, Roberts (1991), na posúdenie ošetrovateľskej diagnózy chronická zmatenosť. Podľa dohodnutých kritérií prvé meranie bolo realizované do 24 hodín od prijatia pacienta a posledné v deň prepustenia z hospitalizácie.

2. „Manažment demencie 6460“ s.249, NIC (2000) obsahuje 45 ošetrovateľských intervencií, opatrenia na modifikované prostredie pre pacienta, ktorý trpí chronickou zmatenosťou. Formálne sme ich upravili do ošetrovateľskej dokumentácie tak, aby sestry mohli jednoznačne určiť, delegovať a dokumentovať vybrané činnosti v jednotlivých pracovných smenách dňa. Efektívita vybraného súboru sa merala zlepšením poznávacích funkcií u pacienta.

3. Vybrané súbory NOC (2000) – Kognitívna orientácia 0901, s.172 a Koncentrácia 0905 s.190, dokumentovali vyhodnotenie ošetrovateľského procesu zamerané na zistenie, či sa dosiahli pacientove ciele a do akej miery. Ich závery určovali, či sa majú sesterské činnosti skončiť, pokračovať, revidovať alebo zmeniť.

#### Výsledky

Na základe obsahovej analýzy ošetrovateľskej dokumentácie sme zistili, že priemerná dĺžka trvania hospitalizácie u pacientov bola 20 dní (rozpätie od 7 do 50). Ako ďalší krok analýzy dát uvádzame výsledky SMMSE. Ide o výstupy, ktoré bližšie špecifikujú stanovenie ošetrovateľskej diagnózy chronická zmatenosť. 1. meranie  $n = 90$  pacientov, najnižšie hodnoty AM = DO/6,47, GER/5,75 (rozpätie 5,75-7,20); 2. meranie pri ukončení hospitalizácie  $n = 90$  pacientov, najvyššie hodnoty AM = DO/11,62, GER/11,25 (rozpätie 11,25-12,00). Ako ďalší krok analýzy dát predstavíme štatistickú analýzu skúmaných kvantitatívnych premenných „Manažment demencie 6460“. V grafe 1 sú uvedené priemerné hodnoty (AM) zaznamenaných výsledkov na  $n = 1$  pacienta v jednotlivých položkách ako činnosti sestry.

## VYBRANÉ SÚBORY NNN V GERIATRICKOM OŠETROVATEĽSTVE

Gabriela Vörösová

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

### Súhrn

Práca prezentuje ošetrovateľský manažment chronickej zmatenosti s použitím vybraných súborov z klasifikačných systémov ošetrovateľstva NANDA-International, NIC (Nursing Interventions Classification) a NOC (Nursing Outcomes Classification). Výskumnú vzorku tvorilo  $n = 90$  pacientov s lekárskou diagnózou demencia. Výskum sme realizovali vo Fakultnej nemocnici (FN) v Nitre na Doliečovacom oddelení a FN v Trenčíne na Geriatrickom oddelení. Kváziexperiment sme realizovali použitím vybraného súboru z NIC „Manažment demencie 6064“, z NOC „Kognitívna orientácia 0901“, „Konzentrácia 0905“. Na základe výsledkov možno konštatovať, že použité vybrané súborov z klasifikačných systémov ošetrovateľstva zjednotili dokumentáciu ošetrovateľského procesu. Ošetrovateľská starostlivosť bola riadená, obsahovala viac nezávislých činností sestry a objektívne porovnateľná.

**Kľúčové slová:** chronická zmatenosť, NANDA-I, NIC, NOC, demencia

### Summary

This work presents the nursing management of chronic confusion using the chosen sets from the nursing classification systems of NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association - International), NIC (Nursing Interventions Classification) and NOC (Nursing Outcomes Classification). The research group included  $n = 90$  patients with the medical diagnosis of dementia. The research was done in the Teaching Hospital in Nitra, Slovak Republic in the Long-stay Ward and the Teaching Hospital in Trenčín, Slovak Republic in the Geriatric Ward. The quasi-experiment was done using the chosen sets from NIC "Dementia Management 6064" and from NOC "Cognitive Orientation 0901" and "Concentration 0905". Based on the results, it is possible to state that the chosen sets from the classification systems have united the nursing process documentation. The nursing care was directed, included more independent nursing activities and was comparable objectively.

**Key words:** chronic confusion, NANDA-I, NIC, NOC, dementia

### Úvod

Demencia je závažným problémom starostlivosti o starých ľudí. Celková prevencia demencie nad 64 rokov je asi 5-10 % a ročná incidencia asi 1-2 %. Po 75. roku života je prevencia 15-20 % a incidencia asi 2-4 %. Približne každý 4. človek sa stane počas života dementným. Hoci na Slovensku nebola robená epidemiologická štúdia výskytu demencie, odhaduje sa, že je tu 28 000 až 56 000 dementných ľudí. Pacienti majú narušenú najmä krátkodobú pamäť, orientáciu v čase i v priestore sa neskôr i orientáciu samým sebou. Majú problémy sa sústreďovať, narušený úsudok a nedokážu rozpoznať nebezpečné situácie (Hegyí, Krajčík, 2006, s.329). Ošetrovateľská diagnóza „00129 – chronická zmatenosť“ z NANDA - International taxonómie je štandardizovaný názov ošetrovateľského problému človeka s nezvratným, dlhotrvajúcim a/alebo progresívnym úpadkom intelektu a osobnosti so zníženou schopnosťou interpretovať podnety z okolia. Má zníženú kapacitu myslenia, hlbokú poruchu pamäti, orientácie a správania (Marečková, 2006, s. 132). Klinický obraz sa rozvíja pomaly, stav je ireverzibilný. Zdôrazňuje sa proaktívny geriatrický režim a empatický prístup počas ošetrovania a opatrovania chorého. Na posúdenie diagnostického prvku chronickej zmatenosti možno použiť test ako zlatý štandard SMMSE (Standardized-Mini-Mental-State-Examination) na objektivizáciu porúch kognitívnych funkcií. Klasifikačné systémy

pojmy zaradované do NANDA - I a uvádzané v príslušných vydaniach *NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*, sú v periodiku bližšie vymedzené<sup>4</sup>. V periodiku sú publikované validizačné štúdie diagnostických pojmov NANDA - I v inom ako severoamerickom sociokultúrnom kontexte<sup>5</sup>, metodológie testovania nových diagnostických pojmov zaradených do klasifikačného systému, práce týkajúce sa konštrukcie nástrojov a testovanie ich validity a reliability (*instrument development*) pre objektivizáciu diagnostických pojmov.

*The International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* poskytuje prehľad abstraktov prác prezentovaných na aktuálnych NNN konferenciách (napríklad z roku 2006), vedeckých prác týkajúcich sa testovania diagnostických pojmov a ich prepojenie s NIC a NOC a taktiež prác zameraných na využitie modelu *Evidence Based Nursing* v oblasti ošetrovateľskej diagnostiky.

Kontinuálny vývoj klasifikácie je zachytený v *zborníkoch z konferencií NANDA*, vydaných od roku 1974 v pravidelných dvojročných intervaloch. Zameranie a výsledky výskumov prezentované na prvých dvanástich NANDA konferenciách sú považované (Creason, 2004) za medzníky, ktoré zásadne ovplyvnili a usmerňovali proces validizácie ošetrovateľských diagnóz.

### Aplikácia diagnóz v klinickej praxi v zahraničnej literatúre

V zahraničnej literatúre nachádzame rôznorodé vymedzenie definujúcich charakteristík a súvisiacich faktorov v porovnaní s ich pôvodným vymedzením v *NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*. Modifikácie, resp. rozšírenie definujúcich charakteristík, špecifikovanie súvisiacich faktorov a prvkov pre potreby diferenciálnej diagnostiky, prepojenie diagnóz s NOC, NIC klasifikáciami nachádzame v prácach viacerých autorov.

Publikácia autorky Carpenito *Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice* z roku 1995 obsahuje širšie vymedzenie diagnostických znakov v porovnaní s ich vymedzením v NANDA - I. Ošetrovateľské intervencie v rámci jednotlivých diagnóz špecifikuje podľa súvisiacich faktorov (*multitude-of-specifics approach*). Autorka v uvedenej publikácii používa pojem spoločný problém s uvedením jeho základných charakteristík a rozdielov medzi spoločným problémom a ošetrovateľskou diagnózou<sup>6</sup>. Pri jednotlivých diagnózach autorka uvádza základné chyby a problémy pri stanovovaní diagnózy v klinickej praxi. Podobný prístup ku diferenciálnej diagnostike nachádzame v publikácii autorky Cox et al. z roku 2002 *Clinical Applications of Nursing Diagnosis: Adult, Child, Women's, Psychiatric, Gerontic, and Home Health Considerations*. Autorský kolektív pri spracovávaní diagnostických prvkov vychádza len z ich vymedzenia v rámci NANDA - I. V rámci

<sup>4</sup> Napríklad aktuálne vydanie *NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions & Classification* pre obdobie 2007 – 2008 obsahuje dva nové diagnostické pojmy pre komunitu z oblasti životného prostredia (*environmental nursing diagnoses*) – Kontaminácia a Riziko kontaminácie. Pred týmto vydaním boli uvedené diagnózy rozpracované v periodiku *The International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* s bližším vymedzením ich komponentov a ich prepojením s NIC a NOC. Taktiež nová diagnóza Nadmerný stres (*Stress overload*) bola publikovaná v roku 2006 v *The International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* pred jej zaradením do klasifikácie.

<sup>5</sup> Validizačné štúdie sú významným zdrojom informácií v oblasti výskumu diagnóz v našich podmienkach. Poskytujú jednak východisko pre metodológiu výskumu v oblasti testovania validity diagnóz (konceptuálna analýza diagnostických pojmov a testovanie obsahovej validity nových, resp. revidovaných diagnostických pojmov a taktiež konštruktívnej a kritériovej validity). Konštruktívna a kritériová validita zahŕňa výskum incidencie a prevalence diagnóz v jednotlivých populáciách pacientov, hodnotenie klinickej efektívnosti intervencií a citlivosť výsledkov v rámci jednotlivých diagnostických pojmov.

<sup>6</sup> Podobne Meyer et al. (2007, s. 45) načrtávajú potrebu novej kategórie ošetrovateľských diagnóz (*surveillance diagnoses*), v rámci ktorých sa ošetrovateľské intervencie zameriavajú identifikácii a monitoring klinicky významných symptómov, resp. rizikových faktorov.

jednotlivých diagnostických pojmov<sup>7</sup> je spracovaná - oblasť diferenciálnej diagnostiky (*diagnosis validation section*), prepojenie s výsledkami z NOC s uvedeným časovým intervalu dosiahnutia progresu (*target days*), vymedzenie a zdôvodnenie intervencií, ich konkretizácia v rôznych oblastiach klinickej praxe. Autorský kolektív nešpecifikuje intervencie z hľadiska súvisiacich faktorov (*multitude-of-specifics approach*). Vychádza z jednotlivých diagnostických pojmov a ich očakávaných výsledkov (*conceptual approach*). V rámci jednotlivých diagnóz autori uvádzajú algoritmus pri hodnotení dosiahnutých cieľov s cieľom podporiť a zviditeľniť prínos ošetrovateľstva v komplexe zdravotnej starostlivosti.

Komplexnejšie vymedzenie intervencií v jednotlivých oblastiach klinickej praxe nachádzame aj v publikácii autorského kolektívu Ackley, Ladwig z roku 2006 *Nursing Diagnosis Handbook. A Guide to Planning Care*. Uvedená publikácia zakomponováva pri vymedzení ošetrovateľských intervencií princípy ošetrovateľstva založeného na dôkazoch. V rámci jednotlivých diagnóz sú uvádzané ošetrovateľské intervencie, použitie ktorých je *evidence based* podložené s odkazom na autorov, názov a rok štúdie). V rámci jednotlivých diagnóz autorky uvádzajú nástroje, ktoré môžu byť použité pre ich objektivizáciu.

V súvislosti s problematikou diferenciálnej diagnostiky sú významné práce autorky Lunney (Lunney et al. 2001; Lunney, 2003) týkajúce sa diagnostickej správnosti (*diagnostic accuracy*).

### **Aplikácia diagnóz v klinickej praxi – východiská projektu**

V našich podmienkach absentuje odborná literatúra poskytujúca komplexnejšie rozpracované nástroje objektivizácie diagnóz a ošetrovateľské intervencie špecifické pre jednotlivé ošetrovateľské diagnózy. Cieľom nášho projektu je vytvorenie publikácie obsahujúcej vybrané ošetrovateľské diagnózy so zameraním na presnejšiu diagnostiku a efektívnejší výber intervencií v podmienkach našej súčasnej klinickej praxe. Publikácia bude obsahovo nadväzovať na publikáciu autorov Tomagová, Bóriková et al. (2008) *Potreby v ošetrovateľstve* a zároveň ju rozširovať o diagnostický algoritmus a komplexnejšie riešenie dysfunkčných a potencionálne dysfunkčných potrieb (ošetrovateľských diagnóz) v klinickej praxi. Bude obsahovať lingvisticky upravenú slovenskú verziu NANDA - I pre obdobie 2007 - 2008.

Pre každú diagnostickú doménu NANDA - I plánujeme rozpracovať vybrané ošetrovateľské diagnózy z rôznych oblastí ošetrovateľskej praxe. Vybrané ošetrovateľské diagnózy budú štruktúrované do nasledovných prvkov:

- definícia diagnostického pojmu, definujúce charakteristiky a súvisiace faktory,
- diagnostické postupy, ktoré budú konkretizované nástrojmi objektivizácie diagnostických znakov,
- najčastejšie problémy a chyby v diagnostike, s ktorými sa stretávame v klinickej praxi a na základe ktorých môže dôjsť ku nesprávnej interpretácii niektorých diagnostických znakov,
- ošetrovateľské intervencie špecifikované pre rôzne oblasti ošetrovateľskej praxe, resp. populáciu pacientov (napr. domáca starostlivosť, populácia seniorov, špecifiká v pediatrickom ošetrovateľstve a pod.).

Predpokladáme, že projekt publikácie, založený na vyššie načrtnutej komparácii, prispeje k zmene postojov k používaniu ošetrovateľských diagnóz v klinickej praxi a otvorí priestor pre funkčnú implementáciu ošetrovateľských intervencií. Naším cieľom je prispieť k prepojenosti teórie, výskumu, praxe a vzdelávania v oblasti riešenia ošetrovateľských problémov.

JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitného ošetrovateľství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

JIRÁK, R. et al. *Demence*. 1. vyd. Praha : Maxdorf, 1999. 226. ISBN 80-858000-44-6.

JORAJ, S. et al. Cognitive Impairment in Elderly Medical Inpatients. In *Am Journal Geriatric Psychiatry*, 2004, Vol. 12, No. 6, pp. 639-647.

KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 846 s. ISBN 80-247-0548-6.

KURLOWICZ, L. The Mini Mental State Examination. 1999. Dostupné na <<http://www.chcr.brown.edu/MMSE.PDF>> [cit. online 19-02-2007].

LOEWENSTEIN, D. A. et al. Utility of a modified mini-mental state examination with extended deyd recall in screening for mild cognitive impairment and dementia among community dwelling elders. In *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2000, Vol. 15, No. 5, pp. 434-440.

MARKOVÁ, E. et al. *Psychiatrická ošetrovateľská péče*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

MARŠÁLOVÁ, L. et al. *Metodológia a metódy psychologického výskumu*. Bratislava : SPN, 1990. 423 s. ISBN 80-00019-8.

MMSE. 2007. Dostupné na: <<http://www.minimental.com/>> [cit. online 19-02-2007].

*NURSING DIAGNOSES* : Definitions & Classification 2007-2008. 7th Ed. NANDA International. Philadelphia : NANDA-I, 2007. 343 pp. ISBN 978-0-9788924-0-1.

PERNECZKY, R. et al. Mapping Scores Onto Stages: Mini-Mental State Examination and Clinical Dementia Rating. In *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2006, Vol. 14, No. 2, pp. 139-144.

PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 192 s. ISBN 978-80-277-1490-5.

RESNICK, B. Health Promotion Practices of Older Adults: Model Testing. In *Public Health Nursing*, 2004, Vol. 20, No. 1, pp. 2-12.

RESSNER, R., RESSNEROVÁ, E. Test hodin, prehľadná informácie a zhodnocení škál dle Shulmana, Sunderlanda a Hendriksena. In *Neurologie pro praxi*, 2002, roč. č. 6, s. 316-322.

STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovateľství 6. Hodnocení a měřící techniky v ošetrovateľské praxi*. 1. vyd. Brno : IDV PZ, 2001. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.

STANHOPE, M., LANCASTER, J. *Community Health Nursing. Promoting Health of Aggregates, Families and Individuals*. 4th Ed. St. Luis : Mosby, 1996. 1124 p. ISBN 0-8151-8142-6.

WARNER, J. Clinicians' guide to evaluating diagnostic and screening test in psychiatry. In *Advances in Psychiatric Treatment*, 2004, Vol. 10, pp. 446-454.

ZVOLSKÝ, P. Diagnóza Alzheimerovy nemoci pomocí škálovacích metod. In *Psychiatrie pro praxi*, 2001, roč. 2, č. 2, s. 69-72.

*Práca je súčasťou grantovej úlohy KEGA č. 3/4047/06.*

*Mgr. Martina Tomagová, PhD.  
Ústav ošetrovateľstva JLF UK  
Malá Hora 5  
036 32 Martin  
Slovenská republika  
tomagova@jfm.uniba.sk*

<sup>7</sup> Publikácia obsahuje názvy ošetrovateľských diagnóz, v ktorých autori nedodrжали presné poradie slov vo viacslovnom názve ako uvádza NANDA - I. Porušenie syntaktických pravidiel v názvoch diagnóz uvádza Marečková (2006) aj v publikácii *Pocket Guide for Nurses* od autoriek Doenges et al.



Tabuľka 1 Prehľad použitia MMSE v ošetrovateľskej praxi

| Autor, rok                 | Použitie MMSE pre potreby ošetrovateľskej praxe   |
|----------------------------|---|
| Hogstel, M. O. (1995)      | skriningový nástroj použiteľný v sete s inými nástrojmi na posudzovanie kognitívnej oblasti gerontopsychiatrického pacienta   |
| Stanhope-Lancaster, (1996) | posudzovanie kognitívnych funkcií seniora v komunite  |
| Kurlowicz, L. (1999)       | doplnkový nástroj k iným metódam zberu údajov, opakované použitie usmerňuje výber ošetrovateľských intervencií, priebežné monitorovanie zmien v kognitívnej oblasti seniora |
| Kalvach, Z. et al. (2004)  | kombinácia ADL, IADL a MMSE vhodná na meranie funkčného potenciálu seniora  |
| Ackley, B. J. (2006)       | diagnostikovanie ošetrovateľských diagnóz Chronická zmätenosť, Narušená pamäť, Narušená interpretácia okolia  |

### Záver

MMSE je skriningový, doplnkový a časovo nenáročný nástroj zameraný na posúdenie kognitívnych funkcií u seniora pri rešpektovaní podmienok na jeho administráciu. Môže sa použiť samostatne, ale aj v sete s inými meracími nástrojmi pre potreby komprehenzívneho posúdenia seniora. Splňa kritériá na reliabilný, validný, senzitivný a spoľahlivý nástroj aplikovateľný v ošetrovateľskej klinickej praxi.

### Bibliografické odkazy

ACKLEY, B. J., LADWIG, G. B. *Nursing Diagnosis Handbook. A Guide to Planning Care.* 7th Ed. St. Louis : Mosby, 2006. 1353 p. ISBN 0-323-03664-3.

BRODATY, H. et al. What Is the Best Dementia Screening Instrument for General Practitioners to Use? In *Am J Geriatric Psychiatry*, 2006. Vol. 14, No. 3, pp. 391-400.

DALY, J. M. 2004. Dostupné na: <[http://www.guideline.gov/summary/pdf.aspx?doc\\_id=6829&stat=1&string=](http://www.guideline.gov/summary/pdf.aspx?doc_id=6829&stat=1&string=) [cit. online 19-02-2007].

DOHRENWEND, A. et al. Evaluating Cognitive Impairment in the Primary Care Setting. In *Clinical geriatrics*, 2003. Vol. 11, No. 2, pp. 21-29.

CRUM, R. M., ANTHONY, J. C., BASSETT, S. S. et al. Population-based-norms for the Mini-Mental State Examination by age and education level. In *JAMA*, 1993, 18, pp. 2386-2391.

FOLSTEIN, M. F., FOLSTEIN, S. E., McHUGH, P. R. Mini-Mental State a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. In *Journal of Psychiatric Research*, 1975, 12 (3), pp. 189-198.

FRANK-STROMBORG, M. et al. *Instruments for Clinical Nursing Research.* 2th Ed. Boston : 1992. 291 p. ISBN 0-86720-340-4.

GRACE, J. N. et al. Folsteins vs modified Mini-Mental State Examination in geriatric stroke. In *Archives of Neurology*, 1995, Vol. 52, No. 2, pp. 477-484.

HANISKOVÁ, T. Zlepšenie diagnostiky demencie v primárnej praxi. In *Via Practica*, 2006, roč. 3, č. 7-8, s. 333-336.

HOGSTEL, M. O. *Gerontopsychiatric Nursing.* 2th Ed. St Louis : Mosby, 1995. 420 p. ISBN 0-8016-7811-0.

HOLMEROVÁ, I. et al. Pohľad na pacienta vyššieho veku. In *Medicína pro praxi*, 2006, roč. 3, č. 4, s. 180-183.

HONZÁK, R. *Deprese. Depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci.* 1. vyd. Praha : Galén, 1999. 111 s. ISBN 80-85824-95-7.

HÖSCHL, C. et al. *Psychiatrie.* 1. vyd. Praha : Tigris, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.

IPPEN, CH. G. et al. Can caregivers independently rate cognitive and behavioral symptoms in Alzheimer's disease patients? In *Am Journal Geriatric Psychiatry*, 1999, 7, pp. 321-330.

Príspevok vznikol ako súčasť grantovej úlohy KEGA č. 3/5132/07.

### Bibliografické odkazy

ACKLEY, B.J., LADWIG, G.B. 2006. *Nursing Diagnosis Handbook. A Guide to Planning Care.* 7th Ed. St. Louis : Mosby, 2006. 1353 p. ISBN 0-323-03664-3.

ADAMS, J.P., NICHOLS, B.S. 1996. An exploration of the nursing diagnosis terminal syndrome. *Nursing Diagnosis*, Vo. 17, pp. 135-140.

ARAUJO, L., BACHION, M. 2005. Nursing diagnoses of the pattern of mobility in the elderly attended by the Family Health Program. *Revista da escola de Enfermagem Da Usp.*, Vol. 39, No. 1, pp. 53-61.

CARPENITO, L.J. 1993. *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice.* 5th ed. Philadelphia : J. B. Lipincott Company, 1993. 1070 pp. ISBN 0-397-55022-7.

*Center For Nursing Classification And Clinical Effectiveness University Iowa* [online]. Dostupné z : <http://www.nursing.uiowa.edu>. [cit. 2006-01-28].

COX, H. et al. 2002. *Clinical Application of Nursing Diagnosis. Adult, Child, Women's, Psychiatric, Gerontic and Home Health Considerations.* 4th ed. Philadelphia : F.A. Davis Company, 2002. 733 pp. ISBN 0-8036-0913-2.

CREASON, S.N. 2004. Clinical Validation of Nursing Diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, Vol. 15, pp. 123-132.

CREASON, N.S., POGUE, N.J., NELSON, A., A., HOYT, C., A. 1985. Validating the nursing diagnosis of impaired physical mobility. *Nursing Clinics of North America*, Vol. 20, pp. 669-683.

DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M.F. 2003. *Application of Nursing Process and Nursing Diagnosis. An Interactive Text for Diagnostic Reasoning.* 4th ed.. Philadelphia : F. A. Davis Company, 2003. p. 64 – 65. ISBN 0-8036-1066-1.

DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M.F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry.* 2. vyd. Praha : GRADA Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.

LUNNEY M., KARLIK B.A., KISS M., MURPHY P. 2001. Accuracy of nurses' diagnoses of psychosocial responses. *Nursing Diagnosis*, Vol. 8, No. 3, pp. 157 – 166.

LUNNEY, M. 2003. Critical Thinking and Accuracy of Nurses' Diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, Vol. 14, No. 3, pp. 96 -107.

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

NANDA INTERNATIONAL (North American Association for Nursing Diagnosis International) [online]. Dostupné z : <http://www.nanda.org/html>. [cit. 2006-01-29].

*Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2007-2008.* 2007. Philadelphia : NANDA International, 2007. 343 p. ISBN 978-0-9788924-0-1.

TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. et al. 2008. *Potreby v ošetrovateľstve.* 1. vyd. Martin : Osveta, 2008. 196 s. ISBN 80-8063-270-0.

Mgr. Elena Holmanová

Ústav ošetrovateľstva

JLF UK v Martine

Malá Hora 5

036 32 Martin

Slovenská republika

e-mail: holmanova@ifmed.uniba.sk

<https://novyweb.uniba.sk/docroot/JLF/index.php?id=2048>

## OŠETŘOVATELSTVÍ ZALOŽENÉ NA DŮKAZECH JAKO SOUČÁST VÝUKY

Darja Jarošová

*Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetřovatelství a porodní asistence*

### Souhrn

Praxe založená na důkazech (EBP) je poměrně novým fenoménem v ošetřovatelském oboru. V České republice se povědomí o ošetřovatelství založeném na důkazech (EBN) objevuje prakticky až v posledních letech. Implementace EBP ve vzdělávání a v praxi naráží na mnoho překážek zejména na nedostatečné znalosti a dovednosti sester a strnulé myšlení ošetřovatelských manažerů, pedagogů a samotných vykonavatelů ošetřovatelské péče. Metodologii a principy EBN si musí budoucí sestry osvojit již v průběhu své profesní přípravy, a to jak v samostatném kurzu, tak v rámci výuky všech odborných předmětů. V prvním ročníku se studenti naučí formulovat klinické otázky a vyhledávat v základních databázích, ve třetím ročníku by pak měli být schopni kriticky posoudit platné směrnice a standardy a aplikovat do praxe změny odpovídající nalezeným důkazům.

### Klíčová slova

ošetřovatelství, praxe založena na důkazech, vzdělávání sester

### Summary

Evidence-based practice (EBP) is a relatively new phenomenon in nursing. In the Czech Republic there has only been awareness of evidence-based nursing (EBN) over the past few years. The implementation of EBP in education and practice face a lot of obstacles, especially nurses' inadequate knowledge and skills, and a rigid way of thinking of nursing managers, teachers and nursing carers themselves. Nursing students have to learn methodology and the EBN principles already during their professional preparation, both in a special course and as part of the teaching of all professional subjects. In the first year the students learn how to formulate clinical questions and search in basic databases, in the third year they should be able to critically assess valid regulations and standards and apply changes corresponding to the established evidence into practice.

### Key words

nursing, evidence based practice, nursing education

### Úvod

Vzhledem k dlouholetému tradičnímu modelu zdravotní péče v ČR, kdy rozhodovací kompetence byly téměř výhradně na straně lékařů, sestry vykonávaly především závislé činnosti. Tomuto stavu odpovídala také profesní příprava sester, které byly připravovány především pro praxi v asistenčním ošetřovatelství. S nástupem politických a společenských změn byla, de facto od první poloviny devadesátých let minulého století do vzdělávání a de juro od roku 1998 a 2004 do ošetřovatelské praxe (Věstník MZČR 5/1998, Věstník MZ ČR 9/2004), zaváděna teorie a metoda ošetřovatelského procesu jako pracovní postup ošetřovatelského týmu. Změny v profesním vzdělávání přinesly výrazné posílení autonomních funkcí sester a jejich rozhodovacích kompetencí, což v důsledku významně zvýšilo pracovní a právní odpovědnost sester. Sestry ve zdravotnických zařízeních, zejména lůžkových, pracují na základě profesních lokálních standardů, a to i přesto, že dosud nejsou legislativně ukotveny standardy národní. Během svého studia jsou připravovány k poskytování kvalitní týmové a individualizované ošetřovatelské péče vycházející z aktuálních, praxí ověřených, vědeckých poznatků.

MMSE sa využíva v ošetrovateľskej klinickej praxi ako doplnková metóda k hlavným metódam zberu údajov (rozhovoru a pozorovaniu) pri posudzovaní potreby poznávania (vrátane učenia), konkrétne na posúdenie kognitívnych funkcií seniora v ambulantnej, ústavnej či komunitnej starostlivosti, vrátane domácej starostlivosti (Stanhope-Lancaster, 1996, s. 593; Resnick, 2004, s. 2; Loewenstein et al., 2000, s. 434; Jarošová, 2007) (tab. č. 1. Prehľad použitia MMSE v ošetrovateľskej praxi).

Prostřednictvím nástroja sa doplňa databáza relevantných, objektívnych údajov o kognitívnych funkciách seniora, čo umožňuje zvýšiť kvalitu diagnostického procesu v oblasti dysfunkcie potreby poznávania v tejto špecifickej skupine pacientov. Oblasť poznávania je zakomponovaná v NANDA-I Taxonómii II v 5. doméne Vnímanie/poznávanie, v triede Poznávanie (ošetrovateľské diagnózy Chronická zmätenosť 00129, Narušená pamäť 00131) a v triede Orientácia (Narušená interpretácia okolia 00127) (Ackley, 2006, s. 469, 789, 341; NANDA-I, 2007-08).

Schopnosť sebaopatery je okrem iných faktorov výrazne ovplyvnená aj funkčnou kapacitou jednotlivca v oblasti kognitívnych funkcií potrebných na plánovanie, riadenie a samotnú realizáciu aktivít denného života. Kombinácia nástrojov Barthel ADL, IADL a MMSE je vhodná na meranie funkčného potenciálu seniora (Kalvach, 2004, s. 442). Schopnosť vykonávať sebaobslužné aktivity sa znižuje aj dôsledkom organického mozgového postihnutia. Porucha pamäti vedie k neschopnosti jednotlivca udržať jednotlivé informácie tak dlho, aby ich dokázal spojiť v jeden zmysluplný celok - jednu aktivitu (napr. sprchovanie). Poruchy pozornosti vedú k neschopnosti začať činnosť a zotrvať pri nej. Poruchy úsudku a abstraktného myslenia spôsobujú, že senior nedokáže predvídať dôsledky svojho správania, nerealisticky odhaduje vlastné schopnosti, nie je schopný naplánovať činnosť. Poruchy vnímania a orientácie vedú napr. k neschopnosti rozpoznať predmety, čo spôsobuje ich nesprávne používanie (Jiráček et al., 1999, s. 9 - 11). Počas poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti seniorovi s úbytkom kognitívnych funkcií je MMSE vhodný na priebežné monitorovanie ich zmien (Hogstel, 1995, s. 87; Kurlowicz, 1999; Joray et al., 2004, s. 639; Daly, 2004; Ackley-Ladwig, 2006, s. 341, 789). Na základe výsledného skóre je možné cielenejšie usmerňovať výber ošetrovateľských intervencií zameraných na rehabilitáciu kognitívnych funkcií a tréning sebaobslužných činností. V odbornej literatúre však nie je explicitne uvedený návod pre výber konkrétnych ošetrovateľských intervencií pri jednotlivých stupňoch kognitívneho poškodenia. Všeobecne prostredníctvom kognitívnej rehabilitácie v rámci spolupráce multidisciplinárneho tímu (psychiater, psychoterapeut, pracovný terapeut, sestra a iní) je snaha o posilňovanie kognitívnych funkcií, ktoré zostali zachované. Seniorovi sa ponúkajú aktivity, ktoré obľubuje a ktoré je schopný zvládnuť, aby nebol vystavený neustálej konfrontácii s vlastnou neschopnosťou, neúspechom, prípadne zosmiešňovaním, čo narúša potrebu bezpečia a spôsobuje úzkosť (Kalvach, 2004, s. 443).

Pri miernom postihnutí kognitívnych funkcií (výsledné skóre MMSE 18-24 bodov) sa počas realizácie sebaopatrovateľských aktivít seniorom poskytuje dohľad a usmernenie. Pri stredne ťažkom postihnutí (11-17 bodov) sa realizuje jeho vedenie, postupne sa však v závislosti s úbytkom kognitívnych funkcií stáva nesebstačný a závislý na pomoci. Pri ťažkom postihnutí (0-10 bodov) je senior v plnej miere závislý a vyžaduje pomoc vo všetkých denných aktivitách (Zvolský, 2001, s. 69; Marková et al., 2006, s. 198 - 199; Pidrman, 2007, s. 40).

## Key words

MMSE – cognitive functions – screening - elderly – nursing process

## Úvod

M. F. Folstein publikoval MMSE v roku 1975 (Folstein et al., 1975). Nástroj bol vyvinutý a validovaný na posúdenie kognitívnych funkcií pacienta v súvislosti s orientačnou diagnostikou Alzheimerovej choroby v medicínskej praxi<sup>12</sup>. MMSE sa zameriava predovšetkým na funkcie majúce spojitost' s verbálnym prejavom, s fatickými funkciami, verbálnou pamäťou a učením; jedna položka zahŕňa aj vizuospacielne funkcie (Ressner, Ressenrová, 2002, s. 316; Hanisková, 2006, s. 333). Nástroj sa skladá z 30 položiek a pokynov testujúcich jednotlivé kognitívne funkcie: orientáciu, zapamätanie si, vybavenie si, pozornosť a počítanie, reč (plynulosť, porozumenie reči, schopnosť opakovať). Je určený na diagnostiku v populácii seniorov, u ktorých nie je prítomné telesné poškodenie brániace rozprávať, písať, čítať, počúvať, pretože administrácia nástroja je založená na slovnej odpovedi, čítaní a písaní (Folstein et al., 1975, s. 189). Maximálne výsledné skóre je 30 bodov; skóre nižšie ako 24 bodov je ukazovateľom poškodenia kognitívnych funkcií.

## Obsah

MMSE je nástroj, ktorého výhodou je vysoká spoľahlivosť, ľahká administrácia a časová nenáročnosť. Poskytuje dobrú a rýchlu orientáciu pri detekcii demencie, ale nie je vhodný na detekciu fokálnych kognitívnych deficitov ako je amnézia, afázia, zrakovopriestorová porucha. Výsledné skóre je ovplyvniteľné faktormi zo strany posudzovaného seniora, ako je napr. úroveň jeho intelektu, vzdelania, pozornosti; tieto faktory sa však pri rutinnom vyšetrení neberú do úvahy (Crum et al., 1993, s. 2386; Dohrenwend et al., 2003, s. 22).

MMSE môže byť použitý samostatne, ale aj v kombinácii s inými nástrojmi, napr. s Testom kreslených hodín, ktorý referuje o zrakovopriestorovom vnímaní a postihnutí topografických schopností (Hogstel, 1995, s. 88; Zvolský, 2001, s. 69; Kalvach et al., 2004, s. 185; Brodaty et al., 2006, s. 391 - 400) a výsledky MMSE korelujú s výsledkami iných nástrojov, napr. s ADAS-cog alebo Clinical Dementia Rating (Ippen et al., 1999, s. 321; Perneczky et al., 2006, s. 139).

Konstruktívna validita<sup>13</sup> nástroja je potvrdená. Výhodou MMSE je vysoká reliabilita (v rozmedzí od 0,83-0,99), vysoká senzitivita (0,87) a vysoká špecifita (0,82). Údaje o inter-rater reliabilite<sup>14</sup> sa pohybujú od 0,89-0,99 (Frank-Stromborg, 1992, s. 60; Resnick, 2004, s. 4).

V medicínskej a ošetrovateľskej literatúre sú publikované rôzne verzie MMSE s rôznym výsledným skóre, napr. verzia Modified Mini-Mental State Examination (3MS) (Grace et al., 1995, s. 477 – 487; Warner, 2004, s. 449), modifikácia podľa Topinkovej-Mellanovej (In Honzák, 1999, s. 46; In Staňková, 2001, s. 30), čo môže ovplyvniť interpretáciu výsledkov rôznymi posudzovateľmi. Preto sa treba pri vyhľadávaní informácií o nástroji (reliabilita, validita, administrácia a interpretácia výsledného skóre) opierať o autorizované národné jazykové verzie; okrem iných aj v slovenskom jazyku (MMSE, 2007) a používať na pracovisku iba jednu otestovanú verziu nástroja. Čas potrebný na vyplnenie spolu s pacientom je 5-10 minút (Kurlowicz, 1999). Pre správne vyplnenie jednotlivých položiek a získanie hodnoverných výsledkov je dôležité zachovať postup podľa požiadaviek na administráciu.

<sup>12</sup> V medicínskej praxi je jedným zo štandardne používaných nástrojov pre posúdenie kognitívnych funkcií a orientačnú diagnostiku demencie predovšetkým Alzheimerovho typu. Opakované použitie nástroja MMSE poskytuje informácie aj o reakcii kognitívnych funkcií pacientov s Alzheimerovou chorobou na farmakoterapiu (Jiráček et al., 1999, s. 20; Zvolský, 2001, s. 69; Holmerová, 2006, s. 180; Pidman, 2007, s. 30).

<sup>13</sup> Meraný konštrukt vykazuje také vzťahy s ďalšími premennými aké predpokladá teória (Maršálová et al., 1990, s. 158).

<sup>14</sup> Inter-rater reliabilita vyjadruje stupeň zhody výsledkov pri opakovaných meraniach medzi posudzovateľmi (Maršálová et al., 1990, s. 158).

Pruďké zmeny ošetrovateľskej teórie a praxe v Českej republike, ale také i vo svete, vedú nezvratne k ďalšej kvalitatívnej zmene v ošetrovatelstve – zavádzení a realizácii praxe založenej na dôkazu (Evidence Based Practice). Implementácia EBP do ošetrovateľskej profesie narazí na mnoho prekážok ako jsou napr. nedostatečné vedomosti o EBP a jej strategii, špatné pochopení a negativní pohled na výzkum a EBP, konzervativní přístup k EBP a vyzdvihování výsledků „tradiční“ péče, nedostupnost kvalitních odborných časopisů a databází, vysoký počet přidělených pacientů, administrativní a organizační problémy pracoviště, prodleva od zveřejnění výsledků výzkumu a aplikace těchto výsledků do praxe. (Melnýk, Fineout-Overholt 2005, s. 16) Mezi nejvýznamnější bariéry implementace EBP v ošetrovatelství patří znalosti a dovednosti sestry – jak sestra „standardně“ porozumí EBP a jak takové důkazy může co nejlépe využít.

## EBP - praxe založená na důkazech

Pro zdravotnickou praxi založenou na důkazu existuje mnoho definic. EBP lze popsat jako přístup, který dává možnost klinikům poskytovat péči nejvyšší kvality pro uspokojování potřeb jejich pacientů a rodin v kontextu mnoha aspektů. (Melnýk, Fineout-Overholt 2005, s. 3) EBP zahrnuje schopnost výběru, stručného přehledu a aplikace informací z publikací (literatury) do každodenních klinických problémů. Nejčastěji citovanou definicí pro praxi založenou na důkazech je definice D. Sacketta z Oxfordského centra pro medicínu založenou na důkazech: „Praxe založená na důkazech je spojení nejlepšího důkazu získaného výzkumnou činností s klinickou zkušeností a pacientovými hodnotami, které usnadňuje klinické rozhodování.“ (Sackett et al. 2000) Budou-li poskytovatelé zdravotní péče, včetně sestry, vědět jak najít, kriticky zhodnotit a použít nejlepší důkaz a když si pacient bude jistý, že „jeho“ zdravotníci takovou praxi aplikují, bude dosaženo optimálních výsledků pro všechny.

## Medicínský (EBM) a ošetrovateľský (EBN) přístup k praxi založená na důkazech

Medicínský model definuje EBM „...jako vědomé, zřetelné a soudně používané nejlepší současné důkazy při rozhodování o péči o jednotlivé pacienty.“ (Sackett et al 1996) Alternativou s využitím matematických metod je definice A. Donnalové a T. Greenhalghové (2000): „Medicína založená na důkazu je zlepšení tradičních dovedností kliniků v diagnostice, léčbě, prevenci a přidružených oblastech prostřednictvím systematického formulování důležitých a zodpověditelných otázek a využití matematických odhadů pravděpodobnosti a rizika.“

Ošetrovateľský přístup k praxi založená na důkazech je odlišný od štandardného biomedicínskeho modelu. Sestra poskytuje holistickú péču, pracuje spíše „s pacientom“ než „na ňom“. (McSherry 2002, s.7) Sestra vo svém klinickom rozhodovaní musí zvažovať nejen efektivitu ošetrování, ale také výběr intervence, přijatelnost pro pacienta, efektivnost nákladů. „Ošetrovateľská praxe založená na důkazech je procesem, ve kterém je spojena nejlepší praxe se sesterskou odborností a pacientovými preferencemi, předurčujícím optimální péči.“ (Titler et al. 1999)

Klinické využití EBN není jen prostá aplikace výsledků výzkumu do praxe. EBN pouze zviditelňuje výsledky výzkumu a integruje nejlepší možný důkaz pro individualizovanou ošetrovateľskou péču o pacienta. Nejlepší důkaz reflektuje případové studie, názory odborníků a základní principy vědy. Sestra musí využívat svých vlastních klinických zkušeností a na jejich základě aplikovat nalezené důkazy ve specifických klinických situacích – u svého konkrétního pacienta. K tomu slouží speciálně postavené klinické otázky ve formátu PICOT. (srov. Fineout-Overholt, Johnston 2005)

## VYUŽITIE MMSE V DIAGNOSTIKE A PLÁNOVANÍ STAROSTLIVOSTI U PACIENTA S DEMENCIOU

Martina Tomagová, Ivana Bóriková

*Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva*

### Súhrn

Mini-Mental State Examination (MMSE, označovaný aj ako Folsteinov test) bol vypracovaný M. F. Folsteinom et al. v roku 1975 ako validný nástroj pre použitie v klinickej praxi určený na orientačnú diagnostiku demencie. Výhodou MMSE je vysoká reliabilita, ktorá sa pohybuje v rozmedzí od 0,83 do 0,99, vysoká senzitivita, ľahká administrácia a časová nenáročnosť. Výsledné skóre je ovplyvňiteľné faktormi zo strany posudzovaného seniora, ako sú úroveň jeho intelektu, vzdelania, pozornosti; tieto faktory sa však pri rutinnom vyšetrení neberú do úvahy.

V klinickej ošetrovateľskej praxi je MMSE odporúčaný ako skriningový doplnkový nástroj k iným metódam zberu údajov na získanie dát o kognitívnych funkciách v súvislosti s posudzovaním potreby poznávania/učenia u seniora počas hospitalizácie i v domácom prostredí. V geriatrickej praxi prispieva výsledné skóre MMSE aj k posudzovaniu funkčnej kapacity pri vykonávaní denných aktivít sebaopatery.

Nástroj pomáha objektivizovať databázu údajov o seniorovi v diagnostickom procese ošetrovateľských diagnóz Chronická zmätenosť 00129, Narušená pamäť 00131 a Narušená interpretácia okolia 00127 zahrnutých v NANDA-I Taxonómii II v 5. Doméne Vnímanie/poznávanie, trieda Poznávanie a trieda Orientácia. Opakované použitie MMSE umožňuje monitorovať zmeny kognitívnych funkcií u seniora s demenciou a na základe výsledného skóre cielené usmerňovať výber ošetrovateľských intervencií zameraných na rehabilitáciu kognitívnych funkcií a na tréning v oblasti sebaobslužných činností.

### Kľúčové slová

MMSE - kognitívne funkcie - skrining/detekcia - senior - ošetrovateľský proces

### Summary

Mini-Mental State Examination (MMSE) developed as valid instrument by Folstein et al. in 1975 was orientated originally to diagnose patients with dementia in clinical practice.

The benefits of MMSE are high reliability, reliability score ranged from 0,83 to 0,99, high sensitivity and easy administration.

The final MMSE score is affected by elderly patient's factors as level of patient's education, intellect and vigilance; these factors are not taken into consideration in routine examination.

This instrument is recommended in clinical nursing practice as screening additional instrument in process of assessing data about cognitive functions in relation with assessment of need of cognition/education in elderly during institutional and home care.

The final MMSE score contributes as well to assessment of functional capacity while performing daily self-care activities.

It helps to objectify database about elderly in diagnostic process of nursing diagnoses Chronic Confusion 00129, Impaired Memory 00131 in NANDA-I Taxonomy II in the 5<sup>th</sup> Domain Perception/Cognition, class Cognition.

Repeated using of MMSE allows monitoring changes of cognitive functions in dementia elderly and conducting the selection of nursing interventions based on the final MMSE score oriented on rehabilitation the cognitive functions and training daily living activities.

## EBN v pregraduálnom ošetrovateľskom vzdelávaní

EBN je jedným z prístupů, ktorý umožní budúcim poskytovateľům zdravotní péče zvládat explozi nových technologií, poznatků, literatury a v konečném důsledku povede ke zlepšení pacientových výsledků. Ačkoliv je studium ošetrovateľství svým záběrem, obsahem i rozsahem velmi obsažné a náročné, pro dobrou ošetrovateľskou praxi nestačí jen jedna metoda získávání vědomostí a dovedností, a to zejména z ošetrovateľských a medicínských učebnic. Student se na základě dovedností kritického myšlení musí učit rozvíjet nezávislé, na důkazu založené, metody klinického rozhodování. Ošetrovateľští profesionálové, stejně jako lékaři, musí pracovat se změnami zdravotnické praxe, rozvíjet své vědomosti, podílet se na výzkumu, rozvíjet paradigma praxe založené na důkazech. (Kessenich 1997, s. 25-29) Pedagogové musí být schopni motivovat a připravit vzdělávající se sestry, aby při klinickém rozhodování spojovaly validní vědecké důkazy, vlastní zkušenosti (kvalifikované posouzení) a pacientovy zájmy, hodnoty a volby. Naučené dovednosti EBN pak pomohou sestřám aplikovat do praxe výsledky výzkumu a rozsáhlé informace v oboru.

Od absolventů bakalářského studia ošetrovateľství se očekává, že budou především aktivními a dobrými „spotřebiteli“ výsledků výzkumů - budou umět vyhledat, posoudit a využívat nalezené důkazy v praxi EBN procesem. (Ciliska 2005) Schopnost aplikace výsledků výzkumu procesem EBN vyžaduje od sestry dovednosti získané zejména ve výuce ošetrovateľského výzkumu a případně kurzem statistiky. EBN by však neměla být studována pouze jako jeden soliterní předmět, ale v rámci komplexního „evidence based kurikula“, kdy jsou potřebné dovednosti rozvíjeny ve všech ročnících studia, napříč teoretickými i praktickými předměty ve škole i na klinických pracovištích. V rámci systematického přehledu 23 výzkumných studií (Coomarasamy, Khan 2004) bylo potvrzeno, že školní výuka samostatného předmětu EBP sice zlepšila znalosti studentů, ale klinicky integrovaná výuka zlepšila navíc jejich dovednosti, postoje a jednání.

Studenti by se měli již v prvním ročníku bakalářského studia naučit, jak formulovat klinické otázky a jak vyhledávat v databázích jako je např. CINAHL, PubMed, Google. Klinické případy a zkušenosti z praxe by měly být vyučovány a reflektovány one-to-one (učitel/mentor - student) nebo v malých skupinách studentů.

Ve druhém ročníku by měli posluchači znát vybrané strategie - kritické hodnocení, systematické přehledy, kvalitativní výzkum a vyhledávání ve speciálních databázích jako je např. Cochrane Library.

Studenti třetího ročníku by se měli naučit kriticky posuzovat praktické směrnice a standardy klinických pracovišť. Měli by umět posoudit, zda a jak budou nalezené důkazy využitelné v klinické praxi. Studenti mohou také zpracovávat samostatné dílčí úkoly – formulovat klinické otázky pro svého přiděleného pacienta, předložit kopie uložených vyhledávacích strategií vycházejících z klinických otázek, zpracovat písemně kritické posouzení studie, systematického přehledu, praktických směrnic, zpracovat a prezentovat hodnocení vybrané výzkumné studie (záměr, nálezy a výsledky, metodologická omezení a přednosti studie), rozhodnout, zda studie obsahuje velké chyby (gap) znemožňující aplikaci výsledků v procesu EBN. Pro vybudování dovednosti rychlého přenosu důležitých informací do praxe je důležité, aby všechny aktivity studentů byly provázány s aktuální klinickou situací. (Ciliska 2005)

Vhodným závěrečným úkolem/projektem pro studenty v podmínkách českého ošetrovateľství je kritické zhodnocení vybraných standardů zdravotnických zařízení (nebo jejich částí tj. postupů, procedur). Studenti prozkoumají a analyzují ošetrovateľské postupy, které jsou standardně používány v ošetrovateľské praxi. Zhodnotí je z hlediska důslednosti a aktuálních

*Rating Scales and Questionnaires*. 3-th ed. New York : Oxford University Press, 2006. 748 s., s. 112 ISBN 0-19-516567-5  
SZILASIOVÁ, A., MACEJOVÁ, Ž., NAGYOVÁ, I. ET AL. 2002. Stanfordský dotazník hodnotiaci zdravie pomocou indexu disability (HAQ) u pacientov s reumatoidnou artritídou – validita a reliabilita slovenskej verzie. In *Rheumatologia*, 2002, roč. 16, č. 1, s. 21 – 29  
SZILASIOVÁ, A., MACEJOVÁ, Ž., KOVÁŘOVÁ, M. ET AL. 1998. Groningenská mierka obmedzenia činností (GARS) pri posúdení závažnosti reumatoidnej artritídy. In *Vnitřní lékařství*, 1998, roč. 44, č. 4, s. 195 – 200  
WARE, J.E. JR. 2000. SF-36 Health Survey Update. In *SPINE* [online]. 2000, Vol. 25, No. 24, p. 3130-3139. Dostupné z: <<http://www.qualitymetric.com/sf36/spine.pdf>>. [cit. 2007-01-24]  
Ware, J., E., Kosinski, M., Gandek, B. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Lincoln, RI: QualityMetric Inc. B6 – B11 In McDowell. *Measuring health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. 3-th ed. New York : Oxford University Press, 2006. 748 s., s. 651 - 653 ISBN 0-19-516567-5

Mgr. Mária Sováriková-Soósová  
UPJŠ Lekárska fakulta  
Ústav pre bakalárske a magisterské štúdiá  
Trieda SNP č.1  
040 01 Košice  
soosm@post.sk

důkazů a směrnic, které si sami vyhledají v dostupných databázích. Revidované a aktualizované standardy nebo jejich částí pak předloží společně s bibliografií vedoucímu práce k realizaci a aplikaci do praxe.

### Závěr

Vzhledem k historickému vývoji a společenským změnám je EBN v České republice teprve na samém počátku. Jeho rozvoj u nás je podporován zejména akademickými pracovníky – ošetrovatelskými odborníky, ale také odborníky jiných oborů např. lékaři, knihovníky, informatiky. Jedním z nejnáročnějších úkolů při zavádění EBN do ošetrovatelské praxe a do vzdělávání je změna způsobu myšlení managementu zdravotnických a vzdělávacích zařízení, poskytovatelů ošetrovatelské péče (sester), učitelů i studentů. Přestože existují studie (Ciliska et al. 1996, Retsas 2000, Maljanian et al. 2002) demonstrující zlepšení pacientových výsledků při poskytování péče založené na výzkumu, zdravotnické instituce zdráhavě implementují praxi založenou na důkazech, která v podmínkách českého ošetrovatelství není prakticky vůbec realizovaná.

### Bibliografické zdroje

CILISKA, D., MITCHELL, A., BAUMANN, A., SHEPPARD, K., VAN BERKEL, C., ADAM V. et al. Changing nursing practice: Trisectoral collaboration in decision making. *Canadian Journal of Nursing Administration* 1996; 9(2): 60-73.  
CILISKA, D. Educating for Evidence-Based Practice. *Journal of Profesional Nursing* 2005; 21(6): 345-350.  
COOMARASWAMY A., KHAN K.S. What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systematic review. *BMJ* 2004; 329: 1017-19.  
DONALD, A., GREENHALGH, T. *A hands-on guide to evidence based healthcare: practice and implementation*. Oxford : Blackwell Science, 2000.  
FINEOUT-OVERHOLT, E., JOHNSTON, L. Teaching EBP: Asking Searchable Answerable Clinical Questions. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2005; 2(3): 157–160.  
FLEMMING, K. Asking answerable question. *Evidence-Based Nursing* 1998; 1: 36-37.  
KESSENICH, C.R. Teaching Nursing Students Evidence Based Nursing. *Nurse Educator Today* 1997; 22(6): 25-29.  
MALJANIAN, R., CARAMANICA, L., TAYLOR, S. K., MACRAE, J. B., BELAND, D. K. Evidence-based nursing practice. Part 2: Building skills through research roundtables. *Journal of Nursing Administration* 2002; 32 (2): 85-90.  
McSHERRY, R. (ed) *Evidence-Informed Nursing: a Guide for Clinical Nurses*. London, New York: Routledge, 2002. ISBN 978-0415204972  
MELNYK, B.M., FINEOUT-OVERHOLT, E. *Evidence-Based Practice in Nursing and Healthcare*. Philadelphia: Lippincott Williams, 2005. ISBN 13-978-0-7817-4477-5  
RETSAS, A. Barriers to using research evidence in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31(3): 599-606.  
SACKETT, D.L., ROSENBERG, W.M.C., GRAY, J.A.M. et al. Evidence based medicine : what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-72.  
SACKETT, D. L., STRAUSS, S. E., RICHARDSON, W. S., ROSENBEG, W. M. C., HAYNES, R. B. *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. London: Churchill-Livingstone, 2000. ISBN 978-0443062407  
TITLER, M.G., MENTES, J.C., RAKEL, B. A., ABBOTT, L. BAUMLER, S. et al. From book to bedside: putting evidence to use in the care of the elderly. *Joint Commission Journal on Quality Improvement* 1999; 25(10): 545-556.  
Věstník MZČR č. 5/1998  
Věstník MZČR č. 9/2004

doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.  
 Ostravská univerzita  
 Zdravotně sociální fakulta  
 Ústav ošetrovateľství a porodní asistencie  
 Syllabova 19  
 703 00 Ostrava-Zábřeh  
 e-mail: Darja.Jarova@osu.cz

Tabuľka č. 3 Populačné normy pre škály SF-36 – index priemerných hodnôt (a štandardnej odchýlky) na škále 0 – 100.

| Vzor                         | Fyzická funkcia (PF) | Roly - limitácia fyzická (RP) | Telesná bolesť (BP) | Sociálne aktivity (SF) | Duševné zdravie, pohoda (MH) | Roly - limitácia emocionálna (RE) | Vitalita (VT) | Všeobecný pocit zdravia (GH) |
|------------------------------|----------------------|-------------------------------|---------------------|------------------------|------------------------------|-----------------------------------|---------------|------------------------------|
| celková populácia v USA      | 84,2<br>± 23,3       | 81,0<br>±34,0                 | 75,2<br>±23,7       | 83,3<br>±22,7          | 74,7<br>±18,1                | 81,3<br>±33,0                     | 60,9<br>±21,0 | 72,0<br>±20,3                |
| celková populácia v Kanade   | 85,8<br>±20,0        | 82,1<br>±33,2                 | 75,6<br>±23,0       | 86,2<br>±19,8          | 77,5<br>±15,3                | 84,0<br>±31,7                     | 65,8<br>±18,0 | 77,0<br>±17,7                |
| Austrálske ženy, 45-49 ročné | 85,1<br>±18,7        | 79,6<br>±35,2                 | 70,7<br>±23,8       | 81,4<br>±23,7          | 72,1<br>±18,0                | 77,0<br>±36,3                     | 58,1<br>±20,9 | 71,9<br>±20,6                |
| Britskí muži                 | 89,8<br>±18,8        | 89,0<br>±21,1                 | 81,3<br>±22,2       | 84,7<br>±22,6          | 74,3<br>±17,2                | 88,1<br>±19,9                     | 60,8<br>±18,9 | 70,9<br>±20,3                |
| Britské ženy                 | 86,7<br>±20,2        | 85,8<br>±22,5                 | 77,0<br>±23,4       | 81,3<br>±23,6          | 70,1<br>±18,7                | 84,1<br>±21,8                     | 55,9<br>±19,9 | 71,3<br>±20,5                |

(McDowell, 2006, s. 660)

### Záver

Záverom môžeme povedať, že dotazníky HAQ-DI a SF-36 sú spoľahlivými, praktickými a jednoduchými mierkami, výsledné skóre dosiahnuté týmito mierkami nám spoľahlivo odráža zmenenú pohybovú a funkčnú schopnosť, čo nám môže pomôcť pri potvrdzovaní ošetrovateľskej diagnózy Zhoršená pohyblivosť. Mierka SF-36 nám môže slúžiť aj na identifikáciu niektorých súvisiacich stavov a faktorov potrebných pre validizáciu spomínanej ošetrovateľskej diagnózy.

### Bibliografické odkazy

- BRUCE, B., FRIES, J. 2003a. The Stanford health assessment questionnaire (HAQ): a review of its history, issues, progress, and documentation. *Journal of Rheumatology*, Vol. 30, No. 1, pp. 167 – 178
- BRUCE, B., FRIES, J. 2003b. The Stanford health assessment questionnaire: Dimensions and Practical Application. *Health and Quality Life Outcomes*, Vol. 1, No. 1, pp. 1 – 6. Dostupné z: <<http://www.hqlo.com/content/1/1/20>>. [cit. 2007-01-24]
- FRIES, J.F., SPITZ, P.W., YOUNG, D.Y. 1982. The dimensions of health outcomes: the Health Assessment Questionnaire, disability and pain scales. In *J. Rheumatol.*, 1982, roč. 9, č. 7, s. 789-793
- MACEJOVÁ, Ž., NAGYOVÁ, I., SZILASIOVÁ, A. ET AL. 1999. Bolesť a reumatoidná artritída. In *Vnitřní lékařství*, 1999, roč. 45, č. 6, s. 359-363
- MAGNI, G., MARCHETTI, M., MORESCHI, V. ET AL. 1993. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the National Health and Nutrition Examination. I. Epidemiolog follow-up study. In *Pain*, 1993, roč. 53, č. 2, s. 163-168
- MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménach*. Praha : GRADA Publishing, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3
- MCDOWEL, I. 2006. *Measuring health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. 3-th ed. New York : Oxford University Press, 2006. 748 s. ISBN 0-19-516567-5
- ROVENSKÝ, J. ET AL. *Klinická reumatológia*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2000. 1048 s. ISBN 80-8063-022-4
- RUSSAK, S., M., SHERBOURNE, C., D., LUBECK, D., P. ET AL. 2003. Validation of a Rheumatoid Arthritis Health-Related Quality of Life Instrument, the CSHQ-RA. In *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Researches)*, 2003, Vol. 49, No. 6, pp. 798 – 803. ISSN 0893-7524.
- RYBÁR, I., AŠVERUSOVÁ, K., DOBROVODSKÝ, B. ET AL. 2007. Kvalita života pacientov s reumatoidnou artritídou v Slovenskej republike In *Rheumatologia*, 2007, roč. 21, č. 3, s. 159 ISSN 1210-1931
- SIEGERT, C.E.H., VLEMING, L.-J., VAN DEN BROUCKE, J.P. ET AL. Measurement of disability in Dutch rheumatoid arthritis patients. In McDowell. *Measuring health. A Guide to*

č. 2. Najnižšia zaznamenaná hodnota PF bola 0,00 a najvyššia 75,00, RP bolo výrazne pod normu, najnižšia hodnota bola 0,00 (u 85, 4% pacientov) a najvyššia 100 (u 2,4% pacientov). **Rannú stuhnutosť** pociťovalo 38 pacientov (92,7%) a jej priemerná hodnota bola 111, 63 ± 80, 39 minút. Priemerný **počet bolestivých kĺbov** bol 20,83 ± 11,03 a **opuchnutých kĺbov** 11,34 ± 6,28. Priemerná intenzita bolesti hodnotená pacientmi na VAS bola 64,07 ± 15,58, minimálna hodnota pre intenzitu bolesti bola 24 a maximálna 84.

**Tabuľka č. 2 Dôsledky ťažkej RA posudzované dotazníkom SF-36**

| Fyzická funkcia | Roly - limitácia fyzická | Telesná bolesť   | Sociálne aktivity | Duševné zdravie  | Roly - limitácia emocionálna | Vitalita         | Všeobecný pocit zdravia |
|-----------------|--------------------------|------------------|-------------------|------------------|------------------------------|------------------|-------------------------|
| 30,4<br>± 20,62 | 7,32<br>± 21,10          | 22,93<br>± 15,39 | 37,5<br>± 18,33   | 47,61<br>± 18,82 | 22,76<br>± 36,85             | 29,51<br>± 16,80 | 29,90<br>± 12,47        |

## Diskusia

Na základe výsledného skóre v HAQ-DI sme funkčnú dizabilitu zaznamenali u všetkých pacientov, či už na základe interpretácie celkového skóre Bruceom a Friesom (2003b, s. 4 - 5) alebo Siegertom (2006, s. 112) alebo v porovnaní s priemerným skóre HAQ-DI - 0,49 získaným v štúdiu založenej na všeobecnej populácii (Bruce, Fries, 2003b, s.5). Na základe týchto výsledkov funkčnej schopnosti by sme mohli pristúpiť k stanoveniu ošetrovateľskej diagnózy Zhoršená pohyblivosť - 00085 u všetkých pacientov. Tento výsledok bol ovplyvnený hlavne tým, že do štúdie boli zaradení najmä pacienti s aktívnou ťažkou RA. Celkové skóre HAQ-DI štatisticky významne korelovalo s hodnotením bolesti pacientom na VAS ( $p = 0,008$ ), s počtom bolestivých kĺbov ( $p = 0,01$ ) a so škálami SF-36 nasledovne: PF ( $p = 0,000$ ), RP ( $p = 0,002$ ), RE ( $p = 0,005$ ), SF ( $p = 0,009$ ), MH ( $p = 0,000$ ), VT ( $p = 0,000$ ), BP ( $p = 0,000$ ) a GH (0,038). Tento fakt môže prispieť aj k presnejšiemu určeniu súvisiacich stavov a faktorov v ošetrovateľskej diagnóze Zhoršená pohyblivosť. Porovnateľné výsledky s HAQ-DI sme zistili aj dotazníkom SF-36 v škálach PF a RP. Výsledného skóre škál PF a RP a ich štatisticky významný vzťah k skóre HAQ-DI nám tiež môže slúžiť pre potvrdenie ošetrovateľskej diagnózy Zhoršená pohyblivosť. Pre potvrdenie danej ošetrovateľskej diagnózy nám môže slúžiť aj zistenie odchýlky výsledného skóre v daných škálach od výsledného skóre získaného v kontrolnej skupine zdravej resp. celkovej populácie (Tabuľka č.3), najvhodnejšie však s hodnotami zdravej populácie v danej krajine alebo regióne, ktoré sa považujú za normu (McDowel, 2006, s.659). Medzi jednotlivými škálami dotazníka SF-36 bola zistená významná štatistická závislosť ( $p < 0,05$  až  $p \leq 0,001$ ). Naši pacienti mali v porovnaní so zdravou populáciou (Tabuľka č. 3) výraznejšie problémy s vykonávaním ADLs, s chôdzou, s rôzne náročnými fyzickými činnosťami, museli oveľa častejšie zmeniť určitý druh práce, pracovať kratšie, s prestávkami (RP), mali častejšie prejavy bolesti (BP, VAS), únavy a vyčerpanosti (VT). Tieto problémy výrazne ovplyvnili aj ich sociálne fungovanie (SF). Podobne ako iní autori (Russak et al., 1999, s. 800, Macejová et al, 1999, s. 359 - 362, Magni et al., 1993, s. 163 - 168, Rybár et al., 2007, s. 159) aj my sme zistili u pacientov s RA častejšie prejavy psychického distresu, nervozity a sklúčenosti (MH). Z medzirodových rozdielov sme výraznejšie obmedzenie v plnení rolí v dôsledku fyzických i duševných problémov zaznamenali u žien ( $p < 0,05$ ). Horšie fyzické funkcie u žien uvádzajú viacerí autori (Szilasiová, 1998, s. 65 - 69, Fries, 1982, s. 789-793). Nemožno ale vylúčiť fakt, že bežné činnosti v domácnosti častejšie vykonávajú ženy, a tak ich vedú aj presnejšie hodnotiť. Zhoršovanie fyzických funkcií a obmedzovanie v plnení rolí v dôsledku fyzických problémov bolo v našej vzorke okrem artritídy ovplyvňované aj zvyšujúcim sa vekom ( $p < 0,05$ ).

## VYUŽITÍ KLASIFIKACE NIC V PÉČI O PACIENTY S OŠETŘOVATELSKOU DIAGNÓZOU AKUTNÍ BOLEST

\*Jana Marečková, \*\*Lucie Slámová

\* Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

\*\* Nemocnice Milosrdných bratří, Anesteziologicko resuscitační oddělení, Brno

## Souhrn

Příspěvek předkládá výsledky studie zabývající se využitím NIC intervencí v ošetrovateľské péči o pacienty s ošetrovateľskou diagnózou Akutní bolest. Poskytuje informace o frekvenci diagnostických prvků zmíněné ošetrovateľské diagnózy u souboru pacientů Úrazové nemocnice v Brně a následně se věnuje nabídce a volbě NIC ošetrovateľských intervencí u takových pacientů. Pilotně zjišťuje, které z nich je pravděpodobné, že by české sestry ve své praxi a jejím dokumentování užily nejčastěji.

## Klíčová slova

Aliance NNN, NANDA - International, klasifikace ošetrovateľských výstupů, klasifikace ošetrovateľských intervencí

## Summary

The paper submits the results of a study dealing with application of NIC interventions in nursing care of patients with nursing diagnose of acute pain. It provides information about diagnostic elements frequency of the above mentioned diagnosis in a set of patients from the Accident Hospital in Brno and subsequently it presents a selection and option of NIC nursing interventions in such patients. It investigates pilotly which of them are likely to be used most frequently by Czech nurses in their practice and its documentation.

## Key words

Aliance NNN, NANDA - International, Nursing Outcomes Classification, Nursing Intervention Classification

## Úvod

Rozvoj doložitelnosti ošetrovateľské praxe podporuje klasifikačný systém Aliance NNN. Slučuje výstupy tří projektů: 1/ NANDA - International s materiálem pro přesnou ošetrovateľskou diagnostiku, 2/ NIC (Nursing Interventions Classification) s rozsáhlým souborem ošetrovateľských intervencí i činností a NOC (Nursing Outcomes Classification) hodnotících kritérií poskytované ošetrovateľské péče.

Klasifikace ošetrovateľských intervencí NIC patří mezi projekty vedené Centrem pro ošetrovateľskou klasifikaci a klinickou efektivnost (Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness) Univerzity Iowa ve Spojených státech Amerických. Bylo založeno v roce 1995 v návaznosti na předchozí výzkumné aktivity. Jednotlivé ošetrovateľské intervence navazují na diagnostický závěr vedený metodikou NANDA - International. Intervence jsou v klasifikaci řazeny z pohledu abstrakce ve tří úrovně taxonomické strukturu (http://www.nursing.uiowa.edu, 2008-02-28). Nejvyšší úroveň systému představují domény a úroveň nejnižší patří konkrétním ošetrovateľským intervencím se sumou aktivit. K sedmi doménám patří: 1/ doména fyziologická základní, 2/ fyziologická komplexní, 3/ behaviorální, 4/ bezpečí, 5/ rodiny, 6/ zdravotního systému a 7/ doména komunity. Uvnitř domén je strukturováno 30 tříd a v nich pak jednotlivé ošetrovateľské intervence. Domény, třídy i intervence jsou opatřeny definicemi a každá intervence má specifický čtyř číselný kód. Je třeba zmínit, že pojem ošetrovateľská intervence má podle autorů klasifikace širší význam. Jedná se o název okruhu péče, pod který spadá soubor ošetrovateľských činností, potřebných k

řešení dysfunkční lidské potřeby (nebo-li ošetřovatelského problému pojmenovaného názvoslovím NANDA – International).

## Metodika

Záměrem studie bylo splnit tyto cíle:

1. Ověřit, zda je u skupiny sledovaných pacientů přítomna diagnóza Akutní bolest a zjistit frekvenci nalezených diagnostických prvků
2. Vytvořit návrh české verze NIC intervencí v ošetřovatelské péči o takové pacienty a zjistit názory souboru sester o nabídnutých NIC intervencích a činnostech

## Soubor

Za účelem zjištění frekvence diagnostických prvků bylo do studie zařazeno 100 pacientů - žen a mužů ve věku nad 18 let, hospitalizovaných na chirurgických odděleních Úrazové nemocnice v Brně s doloženou přítomností ošetřovatelské diagnózy Akutní bolest (00132), kteří souhlasili s anonymním zařazením do šetření.

Na tvorbě dat se podílelo deset sester, tři z jednotek intenzivní péče a sedm ze standardních oddělení a bylo zjištěno jejich vzdělání a délka praxe. Osm sester absolvovalo střední zdravotnickou školu, dvě VZŠ, nejdéle pracovala ve zdravotnictví jedna z nich - více než 16 let, dvě pak do pěti let, čtyři do deseti a tři do 15 roků.

## Použité metody

Ke tvorbě dat byla využita metoda diagnostického algoritmu s diagnostickými prvky NANDA – International (Marečková, 2006, s. 247 -248) a formulář zjišťující preference ve volbě sester v oblasti NIC intervencí a činností u pacienta s akutní bolestí (Dochterman, Bulechek, 2004 s. 849, 151, 161, 162, 164, 169, 272, 345, 387, 411, 477, 484, 487, 489, 495, 529, 540, 597, 624, 740).

## Popis metod

Potvrzení přítomnosti ošetřovatelské diagnózy Akutní bolest (00132) proběhlo využitím diagnostického algoritmu (Marečková, 2006, s. 36-39), který zohledňuje principy diagnostiky NANDA – International (Ralph, 2006). Formulář pro sběr dat respektoval všechny diagnostické prvky sledované ošetřovatelské diagnózy za účelem zmapování jejich frekvence u sledovaného souboru.

Po vytvoření návrhu českého znění NIC ošetřovatelských intervencí a pod ně spadajících aktivit byla vyřazena kompetence neodpovídající české legislativě - předepisování léků. Mezi ošetřovatelské intervence zařazené do nabídky patřily tyto: akupresura (kód 1320), podávání analgetik (kód 2210), podávání analgetik: intraspinálně (kód 2214), podávání anestézie (kód 2840), mírnění úzkosti (kód 5820), kožní stimulace (kód 1340), management vnějšího prostředí: pohodlí (kód 6482), mírnění nadýmání (kód 0470) aplikace tepla/chladu (kód1380), podávání léků (kód 2300), podávání léků: intramuskulárně (kód 2313), podávání léků: intravenózně (kód 2314), podávání léků: orálně (kód 2304), management podávání léků (kód 2380), management bolesti (kód1400), asistence pacientem kontrolované analgezie (PCA) (kód 2400), management rektálního prolapsu (kód 0490), management sedace (kód 2260), transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS) (kód 1540). Skupinám sester Úrazové nemocnice v Brně byly tyto formuláře předloženy s podnětem vymezit, které intervence a následně které nabízené činnosti by u pacientů s akutní bolestí volily.

stav v současnosti a před rokem. Pacient hodnotí dotazník sám. Doba vyhodnocení dotazníka trvá pacientovi přibližně 5 – 10 minut. Vlastné vyhodnocení dotazníka sa uskutočňuje pomocou tzv. TS skóre (Transformed Scales Score) hodnotené v intervale 0 – 100, pričom vyššie skóre indikuje lepšie zdravie a pohodu (well-being) (Ware, 2000, s. 3130 - 3139). Cronbachova alfa použitej slovenskej verzie SF-36 sa pre jednotlivé škály pohybovala v rozmedzí 0,69 – 0,92.

Pri stanovovaní ošetrovateľskej diagnózy Zhoršená pohyblivosť - 00085 (Tabuľka č. 1) sme vychádzali z diagnostickej klasifikácie NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), taxonómia II.

Tabuľka č. 1 Zhoršená pohyblivosť, HAQ – DI, SF-36 a hodnotenie funkčnej úrovne

| Zhoršená pohyblivosť (00085)  | HAQ-DI  | SF-36  |
|---|---|--|
| <p><b>Určujúce znaky:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- posturálna instabilita pri každodenných činnostiach,</li> <li>- obmedzená schopnosť vykonávať činnosti, ktoré sú ovplyvňované hrubou motorikou,</li> <li>- obmedzená schopnosť vykonávať činnosti, ktoré sú ovplyvňované jemnou motorikou,</li> <li>- nekoordinované alebo trhavé pohyby,</li> <li>- obmedzený rozsah pohybu,</li> <li>- ťažkosť pri otáčaní,</li> <li>- zmeny chôdze,</li> <li>- predĺžený reakčný čas,</li> <li>- dýchavica vyvolaná pohybom,</li> <li>- pomalý pohyb,</li> <li>- pohybom vyvolaný tras,</li> <li>- zaoberanie sa náhradnými činnosťami namiesto vlastného pohybu.</li> </ul> <p><b>Vybrané súvisiace stavy a faktory:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- predpísané obmedzenie pohybu,</li> <li>- dyskomfort, bolesť,</li> <li>- kostrovo-svalové, nervovo-svalové poškodenie,</li> <li>- intolerancia aktivity,</li> <li>- depresívna nálada alebo úzkosť,</li> <li>- svalové alebo kĺbové kontraktúry,</li> <li>- a i. (Marečková, 2006, s. 98).</li> </ul> | <p><b>Položky:</b></p> <p><b>1. Obliekanie a upravovanie</b><br/>Ste schopný obliecť sa sám vrátane šnúrovania a zapnutia šatstva a obuvi?<br/>Ste schopný sám si umyť vlasy?</p> <p><b>2. Vstávanie</b><br/>Ste schopný postaviť sa zo stoličky, ktorá je bez operadla?<br/>Ste schopný sám si ľahnúť do postele a vstať z nej?</p> <p><b>3. Stravovanie</b><br/>Ste schopný pokrájať si mäso?<br/>Ste schopný preniesť plný pohár alebo šálku zo stola k dŕstam?<br/>Ste schopný otvoriť si novú krabicu s mliekom?</p> <p><b>4. Chôdza</b><br/>Ste schopný chodiť po rovnom teréne?<br/>Ste schopný vystúpiť po piatich schodoch?</p> <p><b>5. Hygiena</b><br/>Ste schopný umyť sa a poutierať si celé telo?<br/>Ste schopný vykúpať sa?<br/>Ste schopný sadnúť si a vstať z WC?</p> <p><b>6. Udržanie predmetov</b><br/>Ste schopný udržať a dať dole 2,5 kg predmet z výšky vašej hlavy?<br/>Ste schopný predkloniť sa a zdvihnúť šaty zo zeme?</p> <p><b>7. Úchop</b><br/>Ste schopný otvoriť dvere auta alebo otvoriť vchodové dvere do bytu?<br/>Ste schopný otvoriť fľašu, ktorá už bola predtým otvorená?<br/>Ste schopný otvoriť a zatvoriť vodovodný kohútik?</p> <p><b>8. Iná činnosť</b><br/>Ste schopný ísť do obchodu nakúpiť?<br/>Ste schopný nastúpiť a vystúpiť z auta alebo nastúpiť a vystúpiť z dopravného prostriedku?<br/>Ste schopný urobiť jednoduché práce, ako je vysávanie, upratovanie alebo práca v záhrade?<br/>Spracované podľa J. F. Friesa (1982, s. 789-793), Szilasiovej (2002, s. 23)</p> | <p><b>Položky škály PF:</b></p> <p>3a. náročné činnosti<br/>3b. mierne činnosti<br/>3c. nosenie, dvíhanie nákupov<br/>3d. vystúpiť niekoľko poschodie<br/>3e. vystúpiť jedno poschodie<br/>3f. predkloniť sa, kľaknúť si<br/>3g. prejsť jeden kilometer<br/>3h. prejsť niekoľko sto metrov<br/>3i. prejsť sto metrov<br/>3j. kúpanie, obliekanie<br/>(Ware, 2000, s. 3132, Ware, 2006, s. 651)</p> |
| <p><b>Klasifikácia funkčnej úrovne:</b></p> <p>0 – úplne sebestačný,</p> <p>1 – potrebuje kompenzačné pomôcky,</p> <p>2 – potrebuje pomoc inej osoby, asistenciu, dohľad alebo edukáciu,</p> <p>3 – potrebuje pomoc inej osoby alebo kompenzačné pomôcky,</p> <p>4 – neschopný pohybovej aktivity, závislý (Marečková, 2006, s. 99).</p>  | <p><b>Otázka:</b> Ste schopný vykonávať nasledujúce činnosti?</p> <p><b>Odpoveď – skóre:</b></p> <p>0 – áno, bez ťažkostí,</p> <p>1 – s malými ťažkosťami,</p> <p>2 – s väčšími ťažkosťami (s použitím pomôcky, zariadenia alebo s pomocou inej osoby),</p> <p>3 – nie, nie som schopný/á (Bruce, Friece, 2003b, s. 4 – 5, Szilasiová, 2002, s. 23).</p>  | <p><b>Otázka:</b> Obmedzuje Vás teraz Váš zdravotný stav v týchto činnostiach? Ak áno, do akej miery?</p> <p><b>Činnosť:</b> 3a. až 3j.</p> <p><b>Odpoveď – skóre:</b></p> <p>1 – áno, veľmi obmedzená,</p> <p>2 – áno, trochu obmedzená,</p> <p>3 – nie, úplne neobmedzená<br/>(Ware, 2006, s. 651).</p>  |

Výsledky boli štatisticky spracované v štatistickom programe SPSS verzii 14. Zo štatistických metód sme použili priemer, štandardnú odchýlku, Spearmanovu koreláciu a t-test.

## Výsledky

Do štúdie bolo zaradených 41 pacientov (väčšinou ženy – 37) s aktívnou ťažkou RA nereagujúcou na liečbu modifikujúcu chorobu. Dotazníkom HAQ-DI (u 40 pacientov, 1 bol z hodnotenia HAQ-DI vylúčený) sme zistili celkové priemerné skóre 1,72 ±0,57, minimálna hodnota bola 0,63 a maximálna 2,75. Hodnoty jednotlivých škál SF-36 sú uvedené v tabuľke



## Metodika

Cieľom práce bolo posúdenie funkčnej dizability u pacientov s aktívnou ťažkou formou reumatoidnej artritídy pomocou štandardizovaných dotazníkov HAQ-DI a SF-36 a analyzovať ich použitie vo vzťahu k ošetrovateľskej diagnóze Zhoršená pohyblivosť - 00085.

Výskumný súbtor tvorilo 41 pacientov (väčšinu tvorili ženy (37)) s priemerným vekom 50,88 ±13,32 rokov, s aktívnou ťažkou formou RA. Priemerná dĺžka ochorenia bola 11,83 ± 7,98 rokov (u 24 pacientov). Pacienti pochádzali z Prešovského a Košického regiónu. Štúdia prebiehala od decembra 2005 do septembra 2007. Funkčnú schopnosť pacientov pri vykonávaní aktivít denného života (ADLs) sme posudzovali Stanfordským dotazníkom hodnotiacim zdravie indexom disability (HAQ-DI) a celkové dôsledky RA štandardizovaným generickým dotazníkom štúdie zdravotného stavu SF-36 v slovenskom jazyku. Aktivitu ochorenia sme hodnotili na základe počtu bolestivých a opuchnutých kĺbov (podľa ACR), výskytu rannej stuhnutosti a jej dĺžky v minútach a hodnotenia bolesti pacientom na vizuálnej analógovej škále (VAS, horizontálna 10 cm úsečka s hodnotami 0 – žiadna bolesť a 100 – neznesiteľná bolesť).

HAQ bol originálne zhotovený J. Friesom v roku 1978 pre meranie následkov rôznych reumatických ochorení, no bol použitý aj pri iných ochoreniach a v iných štúdiách. Naposledy bol revidovaný v roku 2003 (Bruce, Fries, 2003a, s. 169). V našej štúdii sme použili HAQ Disability index (HAQ-DI, tzv. skrátený alebo 2-stranový HAQ) v slovenskom jazyku, ktorý má vynikajúcu validitu a reliabilitu - Cronbachova alfa pre slovenskú verziu HAQ-DI bola 0,94 (Szilasiová, 2002, s. 21). HAQ-DI pozostáva z 20 položiek, ktoré odrážajú bežné činnosti denného života počas posledného týždňa vo 8 kategóriách so skóre od 0 do 3 (Tabuľka č. 1). Dotazník umožňuje pacientovi zaznamenať aj pomôcky alebo nástroje alebo pomoc inej osoby, ak ich využíva pri niektorej z uvedených kategórií. Vyhodnotenie dotazníka trvá pacientom priemerne 5 minút. Dotazník sa môže vyhodnotiť dvojakým spôsobom. *Štandardný index dizability* vypočítava celkové skóre z priemeru najvyšších hodnôt položiek z 8 kategórií (pohybuje sa od 0 do 3), no pri skórovaní berie do úvahy aj používanie pomôcok alebo nástrojov alebo pomoc inej osoby podľa algoritmu pre položku v danej kategórii, t.j. ak pacient označí pomôcku alebo nástroj alebo pomoc inej osoby, tak v príslušnej kategórii v danej položke sa skóre zvýši z najnižších hodnôt (0 alebo 1) na 2. Pokiaľ bolo vyznačené najvyššie skóre – 3, to sa nemení, ostáva 3. *Alternatívny index dizability* vypočítava celkové skóre z priemeru najvyšších hodnôt položiek z 8 kategórií (pohybuje sa od 0 do 3), no pri skórovaní neberie do úvahy používanie pomôcok alebo nástrojov alebo pomoc inej osoby. Výsledné skóre má 25 možných variant (napr. 0, 0,125, 0,250, ... 3). Výsledné skóre je však možné zaradiť do troch oblastí a *interpretovať* nasledovne: skóre od 0 do 1 predstavuje mierne až stredné ťažkosti, skóre medzi 1 až 2 predstavuje strednú až ťažkú dizabilitu a skóre medzi 2 až 3 ťažkú až veľmi ťažkú dizabilitu (Bruce, Fries, 2003a, s. 170, Bruce, Friece, 2003b, s. 4 - 5). Siegert et al. (2006, s. 112) navrhol nasledujúcu *interpretáciu celkového skóre*: 0,0 – 0,5: pacient je úplne sebestačný, 0,5 – 1,25: pacient je ešte sebestačný, ale už mal menšie alebo väčšie ťažkosti pri ADLs, 1,25 – 2,0: pacient je stále sebestačný, no má veľké problémy pri ADLs, 2,0 – 3,0: ťažko handičepovaný pacient.

**SF-36** je generická mierka umožňujúca hodnotiť celkové, tak fyzické ako aj duševné zdravie, a to prostredníctvom 8 škál, ktoré hodnotia základné dimenzie kvality života: obmedzenia vo fyzických aktivitách v dôsledku zdravotných problémov - PF (Physical Functioning) (Tabuľka č. 1), obmedzenia v sociálnych aktivitách v dôsledku fyzických a emocionálnych problémov – SF (Social Functioning), obmedzenia v zvyčajných rolových aktivitách v dôsledku fyzických zdravotných problémov – RP (Role limitations-Physical), fyzická bolesť – BP (Bodily Pain), duševné zdravie (psychický distress a pohoda) – MH (Mental Health), obmedzenia v zvyčajných rolových aktivitách v dôsledku emocionálnych problémov – RE (Role limitations-Emotional), vitalita (energia a únava) – VT (Vitality), všeobecný pocit zdravia – GH (General Health). Tieto škály sú výsledkom súčtu vybraných položiek v dotazníku. Dotazník tiež umožňuje pacientovi hodnotiť svoj celkový zdravotný

Tabuľka 1- prehľad definíc a názvů NIC intervencí pro ošetření pacienta s ošetrovateľskou diagnózou akutní bolest-00132 (Dochterman, Bulechek, 2004 s. 849)

|   |
|---|
| <b>Akupresura</b><br>Definice: Použití pevného, trvalého tlaku na speciální místa na těle ke snížení bolesti, vyvolání úlevy a prevenci nebo omezení nauzey                   |
| <b>Podávání analgetik</b><br>Definice: Použití farmakologických prostředků ke zmírnění nebo odstranění bolesti.   |
| <b>Podávání analgetik: intraspinálně</b><br>Definice: Podávání farmakologických agens do epidurálního nebo intratekálního prostoru, ke zmírnění nebo odstranění bolesti       |
| <b>Podávání anestézie</b><br>Definice: Příprava na a podávání anestetických agens a sledování pacientovi citlivosti během podávání  |
| <b>Zmírnění úzkosti</b><br>Definice: Minimalizovat obavu, hrůzu, předtuchu nebo související znepokojení, k neidentifikovatelnému zdroji předvídaného nebezpečí                |
| <b>Kožní stimulace</b><br>Definice: Stimulace kůže a podkožních tkání za účelem snížení nežádoucích známek a příznaků, jako je bolest, svalové spazmy nebo zanícení           |
| <b>Management vnějšího prostředí: komfort</b><br>Definice: Manipulace s pacientovým okolím pro podporu optimálního komfortu   |
| <b>Zmírnění nadýmání</b><br>Definice: Prevence tvorby střevních plynů a usnadnění pasáže nadměrného plynu   |
| <b>Aplikace tepla – chladu</b><br>Definice: Stimulace kůže a podkožních tkání teplem nebo chladem za účelem zmírnění bolesti, svalového spazmu nebo zánětu                    |
| <b>Podávání léků</b><br>Definice: Příprava, podávání a hodnocení účinnosti předepisovaných a nepředepisovaných léků   |
| <b>Podávání léků: intramuskulárně</b><br>Definice: Příprava a podávání léků intramuskulární cestou  |
| <b>Podávání léků: intravenózně</b><br>Definice: Příprava a podávání léků nitrožilní cestou  |
| <b>Podávání léků: ústy</b><br>Definice: Příprava a podání léků ústy   |
| <b>Management podávání léků</b><br>Definice: Podpora bezpečného a účinného použití předepsaných a volně prodejných léků   |
| <b>Management bolesti</b><br>Definice: Zmírnění bolesti nebo snížení k úrovni, která je pro pacienta přijatelná   |
| <b>PCA - asistence</b><br>Definice: Usnadnit pacientovi kontrolovat podávání a regulaci analgetik   |
| <b>Management rektálního prolapsu</b><br>Definice: Prevence a/nebo manuální repozice výhřezu konečníku  |
| <b>Management sedace</b><br>Definice: Podávání sedativ, sledování pacientovy reakce a zajištění nezbytné fyziologické podpory během diagnostických a terapeutických postupů.  |
| <b>TENS: Transkutánní elektrická nervová stimulace</b><br>Definice: Stimulace kůže a podkožních tkání kontrolovanými, elektrickými vibracemi o nízkém napětí pomocí elektrod. |

## Výsledky

### Pro cíl 1

Data níže prezentují frekvenci nálezů diagnostických prvků a dokládají, že pouze jediný z nich – psychologické agens - nebyl sestrami u pacientů pozorován. Nejčteněji byly rozpoznány markantní projevy jako verbální sdělení bolesti a její objektivně pozorovatelné známky, vyhledávání úlevové polohy, bolestivý výraz v obličejí a porucha spánku. Z kategorie specifických faktorů se nejčteněji u pacientů vyskytovalo tělesné agens.

Tabulka 2 – Frekvence výskytu diagnostických prvků ošetřovatelské diagnózy akutní bolesti 00132

| Určující znaky Akutní bolesti (00132)      |           |                     |
|--|-----------|---------------------|
|  | N četnost | relativní četnost % |
| Sdělení nebo označení bolesti              | 99        | 99                  |
| Očividné důkazy bolesti                    | 60        | 60                  |
| Vyhledávání polohy snižující bolest        | 63        | 63                  |
| Ochranná gesta                             | 30        | 30                  |
| Ochranné chování                           | 28        | 28                  |
| Bolestivý výraz v obličeji                 | 89        | 89                  |
| Porucha spánku                             | 52        | 52                  |
| Klient je soustředěný na sebe sama         | 45        | 45                  |
| Zúžená pozornost                           | 29        | 29                  |
| Silně rozrušené chování                    | 43        | 43                  |
| Autonomní reakce                           | 21        | 21                  |
| Autonomní změny svalového napětí           | 29        | 29                  |
| Expresivní chování                         | 5         | 5                   |
| Změny chuti k jídlu a v jídlu              | 35        | 35                  |
| Související faktory Akutní bolesti (00132) |           |                     |
|  | N         | relativní četnost % |
| Poškozující agens biologické               | 10        | 10                  |
| Poškozující agens chemické                 | 0         | 0                   |
| Poškozující agens tělesné                  | 90        | 90                  |
| Poškozující agens psychologické            | 0         | 0                   |

### Pro cíl 2

Zapojený soubor sester nejčteněji volil intervenci podávání analgetik, dále podávání léků, mírnění úzkosti, aplikaci tepla nebo chladu a management bolesti. Podrobnější údaje uvádí tabulka 2.

Tabulka 2 – NIC intervence volené sestrami

| Přehled četností výběru jednotlivých NIC intervencí |     |                     |
|---|-----|---------------------|
|   | N   | relativní četnost % |
| Akupresura  | 0   | 0                   |
| Podávání analgetik                                  | 100 | 100                 |
| Podávání analgetik: intraspinálně                   | 0   | 0                   |
| Podávání anestézie                                  | 0   | 0                   |
| Zmírnění úzkosti                                    | 61  | 61                  |
| Kožní stimulace                                     | 6   | 6                   |
| Management vnějšího prostředí: komfort              | 57  | 57                  |
| Zmírnění nadýmání                                   | 0   | 0                   |
| Aplikace tepla – chladu                             | 64  | 64                  |
| Podávání léků                                       | 71  | 71                  |
| Podávání léků: intramuskulárně                      | 73  | 73                  |
| Podávání léků: intravenózně                         | 44  | 44                  |
| Podávání léků: ústy                                 | 58  | 58                  |
| Management podávání léků                            | 30  | 30                  |
| Management bolesti                                  | 60  | 60                  |
| PCA - asistence                                     | 0   | 0                   |
| Management rektálního prolapsu                      | 0   | 0                   |
| Management sedace                                   | 0   | 0                   |
| TENS: Transkutánní elektrická nervová stimulace     | 0   | 0                   |

Jelikož nabídka NIC obsahuje devatenáct intervencí a každá z nich je klasifikací NIC popsána řadou činností, je dále pro účely článku vybrán přehled činností spadajících pod intervenci podávání analgetik s kódem 2210. To také proto, že ji sestry zvolily ve 100% případech.

## MOŽNOSTI VYUŽITIA VYBRANÝCH MERACÍCH NÁSTROJOV PRI POSUDZOVANÍ A DIAGNOSTIKE U PACIENTOV S REUMATOIDNOU ARTRITÍDOU

\*Mária Sováriová-Soošová, \*\*Želmíra Macejová, \*Renáta Suchanová,  
\*Libuša Tirpáková

\* Univerzita P. J. Šafárika Košice, Lekárska fakulta, Ústav pre bakalárske a magisterské štúdiá

\*\* Univerzita P. J. Šafárika Košice, Lekárska fakulta, I. interná klinika

### Súhrn

Pri komplexnom hodnotení a diagnostike v ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s reumatoidnou artritídou (RA) môžeme použiť štandardizované, medzinárodné validné nástroje, ktoré kvantifikujú a objektivizujú jej následky. Cieľom práce bolo posúdiť funkčný stav a následky ťažkej aktívnej RA, a to použitím vizuálnej analógovej škály (VAS), Stanfordského dotazníka hodnotiaceho zdravie indexom neschopnosti (HAQ-DI) a dotazníkom štúdie zdravotného stavu SF-36 a analyzovať ich využitie vo vzťahu k ošetrovateľskej diagnóze Zhoršená pohyblivosť (kód – 00085, podľa klasifikácie NANDA, taxonómia II).

**Kľúčové slová:** reumatoidná artritída, kvalita života, HAQ, SF-36, zhoršená pohyblivosť

### Summary

Standardised, internationally valid instruments can be used by nursing care of clients with rheumatoid arthritis (RA), which quantify and make objective its effects. The main objective of this thesis was to score function ability and the effects of severe RA. Visual analogue scale (VAS), Health Assessment Questionnaire (HAQ) and standardised generic questionnaire Health Survey Short Form 36 (SF-36) were used. These instruments were analysed also regarding to nursing diagnosis: Impaired mobility (code - 00085, according to NANDA, Taxonomy II).

**Key words:** rheumatoid arthritis, quality of life, HAQ, SF-36, impaired mobility

### Úvod

S rastúcou autonómiou ošetrovateľstva sa zvyšuje samostatnosť a zodpovednosť sestry za poskytovanú ošetrovateľskú starostlivosť. Zber dát a validizáciu klinických úsudkov preto môžeme podporiť, okrem klinických a paraklinických vyšetrovacích metód, použitím štandardizovaných meracích nástrojov. U pacientov s RA sú to predovšetkým nástroje monitorujúce bolesť a funkčnú dizabilitu, no aj nástroje posudzujúce jej celkové fyzické, psychické a sociálne dôsledky.

Podľa viacerých autorov (Szilasiová, 2002, s. 22, Rovenský, 2000, s. 238, Szilasiová, 1998, s. 198 - 200) fyzickú funkciu možno hodnotiť buď jej priamym meraním (napr. goniometrickým meraním alebo meraním času potrebného na určitú činnosť a i.) alebo pomocou dotazníkov, ktoré vyhodnocujú funkciu systémom otázok pre pacienta. Položky v dotazníku HAQ-DI a SF-36 odrážajú schopnosti klienta vykonávať činnosti ovplyvňované hrubou i jemnou motorikou, svalovú silu, rôzne ťažkosti pri pohybe, obmedzenie rozsahu pohybu a i. Zvlášť mierka HAQ-DI štatisticky významne odráža parametre laboratórnej (FW, CRP) a klinickej aktivity RA (úchopový test, trvanie ranej stuhnutosť, bolesť, počet bolestivých kĺbov a i.). Keďže medzi priamym meraním a použitím špecifických alebo vybraných generickejch mierok sa zistila vysoká zhoda, pre menšiu časovú náročnosť sa v súčasnosti používajú takmer výhradne len dotazníky. Vo svete sa najviac používa dotazník HAQ.

ŠTIKOVÁ, O. *Spotřeba potravin, spotřeba hlavních živin a některých akcesorních živin a srovnání s některými evropskými státy: aktuální spotřeba potravin v ČR a trendy v posledních 10 letech* [online]. 2004 [cit. 2007-03-05]. Dostupné na WWW: <[http://www.spolvyziva.cz/zprava\\_o\\_vyzive/zprava\\_4.php](http://www.spolvyziva.cz/zprava_o_vyzive/zprava_4.php)>.

UZEL, R. . *Sexuálně přenosné choroby* [online]. 11.5.2007 [cit. 2007-06-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.planovanirodiny.cz/clanky/sexuálně-prenosne-choroby>>.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-214-9.

ZÁŠKODNÁ, H. *Děti, drogy a mládež na území města Ostravy*. Ostrava: Ostravská univerzita, 1997. 158 s. ISBN 80-7042-468-0.

ZÁŠKODNÁ, H. *Závislost na drogách*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2004. 64 s. ISBN 80-7042-689-6.

*PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.*  
*Ústav ošetrovatelství a porodní asistence*  
*Zdravotně sociální fakulta*  
*Ostravská univerzita*  
*Syllabova 19*  
*700 30 Ostrava-Zábřeh*  
*e-mail: lucie.sikorova@osu.cz*

Tabulka 3 – NIC činnosti z kategorie podávání analgetik volené sestrami

| Podávání analgetik - kód 2210  | N   | relativní četnost |
|--|-----|-------------------|
| Určit místo, charakter, kvalitu a intenzitu bolesti před podáním léků pacientovi.  | 100 | 100               |
| Zkontrolovat ordinaci léku, dávku a frekvenci předepsané analgezie.  | 100 | 100               |
| Ověřit anamnézu alergií na léky.   | 86  | 86                |
| Zhodnotit schopnost pacienta podílet se na volbě analgezie, způsobu podávání a dávce a zapoj pacienta, pokud je to vhodné.   | 30  | 30                |
| Najít vhodné analgetikum nebo kombinaci analgetik, pokud je předepsáno víc než jedno.  | 70  | 70                |
| Provést výběr analgetik (opiáty, neopiátová analgetika, nesteroidní antirevmatika), založený na typu a intenzitě bolesti.  | 70  | 70                |
| Určit upřednostňovaná analgetika, způsob podání a dávkování k dosažení optimální analgezie.  | 50  | 50                |
| Vybrat i.v. způsob raději než i.m. pro rychlou léčbu bolesti, pokud je to možné.   | 69  | 69                |
| Odepsat opiátová a ostatní registrovaná analgetika podle standardu pracoviště.   | 100 | 100               |
| Sledovat životní funkce před a po podání první dávky opiátových analgetik nebo pokud jsou zaznamenány neobvyklé příznaky.  | 70  | 70                |
| Pečovat o komfort potřeb a další aktivity, které přispívají k relaxaci a usnadňují odpověď na analgezi. (snižují vnímání bolesti)  | 65  | 65                |
| Podávat analgetika pravidelně, jako prevenci špiček, zvláště při kruté bolesti   | 100 | 100               |
| Nastavit pozitivní očekávání týkající se účinnosti analgetik, aby byla odezva pacienta optimistická.   | 85  | 85                |
| Podávat adjuvantní analgetika a/nebo léky, které jsou potřebné k umocnění analgezie.   | 20  | 20                |
| Uvažovat o použití kontinuální infuze, buď samotné nebo společně s bolusem opiátů, k udržení hladiny v séru.   | 10  | 10                |
| Zařídít bezpečnostní opatření pro tato přijímaná omamná analgetika, pokud je to vhodné.  | 10  | 10                |
| Poučit pacienta, aby požadoval PRN léky proti bolesti, před tím než je bolest krutá.   | 50  | 50                |
| Oznámit individuálně, že při podávání opiátů se během prvních 2 až 3 dnů někdy objeví ospalost a pak pomine.   | 40  | 40                |
| Opravit špatný názor/mýty pacienta a členů rodiny, které mohou mít s ohledem na analgetika, zvláště na opiáty (např. závislost a rizika předávkování)  | 40  | 40                |
| Zhodnotit účinnost analgetik v pravidelných intervalech po každém podání, ale zvláště po úvodní dávce, také pozorovat jakékoliv známky a příznaky nežádoucích účinků (dechová nedostatečnost, nauzea a zvracení, sucho v ústech, zácpa). | 80  | 80                |
| Dokumentovat reakci na analgetika a jakékoliv nežádoucí účinky.  | 89  | 89                |
| Zhodnotit a zaznamenat do dokumentace úroveň sedace u pacientů přijímajících opiáty.   | 80  | 80                |
| Uskutečnit činnosti ke snížení nežádoucích účinků analgetik (např. zácpa a podráždění žaludku).  | 40  | 40                |
| Spolupracovat s lékařem pokud je indikovaná změna léku, dávkování, způsobu podávání nebo interval, sestavit specifické doporučení, založené na equianalgetických principech.   | 59  | 59                |
| Poučit pacienta o používání analgetik, strategiích snížení vedlejších účinků a předpokladech pro účast v rozhodnutích kolem ulehčení bolesti.  | 49  | 49                |

#### Diskuse a závěr

S ohledem na situaci, že problematikou NIC klasifikace se podobným způsobem v českém kontextu publikované práce nezabývaly, volí autorky modifikovanou formu této části příspěvku. Práce by měla přispět šíření informací o existenci Aliance NNN. Klade si za cíl české ošetrovatelské komunitě předložit vstupní informace o klasifikaci ošetrovatelských intervencí - Nursing Interventions Classification v českém jazyce. Cílem je motivovat českou odbornou veřejnost k pokračování takové činnosti směrem ke tvorbě národní verze, využitelné pro software opory ošetrovatelské dokumentace a formuláře sběru dat ošetrovatelské praxe. Data získaná užitím standardizovaného jazyka byt tak byla statisticky zpracovatelná a tvořila by důležitou komponentu argumentování k posílení ošetrovatelství.

### Bibliografické odkazy

CENTER FOR NURSING CLASSIFICATION AND CLINICAL EFFECTIVENESS UNIVERSITY IOWA [online]. [cit. 2008-02-28]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.nursing.uiowa.edu>>  
CLOSKEY DOCHTERMAN, J., BULECHEK, G. at al. 2004. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Fourth edition. Iowa: Mosby, 2004. ISBN 0-323-02392-4.  
CLOSKEY DOCHTERMAN, J., JONES, D. 2003. *Unifying Nursing Language*. The Harmonization of NANDA, NIC and NOC. Washington, D.C.: NursesBooks.org., 2003. 132 s. ISBN 1-55810-208-6.  
MAREČKOVÁ, J. *NANDA – International diagnostika v ošetrovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 80 s. ISBN 80-7368-109-9

doc. PhDr. Jana Marečková, Ph.D.  
Ústav ošetrovatelství a porodní asistence  
LF UP v Olomouci  
Hněvotínská 3  
779 00 Olomouc  
e-mail: mareckov@tunw.upol.cz

Lucie Slámová  
Nemocnice Milosrdných bratří  
Anesteziologicko resuscitační oddělení  
Polní, 369 00 Brno  
e-mail: slamova.l@seznam.cz

European Agency for Safety and Health at Work. Stres související s prací. *FACTS* [online]. 2007, č. 22 [cit. 2007-05-01]. 3 s. Dostupné na WWW: <[http://osha.mpsv.cz/publications/files/FACT22\\_CS.pdf](http://osha.mpsv.cz/publications/files/FACT22_CS.pdf)>. ISSN 1725-7018.  
HRABA, J., LORENZ, F. O., PECHAČOVÁ, Z. Transformační proces v České republice a manželské vztahy. *Československá psychologie*, 2001, roč. 45, č. 1, s. 55-68. ISSN 0009-062X.  
HRKAL, J. Světové šetření o zdraví (6. díl): kouření tabáku a spotřeba alkoholu. *Aktuální informace ÚZIS ČR* [online]. 2005, č. 4 [cit. 2007-08-03 ], s. 1-3 Dostupné na WWW: <[http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search\\_name=alkohol&region=100&kind=21&mnu\\_id=6200](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=alkohol&region=100&kind=21&mnu_id=6200)>.  
IVANOVÁ, K. Životní styl jako klíčová determinanta zdraví. In MÁŠOVÁ, H., KRÍŽOVÁ, E., SVOBODNÝ, P. *České zdravotnictví vize a skutečnost*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. s. 229-242. ISBN 80-246-0944-4.  
JANSA, P., KOCOUREK, J. Názory a postoje české dospělé populace na obezitu a pohybové aktivity. In MARTIN, K. et al. *Optimální působení tělesné zátěže a výživy: sborník příspěvků přednesených na interdisciplinární konferenci s mezinárodní účastí* [CD-ROM]. 1. vyd. Hradec Králové: [s. n.], 2002. ISBN 80-85109-09-3.  
KAPLAN, R.M., SALLIS, J.F., PATTERSON, T.L. *Zdravie a správanie človeka*. 1. vyd. Bratislava: SPN, 1996. 450 s. ISBN 80-08-00332-4.  
KOZÁK, J., PFEIFER, I., RICHTER, J. MZ ČR. *Rizikový faktor kouření*. 1. vyd. Praha: KPK, 1993. 242 s. ISBN 80-85267-42-X.  
KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo* 1. slov. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.  
MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ, J. *Reprodukční zdraví v dospívání*. 1. vyd. Jinočany: H & H, 2002. 197 s. ISBN 80-86022-94-3.  
MAREČKOVÁ, J. Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.  
MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Děti, rodina a stres: vybrané kapitoly z prevence psychické zátěže u dětí*. 1. vyd. Praha: Galén, 1994. 214 s. ISBN 80-85824-06-X.  
MLČÁK, Z. *Psychologie zdraví a nemoc*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2005. 84 s. ISBN 80-7368-035-1.  
NEŠPOR, K. Vzestup spotřeby alkoholu v České republice – důsledky pro psychiatrickou praxi. *Psychiatrie* [online]. 2001, roč. 5, č. 2 [cit. 2007-01-02] Dostupné na WWW: <<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH201/02obsah.htm>> ISSN 1211-7579.  
PLEVOVÁ, I., URBANOVSKÁ, E. Vnímání školní zátěže vzhledem k věku, pohlaví a míře sebevědomí. In KRÁTOŠKA, J., ŠTEIGL, J., KONEČNÝ, J. *Antropologicko-psychologický pohled na populaci regionu: sborník referátů z konference s mezinárodní účastí*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. s. 107-116. ISBN 80-244-1000-1.  
PODLIPNÝ, J., HESS, Z. Deprese, metabolický syndrom a diabetes mellitus. *Psychiatrie pro praxi*, 2006, č. 2, s. 73-76. ISSN 1213-0508.  
POLANECKÝ, V et al. Vliv stresu a životních podmínek na vznik a rozvoj rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění. *Hygiena*, 2003, roč. 48, č. 1, s. 3-12. ISSN 1210-7840.  
PROVAZNÍK, K. et. al. *Manuál prevence v lékařské praxi I.-V. díl*. 1. souborné vydání. Praha: SZÚ, 1998. 624 s. ISBN 80-7071-080-2.  
PROVAZNÍK, K., KOMÁREK, L. *Prevence v primární péči: doporučené postupy WHO*. 1. vyd. Praha: SZÚ, 1997. 135 s. ISBN 80-7071-107-8.  
ŠTEJSKAL, P. *Proč a jak se zdravě hýbat*. 1. vyd. Břeclav: Presstempus, 2004. 125 s. ISBN 80-903350-2-0.  
Světová zdravotnická organizace. *Zdraví 21 – zdraví do 21. století: osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace*. Evropská řada Zdraví pro všechny č. 6. Praha: Regionální úřadovna WHO pro Evropu, MZ ČR, 2001. 147 s. ISBN 80-85047-19-5.

\*Igor Ondrejka, \*\*Katarína Žiaková, \*\*Ivan Farský

\*Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Psychiatrická klinika

\*\*Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva

### Súhrn

Diagnostika spirituálnych potrieb pacientov v praxi sa ukazuje problematická z viacerých dôvodov. Jedným z nich je nedostatok alebo úplná absencia klinických zručností u sestier. Nástroje ktoré možno používať pre diagnostiku boli vytvorené najmä psychológmi. Autori vo svojom príspevku prezentujú výsledky získané použitím vybraných nástrojov na zisťovanie miery spirituality, spirituálnej pohody, nádeje, zmyslu života a posúdenie psychopatologických symptómov. Nástroje boli použité u psychiatrických pacientov a študentov medicíny. Použité nástroje sú vhodné k diagnostike spirituality, nádeje, zmyslu života a spirituálnej pohody.

**Kľúčové slová:** spiritualita, spirituálne potreby, psychiatria, diagnostika, zmysel, nádej, spirituálna pohoda

### Summary

Diagnosis of spiritual needs seems to be problematic in clinical practice for several reasons. One of them is deficit or total absence of clinical skills of nurses. Tools that we can use in diagnosis were created especially by psychologists. In this article the authors present the results using selected instruments for assessing spirituality, spiritual well-being, hope, meaning of life and psychopathological symptoms. Tools were used in psychiatric patients and university students of medicine. Used tools seem to be appropriate to assessment of spirituality, hope, meaning of life and spiritual well-being.

**Key words:** spirituality, spiritual needs, psychiatry, diagnostic, meaning of life, hope, spiritual well-being

### Úvod

Ošetrovateľský diagnostický proces v podmienkach SR prešiel mnohými zmenami a ani v súčasnom období neprevláda na jeho realizáciu jednotný názor. Kvalitná diagnostika je ale základným predpokladom pre výber špecifických intervencií vo vzťahu k problému pacienta. Okrem toho, že niektoré výskumné štúdie (pozri Lunney, 2003, s. 98) poukazujú nielen na nesprávnu interpretáciu údajov, upozorňujú aj na nízku frekvenciu diagnostikovania psychosociálnych, vrátane spirituálnych, problémov v praxi. Na nevyhnutnosť poskytovať zdravotnícku starostlivosť aj v oblasti spirituálnych potrieb upozorňuje aj organizácia JCAHO<sup>8</sup>, ktorá to zaraďuje medzi požiadavky na poskytovanie kultúrne a jazykovo vhodnej zdravotnej starostlivosti, a je aj podmienkou pre získanie akreditácie zdravotníckeho zariadenia (JCAHO,2007).

### Cieľ

Cieľom nášho príspevku je použiť vybrané nástroje na zisťovanie miery spirituality, spirituálnej pohody, nádeje, zmyslu života a posúdenie psychopatologických symptómov. Dalším cieľom je porovnať získané výsledky psychiatrických pacientov s kontrolnou skupinou (študenti medicíny).

<sup>8</sup> JCAHO -The Joint Commission of Accreditation Health Organizations. Medzinárodná organizácia, ktorej cieľom je kontinuálne zvyšovať kvalitu zdravotníckej starostlivosti

nároků a adaptívnych schopností človeka. Míra a povaha této nerovnováhy určuje dopad stresu na kvalitu zdraví a nemoci (Mlčák, 2005, s. 24).

Doména Vzťahy se orientuje na oblasti mezilidského kontaktu, sounáležitosti člověka se skupinou lidí a povědomí o projevech sociálních kontaktů. Posouzení a diagnostika domény Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu se zaměřuje na vyrovnávání se se životními událostmi (Marešková, 2006, s. 18).

Paleta studií zaměřených na negativní dopad stresorů na zdraví je široká. Na vztah charakteru práce a stresu poukazuje Evropská komise pro zdraví a bezpečnost při práci (2007, online) a uvádí, že 28 % pracovníků Evropské unie postihuje stres související s prací. Mezilidskými vztahy a vlivem ekonomiky v rodině na vývoj stresové reakce se zabývají Hraba, Lorenz a Pechačová (2001, s. 55-68), kteří poukazují na tíživější dopad stresu na muže. Vlivy rodiny ve vztahu ke stresu sledoval u české populace Matějček a Dytrych (1994), na školní zátěž se orientuje Plevová a Urbanovská (2005), další studie sledují vliv působícího stresu na vznik některých onemocnění, jako jsou kardiovaskulární onemocnění (Polanecký, 2003, s. 3 – 12), diabetes mellitus, deprese (Podlipný, Hess, 2006, s. 73 – 76).

Prioritou preventivních a intervenčních programů je zdůraznění naplnění životní spokojenosti člověka v jednotlivých dimenzích, jejich vzájemnou vyrovnanost a celkovou úroveň životní spokojenosti. Zásadní význam má identifikace zdrojů chronického stresu a cílené omezení situací, které stresovou reakci vyvolávají. Důležitý je trénink zvládání, respektive aktivního se vyrovnání s danou zátěží.

### Závěr

Předložený příspěvek podává základní informace týkající se vybraných položek životního stylu se zaměřením na populaci České republiky. Uvedené výsledky výzkumných šetření, která byla realizována u české populace poskytují základ pro identifikaci rizikového chování jedinců a mohou upozornit na kritické skupiny populace České republiky pro jednotlivé rizikové faktory. Uvedené informace mohou pomoci studentům a sestřám s asociací znalostí z oblasti životního stylu, posuzování a hodnocení v ošetrovateľstve. Jednotlivé položky rizikového chování v životním stylu jsou obohatené o obecné intervenční postupy definované WHO.

### Bibliografické odkazy

- BROŽOVÁ, J. Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v České republice – nelegální drogy. *Aktuální informace ÚZIS ČR* [online]. 2005, č. 46 [cit. 2008-03-17]. Dostupné na WWW: <[http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search\\_name=psychoaktivní&region=100&kind=21](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=psychoaktivní&region=100&kind=21)>.
- BROŽOVÁ, J. Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v České republice: názory a postoje k užívání nelegálních psychoaktivních látek. *Aktuální informace ÚZIS ČR* [online]. 2005, č. 20 [cit. 2007-03-05]. Dostupné na WWW: <[http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search\\_name=psychoaktivní&region=100&kind=21](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=psychoaktivní&region=100&kind=21)>.
- BRŮČKOVÁ, M, MALÝ, M, VANDASOVÁ, J. *Výskyt a šíření HIV/AIDS v České republice v roce 2006* [online]. 2007 [cit. 2007-05-15]. Dostupný na WWW: <<http://www.aids-hiv.cz/>>.
- CSÉMY, L., SADÍLEK, P., SOVINOVA, H., BEJČKOVÁ, P. *ESPAD 03: přehled hlavních výsledků z let 1995, 1999 a 200* [online]. 2006 [cit. 2007-07-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.plbohnice.cz/nespor/esp.03.pdf>>.
- DAŇKOVÁ, Š. Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace (HIS CR 2002): fyzická aktivita (VIII. díl). *Aktuální informace ÚZIS ČR* [online]. 2002, č. 60 [cit. 2007-03-02]. 5 s. Dostupné na WWW: <[http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search\\_name=alkohol@ion=100&kind=21&mnu\\_id=6200](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=alkohol@ion=100&kind=21&mnu_id=6200)>.
- DOSTÁLOVÁ, J. Výživová doporučení. *Sestra*, 2005, č. 7-8, s. 48. ISSN 1210-0404.

## Súbor a metódi

Súbor tvorilo 60 pacientov s diagnostikovanou psychickou poruchou hospitalizovaných na Psychiatrickej klinike JLF UK a MFN v Martine, priemerný vek bol 38,1±13,5 rokov. V súbore bolo 30 žien s priemerným vekom 36±13,9 rokov a 30 mužov v priemernom veku 40,2±13 rokov. *Zaradujúce kritériá* pre súbor pacientov: 18 a viac rokov, diagnostikovaná psychická porucha a následná hospitalizácia na Psychiatrickej klinike JLF UK a MFN v Martine, informovaný súhlas, schopnosť pochopiť inštrukcie. *Vylučujúce kritériá*: stredná a ťažká kognitívna porucha, akútna fáza psychickej poruchy s psychotickými prejavmi, závažné somatické ochorenie.

Kontrolný súbor tvorilo 60 študentov medicíny na JLF UK v Martine, priemerný vek bol 22, 1±1,9 rokov. Z toho bolo 30 žien s priemerným vekom 22,3±2 rokov a 30 mužov s priemerným vekom 21,8±1,9 rokov. *Zaradujúce kritériá* pre vzorku študentov boli: 18 a viac rokov, štúdium v odbore medicína na JLF UK v Martine, ochota spolupracovať. *Vylučujúce kritériá*: diagnostikovaná psychická porucha, závažné somatické ochorenie.

*Pre posúdenie nádeje* bola použitá **Nowotny Hope scale** (Nowotny, 1989, s.57), ktorá je tvorená šiestimi subškálami: D- dôvera vo výsledok, I- vzťahy s inými, M- v čo dúfam je možné, V- viera, Z- zaangažovanosť, A- vnútorná aktivita. Škála má 29 položiek, skóre sa môže pohybovať od 29 do 116, vyššie skóre znamená vyššiu mieru nádeje. Pre stanovenie beznádeje je určené celkové skóre ≤ 50. Beznádej môže byť stanovená aj v jednotlivých subškálach nástroja, ak je priemerné skóre v danej subškále ≤ 1,75.

*Spiritualita* bola posudzovaná **Pražským dotazníkom spirituality PSQ 36** (Říčan, 2007, s.286; Říčan, Janošová, 2005, s.160), ktorý má 36 položiek rozdelených do 6 subškál: Eko-spiritualita (EKO-S), Etické zaujatie I (ETIZ.I), Spolupatričnosť (SPOL), Mystická skúsenosť (MYST.), Latentný monoteizmus (MONOT), Etické zaujatie II (ETIZ.II). Skóre sa môže pohybovať od 6 do 30 pre jednotlivé subškály, celkové skóre môže dosahovať hodnoty 36-180. Vyššie skóre znamená vyššiu spiritualitu.

*Zmysel života* bol posudzovaný **Škálou životnej zmysluplnosti** (Halama, 2002, s.265), má 18 položiek, pričom meria kognitívnu (K-DIM), afektívnu (A-DIM) a motivačnú (M-DIM) dimenziu. Skóre dosahované v subškálach sa môže pohybovať od 6 do 30, celkové skóre od 18 do 90.

*Spirituálna pohoda* bola posúdená pomocou **Spiritual Well-being Scale** (Palloutzian, Ellison, 1982, s. 230 v preklade Stráženca), ktorá má 20 položiek rozdelených do dvoch subškál: náboženská pohoda (NP) a existenciálna pohoda (EP). Skóre v subškálach sa pohybuje od 10 do 60, celkové skóre môže byť od 20 do 120. Nižšie skóre znamená vyššiu spirituálnu pohodu<sup>9</sup>.

**Dotazník SCL-90** (Derogatis, a kol., 1976, s.280) bol použitý na posúdenie *psychopatologických symptómov*. Obsahuje 90 položiek zaradených do 9 dimenzií. Vypočítali sme transformované veličiny: GSI (general symptomatic index)- celkový index príznakov, PST (positive symptom total) – počet pozitívnych príznakov, PSDI (positive symptom distress index) – priemerná závažnosť príznakov.

Štatistické spracovanie bolo vykonané na úrovni popisnej štatistiky pomocou MS Office 2007.

## Výsledky

Na základe výsledkov nameraných pomocou **Nowotny hope scale** mali pacienti aj študenti priemernú nádej, pričom vyššiu celkovú nádej uvádzali študenti. Vo všetkých subškálach, okrem subškály A- vnútorná aktivita, kde bolo priemerné skóre rovnaké, mali pacienti nižšie hodnoty. Hodnoty poukazujúce na beznádej sme nezistili ani u jednej skupiny. Pacienti mali najvyššiu nádej v subškále A- vnútorná aktivita a najnižšiu v subškále V- viera. Študenti mali

prevence by sa mali orientovať jak na udržovanie vhodnej telesnej hmotnosti, tak na udrženie hladiny cholesterolu v norme a na príjem dostatečného množstva tekutín.

## 4. doména Aktivita – odpočinok

Pohyb je funkcia svalovej soustavy, jež zpětně působí na rozvoj kosterního svalstva a kostry. Přispívá ke zdokonalování pohybových vlastností, k nimž se řadí obratnost, rychlost, síla a vytrvalost. Podporuje činnost srdce a dýchací soustavy. Velký význam má pro emocionální ladění člověka, zlepšuje náladu a přináší člověku pocit radosti. Pravidelné cvičení i přirozená (obvyklá, habituální) pohybová aktivita jsou spolu s přiměřeným příjmem energie nejlepším, nejbezpečnějším a ekonomicky nejméně náročným preventivním (a často i léčebným) prostředkem většiny civilizačních onemocnění (Stejskal, 2004, s. 12).

Při posuzování potřeby aktivity a odpočinku se sestra zaměřuje na hodnocení způsobu udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami ve volném čase a při relaxaci a sportovní aktivitu, která je pro jednotlivce typická. Nezbytné je zjištění frekvence a délky cvičební aktivity.

Z šetření Ústavu zdravotnické statistiky České republiky prezentované Daňkovou (2002, online) vyplývá, že v posledních letech těžká fyzická aktivita u dospělé populace České republiky má klesající tendenci a naopak vzrůstá podíl respondentů s lehkou pohybovou aktivitou a sedavou činností. Na základě tohoto šetření a z šetření Jansy a Kocourka (2002, CD ROM) vyplývá, že se stále snižuje podíl všeobecně rozvíjející tělesné zátěže, charakteristické optimální strukturou přirozených pohybů, které mají příznivý vliv na celkový dobrý zdravotní stav a psychomotorický rozvoj.

WHO (2001, s. 70) doporučuje každodenní 30 minutový nenáročný pohyb, například rychlou chůzi jako zásadní aspekt vedoucí ke zlepšení zdraví. Doporučení WHO hovoří o pozitivním působení na zdraví i v případě, že tato aktivita není vykonávána souvisle, ale alespoň po deseti minutách.

## 8. doména Sexualita

Machová a Hamanová (2002, s. 50) charakterizují reprodukční zdraví, jako zdraví, které se týká lidského rozmnožování (reprodukce). Pojem nezdoravý sexuální život úzce souvisí zejména s existencí pohlavních chorob, které poukazují na rizikové chování v sexuální oblasti. Mezi sexuálně přenosné choroby (dříve označovány nemoci pohlavní) patří všechny choroby, jejichž šíření je umožněno převážně nebo výhradně pohlavním stykem (Uzel, 2007). Při posouzení jedince v rámci této domény se sestra zaměřuje na posouzení sexuální funkce, reprodukce a sexuální identity (Marečková, 2006, s. 18).

Výskyt a šíření HIV/AIDS v České republice sleduje Národní program boje proti AIDS v České republice. Z výsledků šetření v roce 2006 vyplývá mírný nárůst (3,3 %) zachyceného výskytu HIV/AIDS oproti roku 2005. Studie dokládá stálý nejčastější přenos v České republice pohlavním stykem (Brůčková, Malý, Vandasová, 2007). Incidence syfilisu a gonokokové infekce se snižuje, u žen s největší incidencí ve věkové kategorii 20–24 let.

Hlavním opatřením proti sexuálně přenosným nemocem, který se v současnosti využívá, je tzv. bezpečný sex. V rámci doporučení WHO týkající se sexuálního zdraví je zdůrazněno především aktivní nabádání k používání kondomů, zajištění jejich přísunu na trh za ceny, které jsou všem dostupné (WHO, 2001, s. 71). Výchovné zaměření se týká zejména zábrany negativních jevů v reprodukční problematice. Jedná se zejména o nechtěné těhotenství, sexuálně přenosné nemoci, antikoncepce, umělé ukončení těhotenství a všechny další otázky a problémy související s péčí o reprodukční zdraví.

## 7. doména Vztahy, 9. doména Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Psychická zátěž je faktorem, který zahrnuje řadu jevů, jež významně ovlivňují zdraví jedince. Stres je fenomén, který vzniká v důsledku nerovnováhy mezi úrovní nejrůznějších životních

<sup>9</sup> Bližšie sa uvedeným škálam venujeme v našom ďalšom príspevku *Využitie hodnotiacich/meracích nástrojov v diagnostike spirituálnej tiesne*, taktiež tomto zborníku.

vzdělání nebyly pozorovány žádné výraznější rozdíly v prevalenci nadměrné spotřeby alkoholu. Alarmující je v České republice vztah adolescentů k alkoholu. Přestože konzumace alkoholu není v České republice povolena do 18 let, Machová a Hamanová (2002, s. 15) uvádějí pravidelné pití alkoholu u 38 % chlapců a 25 % dívek. Tolerance k alkoholu je v České republice velká (Vágenerová, 1999, s. 295).

V intervencích, které jsou doporučeny WHO, se uplatňují čtyři základní strategické přístupy, a to národní politika boje proti alkoholismu, zdravotní výchova, obecné uznání a individuální intervence (Provazník, Komárek, 1997, s. 35).

### Konzumace drog

Za drogu je možno považovat každou syntetickou či přírodní látku, která má psychotropní účinek, tj. má schopnost ovlivňovat prožívání a chování člověka a může vyvolat návyk či závislost (Mlčák, 2005, s. 17). Občasné, rekreační, příležitostné, společensky akceptované požívání různých látek, např. kávy, alkoholu k uvolnění, euforizaci nálady, stimulaci výkonu je označováno jako úzus. Termínem abúzus se označuje nadměrné užívání, zneužívání, nejčastěji nadužívání drog nebo také jejich užívání v nevhodnou dobu, např. v práci či v těhotenství. (Zášková, 1997, s. 17).

Při posuzování zkušeností jedinců s drogami je nutné se zaměřit na užívání v průběhu celého života, v posledním roce, měsíci i dnech. Podstatné jsou také informace týkající se jednotlivých druhů užívaných drog, frekvenci jejich užívání a způsob aplikace do organismu. Z výsledků Celopopulační studie zaměřené na zkušenosti respondentů s užíváním nelegálních drog (Brožová, 2005) vyplývá, že užívání návykových látek je v České republice nejvíce rozšířeno mezi mladými dospělými ve věku 18 až 34 let. Nejvíce osob má zkušenosti s marihuanou a extází, popřípadě halucinogeny. Každý nebo téměř každý den jsou užívána sedativa, marihuana a těkavé látky. Zkušenosti s užitím tvrdých drog byly zaznamenány u nízkého procenta osob. V roce 2004 se ukázalo v České republice nejčastější experimentování s drogou u osob se základním vzděláním (Brožová, 2005).

Vzhledem k tomu, že ve věku 14–19 let má zkušenost s drogou již 48 % chlapců a 40 % dívek v České republice, jak plyne ze závěrů projektu ESPAD v roce 2003 (Csémy et al., 2006), je základním úkolem prevence zneužívání těchto látek již v mládí věku. Preventivní aktivity jsou určovány pěti strategiemi: legislativní zákazy, vzdělávání a výchova, časné odhalení, léčba a omezování škodlivých následků.

### 2. doména Výživa

Posouzení stavu potřeb a rizikových faktorů vzniku onemocnění je v této doméně zaměřeno na přijímání a asimilaci látek, využití živin za účelem zachování a hojení tkání a za účelem tvorby energie člověka. Opomenuty by neměly být informace o skladbě a složkách potravy, které mají vztah ke kardiovaskulárním onemocněním. Dle Kaplana (1996, s. 287) jsou to především celkový příjem kalorií, které udávají množství energie v potravinách, množství cholesterolu v krvi, množství tuku a sacharidů, které člověk ve stravě přijímá, příjem vlákniny, sodíku, draslíku a vápníku.

Štiková (2004, online) uvádí vývojové tendence výživy u obyvatel České republiky. Z výsledků vyplývá, že u populace České republiky dochází většinou k pozitivním změnám, avšak stále neodpovídají Výživovým doporučením pro obyvatelstvo ČR. U populace České republiky byl zaznamenán v posledních deseti letech pokles spotřeby živočišných tuků, ale nárůst spotřeby sacharidů. Naprosto nedostačující byl shledán příjem vitamínu C a vápníku.

Na mezinárodní konferenci o výživě v roce 1992 přijaly všechny členské státy WHO Světovou deklaraci a akční plán výživy. Tyto materiály vytvářejí strategický rámec národní potravinové politiky a politiky pro výživu. V roce 1994 byla Radou výživy Ministerstva zdravotnictví České republiky vypracována doporučení o výživě zdravého obyvatelstva Jezte zdravě, žijte zdravě. V roce 2005 vydalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky nová výživová doporučení (Dostálová, 2005, s. 48). Doporučené postupy v oblasti primární

najvyšší nádej v subškálách I- vztahy s inými a A- vnútorná aktivita a najnižšiu nádej mali rovnako ako pacienti v subškále V- viera (Tab. 1).

Tab.1 Porovnanie- nádej

| n    | D       | I       | M       | V       | Z       | A       | NÁDEJ     |
|------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-----------|
| Š-60 | 2,9±0,3 | 3,1±0,6 | 2,8±0,4 | 2,6±1,0 | 3,0±0,4 | 3,1±0,5 | 85,2±10,3 |
| P-60 | 2,8±0,6 | 2,9±0,6 | 2,7±0,5 | 2,4±0,8 | 2,7±0,5 | 3,1±0,5 | 79,8±11,9 |

Legenda: Š-študenti; P-pacienti

V Pražskom dotazníku spirituality PSQ 36 dosiahli študenti medicíny vyššie skóre v subškálach etické zaujatie I, spolupatričnosť, mystická skúsenosť, etické zaujatie II /svedomitá starostlivosť, latentný monoteizmus, ako aj v celkovej miere spirituality. Pacienti mali vyššie skóre ako študenti v subškále eko-spiritualita. Najvyššiu mieru spirituality mali pacienti v subškále spolupatričnosť a etické zaujatie II. Študenti dosahovali najvyššiu mieru spirituality v subškále Spolupatričnosť. Pacienti mali najnižšiu mieru spirituality v subškále mystická skúsenosť, študenti mali najnižšie skóre v subškálach eko-spiritualita a mystická skúsenosť (Tab. 2).

Tab.2 Porovnanie- spiritualita

| n    | EKO-S    | ETIZ I   | SPOL     | MYST.    | ETIZ. II | MONOT.   | PSQ 36-GS  |
|------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------|
| Š-60 | 16,6±4,9 | 21,7±4,9 | 22,3±4,5 | 16,7±5,3 | 21,9±5,2 | 20,6±6,4 | 119,4±24,5 |
| P-60 | 18,8±6,0 | 19,8±5,5 | 20,1±5,8 | 16,3±5,2 | 20,0±4,6 | 18,2±5,6 | 113,2±26,3 |

Legenda: Š-študenti; P-pacienti

Zmysel života bol posudzovaný Škálou životnej zmysluplnosti. Pacienti mali nižšie skóre v afektívnej a motivačnej dimenzii ako aj nižší celkový zmysel života v porovnaní so študentmi. Vyššiu priemernú hodnotu ako študenti mali pacienti v kognitívnej dimenzii zmyslu života. Najnižšie skóre uvádzali v motivačnej dimenzii zmyslu a najvyššie skóre mali v kognitívnej dimenzii. Študenti najvyššie skórovali afektívnu dimenziu a najnižšie kognitívnu dimenziu zmyslu života (tab. 3).

Pacienti mali celkovo vyššie skóre v jednoduchej celkovej spirituálnej pohode ako aj v náboženskej a existenciálnej dimenzii spirituálnej pohody a teda mali nižšiu spirituálnu pohodu v porovnaní so študentmi (nižšie skóre poukazuje na vyššiu spirituálnu pohodu). Mierne vyššiu pohodu uvádzali pacienti v existenciálnej dimenzii spirituality v porovnaní s náboženskou dimenziou spirituality. Tento výsledok bol rovnaký aj u študentov medicíny (tab. 3).

V hodnotení psychopatologických symptómov pomocou SCL 90 sme zistili, že pacienti mali vyšší celkový index príznakov (GSI), ako aj vyšší počet pozitívnych príznakov (PST), t. j. priemerne vyšší počet symptómov na osobu. Prekvapivým zistením bola vyššia priemerná závažnosť symptómov (PSDI) u študentov (Tab. 3).

Tab.3 Porovnanie- symptómy, spirituálna pohoda, zmysel

| n    | GSI       | PST       | PSDI    | NP        | EP       | ŠSP-GS    | K-DIM    | M-DIM    | A-DIM    | ŠZ-GS     |
|------|-----------|-----------|---------|-----------|----------|-----------|----------|----------|----------|-----------|
| Š-60 | 0,73±0,54 | 36,1±17,9 | 1,7±0,5 | 26,4±12,0 | 25,3±6,8 | 51,7±15,3 | 20,5±3,3 | 23,2±3,3 | 24,6±3,5 | 68,3±8,7  |
| P-60 | 0,83±0,45 | 45,8±16,7 | 1,6±0,4 | 35,9±9,2  | 34,5±7,9 | 68,8±15   | 20,7±4,4 | 19,9±5,0 | 20,2±5,8 | 60,9±13,7 |

Legenda: Š-študenti; P-pacienti

### Diskusia

Pacienti dosahovali pri všetkých použitých metodikách nižšie celkové skóre a to aj vo väčšine subškál. Rozdiely medzi psychiatrickými pacientmi a „zdravou“ populáciou nie sú výrazné, možno ďalším štatistickým spracovaním by sa ukázali ako významné.

Prostřednictvím **Nowotny Hope scale** sme u pacientov a študentov posudzovali potrebu nádeje. Študenti mali vyššiu celkovú mieru nádeje a vyššie hodnoty dosahovali takmer vo všetkých subškálach, s výnimkou subškály A- vnútorná aktivita, kde bolo skóre pacientov a študentov rovnaké. Nižšiu nádej u pacientov sme predpokladali, pretože vzťah psychických porúch a poklesu nádeje je dobre popísaný (napr. Beck a kol., 1990, s.190, Kwon, 2000, s.199). Najvyššiu priemernú nádej mali pacienti v subškále A- vnútorná aktivita a najnižšiu v subškále V- viera. To môže byť spôsobené síce formálnou proklamáciou náboženskej príslušnosti ale neprikladaním vysokého významu viery v osobnom živote. Prípadne sa ale môže jednať o špecifický pokles viery v súvislosti s psychickým ochorením. Potvrdenie tejto hypotézy by však vyžadovalo ďalší výskum. Podľa celkového skóre mali pacienti priemernú nádej, beznádej sme nezistili v žiadnej zo sledovaných dimenzií nádeje. Priemerné skóre nádeje bolo v súbore psychiatrických pacientov 79,8, v našom ďalšom výskume nádeje u depresívnych pacientov bolo priemerné skóre 68,7.

Pomocou **Prážského dotazníka spirituality PSQ 36** sme posudzovali spiritualitu. Tento dotazník možno použiť pri posudzovaní potreby odpustenia seba a iným, potreby harmonických vzťahov, potreby uctievania a zbožnosti (Nemčeková a kol, 2007, s.1). Zároveň možno zistiť ako pacient vyjadruje a prežíva svoju spiritualitu ako aj získať čiastočný obraz o jeho filozofii života, životnom svetonázore. Pri meraní spirituality sme zistili, že pacienti v jednotlivých subškálach ako aj v celkovom skóre uvádzali hodnoty, ktoré boli nižšie ako u študentov medicíny. Výnimku tvorí subškála Eko- spiritualita, v ktorej dosiahli pacienti vyššie skóre ako študenti. Na základe percentilového vyhodnotenia jednotlivých subškál, ktoré nám bolo poskytnuté autorom dotazníka, môžeme konštatovať, že priemerné skóre pacientov sa v jednotlivých subškálach pohybuje okolo 30 až 60 percentilu, takže úroveň spirituality pacientov môžeme hodnotiť ako priemernú a teda môžeme konštatovať priemernú saturáciu spirituálnych potrieb. U študentov sa priemerné skóre pohybuje od 40 - 50 percentilu, čo taktiež možno hodnotiť ako priemernú spirituálnu úroveň. Výnimku predstavuje subškála monoteizmus, kde sa skóre blíži k 80 percentilu, čo môžeme považovať za mierne nadpriemernú úroveň spirituality v tejto oblasti.

**Škála životnej zmysluplnosti** slúži na posúdenie potreby zmyslu a účelu v živote. Zmysel života súvisí s hodnotami a transcenciou, ktorá predstavuje významnú zložku osobnosti (Hrubý a kol., 2006, s.145). Pacienti mali nižšie skóre v afektívnej a motivačnej dimenzii zmyslu života a mali aj nižší celkový zmysel života. Vyššie skóre mali v kognitívnej dimenzii zmyslu. Táto dimenzia sa týka celkovej životnej filozofie, životného nasmerovania takže vyššie hodnoty môžu u pacientov súvisieť s vyšším vekom a väčšími životnými skúsenosťami v porovnaní so študentmi. Pacienti najnižšie skóre uvádzali v motivačnej dimenzii zmyslu a najvyššie skóre mali v kognitívnej dimenzii. Študenti najvyššie skórovali afektívnu dimenziu a najnižšie kognitívnu dimenziu zmyslu života. Výraznejšie rozdiely boli v celkovom skóre životnej zmysluplnosti, kde pacienti dosahovali nižšie hodnoty pri porovnaní so študentmi. Ešte výraznejšie rozdiely v celkovej životnej zmysluplnosti sú pri porovnaní s výskumom Halamu (2007, s. 169), ktorý vykonal na vzorke 169 bratislavských univerzitných študentov. Celkové skóre životnej zmysluplnosti bolo u týchto študentov 72,5±9,5. V našom súbore pacientov bolo skóre 60,9±13,7. Maximálne skóre, ktoré predstavuje zároveň najvyššiu životnú zmysluplnosť je 90, takže hodnotu 60,9 môžeme považovať za priemerné naplnenie zmyslu. Najnižšie skóre dosahovali pacienti v motivačnej dimenzii, ktorá sa týka systému cieľov. Zahŕňa investovanie času a energie do vybraných cieľov a hodnôt, ako aj stupeň záväzku a úsilia vynakladaného na dosiahnutie cieľov (Halama, 2007, s. 49). Psychická porucha predstavuje neočakávaný a výrazný zásah do života človeka. Táto nepripravenosť, ako aj pocit osobného zlyhania, ktorý niekedy psychické poruchy správdza môže pôsobiť demotivačne a spôsobovať problémy pri vytyčovaní a dosahovaní cieľov.

**Spiritual Well-being Scale** je škála na posudzovanie spirituálnej pohody resp. z opačného pohľadu na posúdenie spirituálnej tiesne. Prostřednictvím subškály náboženskej pohody ju možno využiť pri posudzovaní potreby viery, že Boh je milujúci a prítomný

## Obsah

### 1. doména Podpora zdravia

Oblasť posouzení a diagnostiky stavu potřeb a rizikových faktorů v této doméne je povědomí o správném fungování člověka a povědomí o strategiích, které podporují nebo zlepšují zdravý život a správné fungování člověka (Marečková, 2006, s. 18). V rámci této domény sestra u jedince monitoruje také kuřáctví, konzumaci alkoholu a drog.

### Kouření

Kouření tabáku je komplexní jev podmíněný psychosociálními vlivy a udržovaný psychickými, sociálními a ekonomickými stimuly (Kozák, Pfeifer, Richter, 1993, s. 54). Tabákový kouř obsahuje řádově tisíce chemických látek. Z nich je 60-100 rakovinotvorných. Spotřeba tabáku ve většině vyspělých zemí klesá, v rozvojových stoupá (Nešpor, 2001). Při hodnocení úrovně zdravotního rizika vyplývajícího z kouření je třeba zjistit i věk na počátku kouření, dobu kouření, počet cigaret vykouřených za den, stupeň inhalování a charakteristiku tabákových výrobků.

Kouření tabákových výrobků patří k nejrozšířenějším formám konzumace návykových látek v České republice (Zášková, 2004, s. 58). Z posledního reprezentativního šetření Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, jež bylo zaměřeno na kuřáctví vyplývá, že kouří denně každý čtvrtý dospělý, mezi muži bylo zachyceno 14 % a mezi ženami 5 % silných kuřáků (kuřáci, kteří vykouří denně minimálně 20 cigaret). Podíl denních kuřáků s věkem u mužů i žen roste a zastavuje se u věku 40 – 49 let a s vyšším věkem dále klesá. Ve skupině 60letých a starších žen kouří ženy více vzdělané a z velkých měst. U mladších žen bylo nejvíce kuřáček se základním vzděláním. Mezi muži byli pravidelnými kuřáky častěji manuálně pracující a nezaměstnaní. Na pravidelného kuřáka připadalo v průměru 15 vykouřených cigaret za den. Převažujícím tabákovým produktem byly průmyslově vyrobené cigarety (Hrkal, online)

Zdravotní riziko kouření je značně sníženo, přestane-li kuřák kouřit. V průběhu deseti let po zanechání kouření klesá riziko karcinomu plic na hladinu srovnatelnou s nekuřáky (Provazník, 1998, s. 71). V roce 1988 Madridská charta zdůraznila právo občanů na nezakouřenou a neznečištěnou prostředí. K programům směřujícím k Evropě bez tabáku patří uzákonění práva na nezakouřenou společně užívané prostory, zákaz reklamy tabákových výrobků, zamezení finanční podpory tabákových firem, využití výnosů daní z tabákových firem a výchovu ke zdraví orientovanou proti kouření. Madridská charta a akční plán pro Evropu jsou politickým východiskem pro další společnou činnost. Základem úspěchu intervencí proti kouření je to, že sami zdravotníci si budou vědomí závažnosti problémů spojených s kouřením a jejich samozřejmě nekuřáctví.

### Konzumace alkoholu

Rizikové pití je konzumace s pravděpodobnými zdravotními důsledky, a to je u mužů více než 350 g (35 jednotek) alkoholu týdně, u žen 210 g (21 jednotek) alkoholu týdně (WHO, 2001, s. 34).

Při posuzování konzumace alkoholu je potřeba se u jedinců zaměřit na druh konzumovaného alkoholu, četnost konzumovaného alkoholu za časovou jednotku (týdenní spotřeba, denní spotřeba) a pravidelnost konzumace alkoholu jedincem. V devadesátí procentech států evropského regionu přesahuje roční spotřeba alkoholu na hlavu dva litry čistého alkoholu (doporučení o ideálním množství s nejnižším rizikem úmrtnosti je 2 litry) (WHO, 2001, s. 71). V roce 2004 spotřeba alkoholu dle Českého statistického úřadu činila 10 litrů čistého alkoholu ročně na jednu osobu, čímž se řadila k zemím s nejvyšší spotřebou alkoholu (Hrkal, 2005, online). Při Světovém šetření o zdraví byla zaznamenána přiměřená konzumace alkoholu u třech čtvrtin mužů i žen České republiky. Do skupiny nepravidelných nadměrných konzumentů bylo zařazeno 18 % mužů a 4 % žen. Podle velikosti bydliště či



## ŽIVOTNÍ STYL V NANDA DOMÉNÁCH

Lucie Sikorová, Radka Bužgová

Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

### Souhrn

Příspěvek se soustředí na nejnovější poznatky v oblasti dominantních rizikových faktorů životního stylu populace České republiky, které jsou vymezeny Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Rizikové faktory jsou rozděleny do NANDA domén diagnostického systému NANDA – International. Autorky příspěvku poukazují na vztah relevantních NANDA domén a rizikových faktorů životního stylu jedinců, které sestra v rámci ošetrovatelského procesu hodnotí.

### Klíčová slova

životní styl, NANDA domény, sestra

### Summary

The paper focuses on the latest knowledge from the area of dominant risk factors of the Czech population's lifestyle, which are defined by the Ministry of Health of the Czech Republic. The risk factors are divided into NANDA domains of the NANDA – International diagnostic system. The authors refer to the relation of relevant NANDA domains and risk factors of an individual's lifestyle which are assessed by a nurse in a nursing process.

### Key words

lifestyle, NANDA domains, nurse

### Úvod

Životní styl vzniká tenkrát, když jedinec, sociální skupina nebo celá společnost vyvíjejí úsilí k tomu, aby soubor podmínek, které ovlivňují jejich žití působil ve prospěch jejich zájmů (Ivanová, 2005, s. 232). Je strukturovaným souhrnem životních zvyků, obyčejů, akceptovatelných norem, nalézajících svůj výraz v interakci, ve hmotném a věcném prostředí, v prostorovém chování a celkové stylizaci. Podle Ministerstva zdravotnictví České republiky patří k nejvýznamnějším zdravotně škodlivým složkám způsobu života kuřáctví, energeticky nepřiměřená a nevhodně složená výživa, nízká pohybová aktivita, nadměrná psychická zátěž, nadměrný konzum alkoholu, drogová závislost a nevhodné sexuální chování.

Kompetence sester v České republice jsou vymezeny vyhláškou MZ ČR č. 424/2004 Sb. Mimo jiné tato vyhláška upozorňuje na činnosti všeobecné sestry, mezi které patří také vyhodnocování potřeb jedinců a rizikových faktorů vzniku onemocnění. Na systematické získávání dat musí sestra používat organizovaný rámec či strukturu posuzování (Kozierová, Olivierová, Erbová, 1995, s. 186). Vhodnou metodou k posouzení stavu potřeb a posouzení rizikových faktorů životního stylu může být diagnostický systém NANDA – International, jelikož tento systém umožňuje sestře posuzovat potřeby jedince a rizikové faktory vzniku onemocnění v logicky na sebe navazujících krocích, čímž se snižuje riziko opomenutí a chyb při posuzování životního stylu jedinců, rodin nebo komunit. Výše uvedené zásadní komponenty rizikového životního stylu populace České republiky se promítají do NANDA domén Podpora zdraví, Výživa, Aktivita – odpočinek a Sexualita. Jelikož zdrojem nadměrné psychické zátěže jako rizikového faktoru mohou být všechny hlavní životní dimenze, promítá se posouzení, diagnostika a hodnocení této oblasti zejména do NANDA domén Vztahy a Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu. Pro sestru je východiskem posouzení a hodnocení jedinců v jednotlivých doménách dostatečná znalost problematiky jednotlivých domén a rizikových faktorů ovlivňujících zdraví zejména u konkrétní populace České republiky.

(Nemčeková a kol., 2007., s.1), resp. na posouzení miery uspokojení, který vztah k Bohu pacientovi dává. Subškála existenciální pohody obsahuje položky, které možno využít při posouzení *potřeby nádeje, cílov a zmyslu, potreby presahu, vízie budúcnosti*. Pacienti mali výrazne nižšiu celkovú spirituálnu pohodu ako aj náboženskú a existenciálnu pohodu v porovnaní so študentmi. Mierne nižšiu pohodu uvádzali pacienti v náboženskej dimenzii v porovnaní s existenciálnou pohodou. To isté sme zistili aj u študentov. Na základe výsledkov možno konštatovať, že pacienti majú priemernú spirituálnu v pohodu.

V hodnotení *psychopatologických symptómov* pomocou **SCL-90** pacienti mali vyšší celkový index príznakov, ako aj vyšší počet pozitívnych príznakov, t.j. priemerne vyšší počet symptómov na osobu. Prekvapením bol pomerne vysoký priemerný počet (36,1±17,9) symptómov u študentov medicíny a dokonca vyššia priemerná závažnosť symptómov (1,7±0,5) ako u psychiatrických pacientov(1,6±0,4).

### Záver

Zakomponovanie posudzovania spirituálnych potrieb do psychiatrického a ošetrovateľského posúdenia a poskytovanie spirituálnej starostlivosti je nevyhnutnou podmienkou priblíženia sa holistickým princípom a skvalitneniu celkovej starostlivosti. Vzhľadom na problematické vymedzenie spirituality a s ňou spojených potrieb je potrebné v klinickej praxi využívať štandardizované nástroje, ktoré pomáhajú zjednocovať, objektivizovať a umožňujú porovnávať zistené údaje. Meracie nástroje použité v našom príspevku sa javia byť užitočné a vhodné pre diagnostiku spirituálnych potrieb.

### Bibliografické odkazy

- BECK, A., BROWN G., BERCHICK R., STEWART B. & STEER B. 1990. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. In. *American Journal of Psychiatry*, roč.147, č.2, s.190–195. ISSN 0002-953X
- DEROGATIS, L.R., RICKELS, K., ROCK, A.F. 1976.The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. In. *Br J Psychiatry*, roč.128, č.3, s.280-9. ISSN 1472-1465
- JCAHO. *The Joint Commission 2007 Requirements Related to the Provision of Culturally and Linguistically Appropriate Health Care*. Máj, 2007
- HALAMA, P.2002. Vývin a konštrukcia škály životnej zmysluplnosti. In. *Československá psychologie*, roč.46, č. 3, s. 265-276.ISSN 0009-062X
- HALAMA, P. *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava: SAP. 2007.223 s. ISBN 978-80-80-95-023-1
- HRUBÝ, R., IGJATOVIČOVÁ, D., IGJATOVIČ, M., NOSÁLOVÁ, G. Vzájomná relevancia neurobiológie a psychoterapie. In. *Psychiatria*, roč. 13, č. 3-4, s. 141-157. ISSN 1335-423X
- KWON, P. 2000. Hope and dysphoria. In. *Journal of personality*, roč.68, č.2. s. 199-223. ISSN 1467-6494
- LUNNEY, M. 2003. Critical Thinking and Accuracy of Nurses' Diagnoses. In. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, roč. 14, č. 3, s. 96 -107. ISSN 1541-5147
- NEMČEKOVÁ, M., TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. Duchovná tieseň ako ošetrovateľská diagnóza. In. *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*, roč.5, č.6, s. 1-4. ISSN 1336-183X.
- NOWOTNY, M.L. Assessment of Hope in Patient With Cancer: Development of an Instrument. *ONF*, roč.16, č. 1, 1989. s. 57 – 61. ISSN 1538-0688
- PALOUTZIAN, R. F., ELLISON, C.W.: Loneliness, spiritual well-being and quality of life. In. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley Intescience, 1982, s. 224-237. ISBN 0471080284
- ŘÍČAN, P., JANOŠOVÁ, P. 2005. Spirituality: its psychological operationalization via measurement of individual differences. A Czech perspective. In. *Studia Psychologica*, roč.47, č.2, s.157-165, ISSN 0039-3320

doc. MUDr. Igor Ondrejka, PhD.  
 Psychiatrická klinika JLF UK a MFN  
 Kollárova 2  
 036 59 Martin, SR  
 tel.: 00421434203398  
 e-mail: ondrejka@jfmed.uniba.sk  
 ondrejka@lefa.sk

|   |    |    |
|---|----|----|
| analgetiky  |    |    |
| Implementujte PCA (patient controlled analgesia) pacientem kontrolovanou analgezií – je-li to vhodné  | 24 | 6  |
| Užijte hodnocení bolesti, než se bolest stane horší _ závažnou - nesnesitelnou  | 28 | 2  |
| Podávejte léky před aktivitou ke zvýšení spolupráce, ale vždy zhodnoťte (hazard) riziko sedace  | 27 | 3  |
| Verifikujte (ověřte) úroveň dyskomfortu, zapište do dokumentace a informujte ostatní zdravotnické pracovníky, kteří pracující s nemocným                | 25 | 5  |
| Evalujte efektivitu hodnocení bolesti použitou v průběžném (kontinuálním) hodnocení bolesti (zkušenosti s bolestí)                                      | 22 | 8  |
| Zahajte a uzpůsobujte hodnocení bolesti na základě pacientových reakcí  | 25 | 5  |
| Podpořte adekvátní odpočinek/spánek k podpoře zmírnění bolesti  | 24 | 6  |
| Podpořte pacienta k diskusi a rozhovoru o bolesti je –li to vhodné  | 28 | 2  |
| Oznamte lékařů, jestliže měření a hodnocení je neúspěšné, nebo došlo-li k aktuálním změnám u pacienta   | 28 | 2  |
| Informujte ostatní zdravotnické pracovníky (členy rodiny) o nefarmakologických postupech použitých u pacienta jako prevence v rámci managementu bolesti | 26 | 4  |
| Použijte multidisciplinární přístup k managementu bolesti je-li to vhodné a možné   | 18 | 12 |
| Poskytněte přesné informace k podpoře znalostí rodiny   | 26 | 4  |
| Zapojte rodinu do managementu bolesti, procesu snižování bolesti, je-li to možné  | 25 | 5  |
| Monitorujte pacientovu satisfakci (spokojenost) s managementem bolesti ve stanovených intervalech   | 27 | 3  |
| Celkový počet respondentů (n)   | 30 |    |

(Zdroj: Mc Closkey, J. C.; Bulechek, G. M. 1996)

#### Bibliografické odkazy:

- JOHNSON M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Second edition. Missouri: Mosby, 2000. 610 s. ISBN-0323-00893-3.
- LARSEN, R. *Anestezie*. 2. české vydání, Praha: Grada 2004.1392 s. ISBN 80-247-0476-5.
- SOFAER, B. *Bolest. Příručka pro zdravotní sestry*. 1. vydání české, Praha: Grada, 1997. 104 s. ISBN 80-7169-309-X.
- MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- MAREČKOVÁ, J. NANDA. *International diagnostika v ošetrovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě ZSF. 2006. 81 s. ISBN 80-7368-109-9.
- MC CLOSKEY, J. C.; BULECHEK, G. M. *Nursing Intrevention Classification (NIC)*. Second edition. Missouri: Mosby, 1996. 739 s. ISBN 0-8151-6302-9.
- ROKYTA, R.; KRŠIAK, M.; KOZÁK, J. *Bolest: monografie algeziologie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2006. 684 s. ISBN 802350000000.
- VORLÍČEK, J. a kol. *Paliativní medicína*. 1.vydání, Praha: Grada, 1998. 480 s. ISBN 80-7169-437-1.

PhDr. Andrea Pokorná  
 LF MU Katedra ošetrovatelství  
 625 00 Brno  
 email: apokorna@med.muni.cz

## Závěr

Při hodnocení stanovených cílů pilotní studie bylo jednoznačně zjištěno, že většina dotazovaných měla nedostatky v poznacích v oblasti jednotné ošetrovatelské terminologie. Z postojů k této problematice lze soudit, že sestry považují proces sjednocování odborné ošetrovatelské terminologie za pozitivní a významný, ale časově náročný. Byly zjištěny významné rozdíly v hodnocení dosavadních postupů při stanovování problémů nemocných a ošetrovatelských diagnóz i přesto, že šetření bylo prováděno na jedné klinice. V současné době probíhá ověřování klasifikačního systému NANDA, NIC, NOC v péči o nemocné s bolestí v praxi. Získané výsledky budou statisticky zpracovány a vyhodnoceny a budou nadále využity v přímé péči o nemocné na IHOK ve spolupráci s managementem kliniky pro zkvalitnění života nemocných s bolestí.

Tabulka č. 1: struktura pilotní studie

| Fáze studie | Časový harmonogram   | Metodika                      | Respondenti (n) |
|-------------|----------------------|-------------------------------|-----------------|
| nultá fáze  | září 2007            | dotazník                      | 50              |
| první fáze  | září – prosinec 2007 | semináře<br>konzultace        | 40 – 50         |
| druhá fáze  | prosinec 2007        | záznamové archy NIC<br>NOC    | 30              |
| třetí fáze  | únor, březen 2008    | speciální oše.<br>dokumentace | 10              |
| čtvrtá fáze | březen, duben 2008   | vyhodnocení výsledků          | -               |

Tabulka č. 2: Ošetrovatelské intervence a jejich využitelnost

| Intervence  | využitelnost |           |
|---|--------------|-----------|
|   | určitě ano   | určitě ne |
| Sleduj nonverbální příznaky dyskomfortu, speciálně u osob, které nejsou schopny efektivní komunikace  | 29           | 1         |
| Použij terapeutické komunikační postupy k určení zkušeností s bolestí a schopnosti předat informace o bolesti a reakci na bolest  | 24           | 6         |
| Zhodnot' a vezmi v úvahu kulturní vlivy na vnímání bolesti  | 21           | 9         |
| Zhodnot' zkušenosti z minulosti s bolestí (zahrnující individuální rodinnou anamnézu chronické bolesti, zvládnání bolesti v rodině, její vliv na schopnosti)  | 26           | 4         |
| Zhodnot' v rámci zdravotnického týmu efektivitu hodnocení bolesti v minulosti (postupy hodnocení bolesti užívané v minulosti)   | 22           | 8         |
| Asistuj pacientovi a rodině s vyhledáním a poskytováním pomoci a podpory  | 18           | 12        |
| Determinuj potřebnou frekvenci hodnocení komfortu nemocného a implementaci monitorovacího plánu   | 24           | 6         |
| Poskytni informace o bolesti (jako příčiny bolesti, jak dlouho bude trvat, a očekávaný dyskomfort při vyšetření)  | 29           | 1         |
| Sleduj faktory prostředí, které mohou mít vliv na vnímání dyskomfortu (teplota v místnosti, světlo, hluk)   | 28           | 2         |
| Zvažte, zhodnot'te snahu pacienta k participaci, schopnosti participace, preference, podpory signifikantních alternativních metod a strategií při snižování bolesti   | 20           | 10        |
| Vyberte a použijte (implementujte) různorodé způsoby hodnocení a měření a pomoc (např. farmakologické, nefarmakologické, interpersonální)   | 25           | 5         |
| Zvažte typ a zdroj bolesti, když volíte strategii pro snížení/ovlivnění bolesti   | 29           | 1         |
| Podpořte pacienta v sebehodnocení a přiměřených intervencích při snižování bolesti  | 28           | 2         |
| Učte pacienta využívání nefarmakologických technik snižování bolesti (biofeedback, hypnóza, relaxace, terapie aktivitou, herní terapie, muzikoterapie, fyzikální terapie aj.) před, po a je-li to možné v průběhu bolestivých aktivit | 20           | 10        |
| Spolupracujte s pacientem a ostatními zdravotnickými profesionály při výběru a využití nefarmakologických metod snižování bolesti   | 25           | 5         |
| Poskytujte nemocným optimální postup snižování bolesti spolu s předepsanými   | 28           | 2         |

## MOŽNOSTI VYUŽITÍ NIC, NOC V HODNOCENÍ BOLESTI NA HEMATOONKOLOGICKÉM ODDĚLENÍ

Andrea Pokorná, Dana Krethová

Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství, Brno

### Souhrn

Efektivní hodnocení bolesti u nemocných s onkologickým onemocněním je významnou součástí každodenní praxe sestry, přičemž je tento proces náročný nejen časově, ale klade i vysoké požadavky na erudici sestry. Z důvodu omezení subjektivizace při hodnocení bolesti a potřeby jednoznačného postupu u různých sester a nemocných byla na Interní hematatoonkologické klinice Fakultní nemocnice Brno Bohunice zahájena pilotní studie za účelem pokusu o implementaci NIC, NOC klasifikace. Příspěvek popisuje průběh pilotní studie se zřetelem na zhodnocení přístupu sester a motivace k účasti na studii. Popis výsledků pilotní studie je pouze orientační vzhledem k trvání studie a předpokládanému ukončení v měsíci březnu 2008.

### Klíčová slova

klinické hodnocení sestrou, bolest, ošetrovatelská terminologie, NIC, NOC

### Summary

The efficient evaluation of pain by the patients with oncological diseases is a important component of the nurses daily work. This process is very exacting not only because of the time but nurse has to have also very good skill in the evaluation of pain. We wanted to eliminate personal subjectivisation during the pain evaluation at the haematooncology department in the Teaching Hospital in Brno Bohunice and we started with the pilot study focusing on the implementation of the NIC NOC classification. The article describe the proces of the pilot study with respect to nurses motivation to these activities. Description of the outcomes is only in the general way because of the planning finish at the end of March.

### Key words

clinical nursing assesment, pain, nursing terminology, NIC, NOC

### Úvod

Bolest je významným diagnostickým prvkem, který ve svém důsledku významně ovlivňuje kvalitu života nemocného. Larsen (2004, s. 780) uvádí tuto definici bolesti dle WHO: bolest je komplexní, nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání nebo je popisována výrazy takového poškození. Je vždy subjektivní, je prožívána jako tělesný fenomén a není tedy pouhým procesem sensorického vnímání. Pacienti s hematatoonkologickým onemocněním většinou netrpí bolestí v důsledku primárního onemocnění, ale v důsledku terapeutických postupů či komplikací základního onemocnění. O to potřebnější je náležitý management bolesti zahrnující důslednou akceptaci potřeby efektivního hodnocení bolesti a intervenčních řešení vedoucích k jejich zmírnění popřípadě odstranění. Jak uvádí Vorlíček (1998, s. 32) víra ve výpověď nemocného o jeho bolesti je základním východiskem pro navázání kontaktu, pro budoucí spolupráci a důvěru v analgetickou léčbu. Bolest je většinou měřena a hodnocena poměrně složitě a validita všech měření je závislá na tom, kdo měření provádí. Jak uvádí Sofaer (1997, s. 23) do výzkumu bolesti se zapojily různé obory z oblasti přírodních věd, lékařství a vědy o chování. Díky jejich přínosu lépe rozumíme nejen povaze bolesti, ale i různým léčebným postupům, které mají vliv na její zmírňování.

Velmi často však přesto dochází k subjektivizaci popisu bolesti a její další interpretace. Z tohoto důvodu je vhodné pokusit se minimalizovat možnost subjektivizace bolesti využitím shodných a jednotných postupů.

Interní hematologická klinika (dále jen IHOK) v Brně Bohunicích má dlouholetou tradici kvalitní a efektivní péče o nemocného s bolestí. Také z tohoto důvodu byla právě na tomto pracovišti zahájena pilotní studie za účelem ověření možnosti zavedení NIC (Pain Management) NOC (Pain Control) klasifikace při hodnocení bolesti v praxi (Doména - Komfort, Třída – tělesný komfort, Aktuální ošetřovatelská diagnóza – akutní bolest 00132).<sup>10</sup>

### Metodika

Cíle pilotní studie:

- zjistit dosavadní znalosti sester a jejich orientaci v problematice NANDA, NIC, NOC klasifikace;
- zjistit postoje sester k využívání klasifikace NANDA, NIC, NOC vzhledem k managementu bolesti u nemocných;
- zjistit dosavadní postupy stanovování ošetřovatelských diagnóz na sledovaném pracovišti;
- zhodnotit subjektivní názor sester na využitelnost klasifikace ošetřovatelských intervencí u nemocných s bolestí;
- ověřit klasifikační systém NANDA, NIC, NOC v péči o nemocné s bolestí v praxi.

Pilotní studie byla rozdělena do několika fází (viz tabulka č. 1) v nichž byly použity odlišné postupy sběru dat (dotazník, záznamové archy) vždy v rámci seminářů. První fáze byla zahájena v září 2007. Zahrnovala semináře pro sestry k seznámení s problematikou ošetřovatelské terminologie. Všechny sestry Interní hematologické kliniky byly seznámeny nejen s problematikou ošetřovatelské terminologie, ale i s dosavadními postupy, jak docílit jednotného označování a pojmenování ošetřovatelských problémů, potřeb nemocných, na co se zaměřit a jaké parametry lze pominout spolu s diskusí nad jím doposud známými postupy. V průběhu 4 seminářů s odstupem jednoho měsíce (září, říjen, listopad, prosinec) došlo k vytvoření pozitivní pracovní atmosféry.

Ještě před započatím studie se sestry účastnily dotazníkového šetření (nultá fáze studie), kde se vyjadřovaly k dosavadním poznatkům ve vztahu k ošetřovatelské terminologii. Do vlastního průzkumného šetření bylo zařazeno 50 sester, které byly metodicky vedeny k využívání ošetřovatelské terminologie v souvislosti s managementem bolesti. U sledované populace sester byl také hodnocen postoj k využitelnosti jednotné ošetřovatelské terminologie a dosavadní znalosti o této problematice, kde byly sestry seznámeny s cílem šetření a dokumentací, která bude v průběhu studie využívána. Na závěrečném semináři sestry hodnotily využitelnost klasifikace intervencí (Pain Management 1400) do záznamového archu. Subjektivně hodnotily efektivitu jednotlivých intervencí a jejich využití pomocí škály (ano určitě využitelné; ne, určitě nevyužitelné). Záměrně byla při hodnocení využita škála pro rozdělení jednoznačného tvrzení pozitivního či negativního hodnocení, jako prevence rozmělnění názorů při malém počtu respondentů.

Další část studie je zaměřena na samotnou práci s vytvořenou dokumentací – záznamovými archy k péči o nemocného s akutní či chronickou bolestí (NIC) – zde již bylo zařazeno pouze 10 sester, které prokázaly zájem o účast v šetření a byl tedy předpoklad odpovědného přístupu ke sběru dat. Připravené záznamové archy se staly součástí ošetřovatelské dokumentace vytypovaných nemocných s bolestí a sestry prováděly záznam přímo do připravených materiálů. Poslední čtvrtá aktuálně probíhající fáze spolu s třetí částí studie je zaměřena na statistické zpracování záznamů v připravené dokumentaci pro management bolesti u onkologicky nemocných.

<sup>10</sup> Pro přípravu dokumentace k implementaci NIC NOC klasifikace byly využity publikace autorek Mc Closkey, J. C.; Bulechek, G. M. Nursing Intervention Classification z roku 1996 a Johnson M.; Maas, M.; Moorhead, S. Nursing Outcomes Classification z roku 2000 – na základě double blind překlada.

### Výsledky

Pilotní studie byla původně zaměřena na celou populaci nelékařských zdravotnických pracovníků na IHOK (celkem 80 sester, ale vzhledem k tomu, že v tomto počtu byly zařazeny i pracovnice na mateřské dovolené či sestry tzv. na výpomoc byl konečný počet respondentů 50). Z dotazníkového šetření v nulté fázi projektu bylo využito pouze 40 dotazníků (4 dotazníky vyplněny nečitelně či přeškrtnuty odpovědi, 5 dotazníků vyplněno neúplně a 1 dotazník znehodnocen při vyplňování). K využívání klasifikace intervencí se vyjádřilo pouze 34 sester a do vlastního průzkumu a hodnocení využitelnosti ošetřovatelských intervencí bylo zahrnuto 30 sester. Do šetření zaměřeného na přímé využití klasifikace ošetřovatelských intervencí pomocí speciálně vytvořených formulářů ošetřovatelské dokumentace bylo zařazeno 10 sester (viz tabulka č. 1).

Z výsledků dotazníkového šetření (zařazeno 40 dotazníků – viz výše) vyplývá, že většina sester (98 %) neznala před zahájením studie pojmy NIC a NOC a bohužel 50 % dotázaných neznalo pojem NANDA. Nepotvrdila se statisticky významná závislost mezi délkou praxe a znalostmi sester (pojem NANDA, NIC, NOC) stejně jako se nepotvrdil vztah mezi dosaženým vzděláním a znalostmi sester (z celkového počtu sester je však přesvědčeno, že je vhodné využívat jednotnou ošetřovatelskou terminologii 94 %).

Při hodnocení využitelnosti klasifikace ošetřovatelských intervencí byly zaznamenány rozdíly vzhledem k věku sester a zvoleným intervencím jako určitě využitelným. Sestry zařazené do věkové kategorie 18 až 25 let častěji uváděly intervence nezaměřené pouze na jejich činnost v interakci s nemocným, ale byly schopny problematiku managementu bolesti zobecnit a akceptovat potřebu multidisciplinárního přístupu, stejně jako potřebu zapojení rodiny do procesu hodnocení a zvládání bolesti. Zatímco sestry ve věkové kategorii 26 – 35 let uváděly intervence týkající se jejich vlastní práce a kompetencí častěji.<sup>11</sup>

Výsledky subjektivního hodnocení sester ve druhé fázi pilotní studie budou dále srovnány s výsledky získanými ve třetí fázi studie, kdy sestry již využívaly speciální ošetřovatelskou dokumentaci a zaznamenávaly prováděné činnosti.

### Diskuse

Z průběhu a konání celé pilotní studie jednoznačně vyplývá, že sestry vnímají potřebu jednotné ošetřovatelské terminologie jako významnou. Nicméně ještě stále převládají pocity, že tím bude alespoň v prvních letech pokusů o implementaci narůst zatížení sester v přímé péči o nemocného. Je také zřejmé, že čím bude záznam intervencí náročnější na čas, tím menší bude ochota sester toto provádět. Je proto důležité sestry především adekvátně informovat a poté motivovat o plánovaných činnostech v souvislosti se snahou o využívání jednotné ošetřovatelské terminologie. Dle našeho názoru byl tento cíle pilotní studie splněn pouze částečně. V průběhu seminářů se podařilo sestry nejen seznámit s problematikou NNN klasifikace, ale postupně se naučily využívat formuláře pro záznam intervencí i hodnocení výsledků péče. Většina oslovených sester (78 %) by také byla ochotna zapojit se do implementace jednotné ošetřovatelské terminologie v praxi, ale tato aktivita je podmíněna také podporou ze strany zaměstnavatele (67 %). Motivace sester tak závisí nejen na jejich osobním postoji. Přesto je jednoznačně zřejmé, že přípravě sester a jejich motivaci v procesu zaměřeném na implementaci jednotné ošetřovatelské terminologie je potřeba v budoucnu věnovat více času.

Zajímavým zjištěním je, že sestry, které absolvovaly pregraduální studium dříve jsou více zaměřeny na činnosti spojené s přímou péčí o nemocného a nepojímají potřebu multidisciplinární spolupráce jako významnou na rozdíl od sester, které jsou v pracovním procesu do 3 let od absolutoria.

<sup>11</sup> Intervence a jejich využitelnost či nevyužitelnost dle názoru sester uvádí tabulka č. 2. Pro větší přehlednost byly zařazeny pouze ty intervence, u nichž sestry alespoň jednou zvolily variantu určitě nevyužitelné.