

Gabriela Vörösová, Andrea Solgajová,  
Alexandra Archalousová

---

# Ošetřovatelská diagnostika v práci sestry

---





Gabriela Vörösová, Andrea Solgajová,  
Alexandra Archalousová

---

# Ošetrovateľská diagnostika v práci sestry

---

**Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy**

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **restně stíháno**.

## **OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA V PRÁCI SESTRY**

**Hlavní autorka:**

doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD., *Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre*

**Spoluautorky:**

PhDr. Andrea Solgajová, PhD., *Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre*

doc. PhDr. Alexandra Archalousová, PhD., *Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre*

**Recenze:**

prof. Mgr. Katarína Žiaková, PhD.

doc. PhDr. Elena Gurková, PhD.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2015

Cover Photo © allphoto, 2015

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 6049. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková

Sazba a zlom Karel Mikula

Počet stran 208

I. vydání, Praha 2015

Vytiskla tiskárna Printo, spol. s r.o., Ostrava-Poruba

**Autorky děkují nakladatelství Grada Publishing, a.s., za podporu a vstřícnost při zpracování publikace.**

***Výsledky výzkumu byly podporovány grantovou agenturou APVV, grant číslo APVV-0532-10 Psychometrická analýza a syntéza existujících nástrojů na diagnostikování úzkosti a zvládání zátěže v ošetrovatelství.***

*Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.*

*Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.*

ISBN 978-80-247-5927-2 (ePub)

ISBN 978-80-247-5926-5 (pdf)

ISBN 978-80-247-5538-0 (print)

# Obsah

<b>Předmluva</b> . . . . .	<b>7</b>
<b>Úvod</b> . . . . .	<b>8</b>
<b>1 Kompetence sester pro diagnostiku</b> . . . . .	<b>9</b>
1.1 Ošetrovatelská praxe založená na důkazech . . . . .	24
1.2 Diagnostický proces . . . . .	27
1.3 Diagnostický algoritmus dysfunkčních potřeb . . . . .	35
<b>2 Nástroje měření v ošetrovatelské diagnostice</b> . . . . .	<b>39</b>
2.1 Kritéria pro nástroje měření v ošetrovatelství . . . . .	43
2.2 Vybrané nástroje měření v ošetrovatelství . . . . .	46
2.3 Přehled validačních studií nástrojů měření v našich podmínkách . . . . .	54
<b>3 Vybrané ošetrovatelské diagnózy</b> . . . . .	<b>56</b>
3.1 Akutní zmatenost . . . . .	56
3.1.1 Validace škály NEECHAM v podmínkách Slovenské a České republiky . . . . .	84
3.2 Chronická zmatenost . . . . .	96
3.3 Úzkost . . . . .	117
3.3.1 Validace měřicího nástroje NOC Úroveň úzkosti (1211) v podmínkách Slovenské republiky . . . . .	133
3.4 Strach . . . . .	140
<b>Literatura</b> . . . . .	<b>163</b>
<b>Závěr</b> . . . . .	<b>193</b>
<b>Přílohy</b> . . . . .	<b>195</b>
Příloha 1 – Škála zmatenosti NEECHAM . . . . .	195
Příloha 2 – Úroveň úzkosti (1211) . . . . .	199
Příloha 3 – HADS-A (Škála nemocniční úzkosti) . . . . .	201
<b>Seznam použitých zkratk</b> . . . . .	<b>202</b>
<b>Rejstřík</b> . . . . .	<b>205</b>
<b>Souhrn/Summary</b> . . . . .	<b>208</b>

### **Poděkování**

Poděkování patří našim kolegům a přátelům doc. PhDr. Tomáši Sollárovi, PhD., PhDr. Daně Zrubcové, PhD., a Mgr. Márii Semanišinové za jejich pomoc a inspirující spolupráci. Zároveň bychom chtěly poděkovat Mgr. Vlastě Wirthové za její vstřícnost a podporu při vydání knihy.

## Předmluva

Diagnostikování poskytuje ošetrovatelství schéma, v jehož rámci má organizovat svou vědu. Každá sestra je zodpovědná za to, aby aplikovala ošetrovatelské diagnózy opatrně a pečlivě. Sestra, která myslí kriticky, je schopna anticipovat pacientovy problémy a předcházet jim logickým zvažováním s použitím vědomostí a intelektuálních zručností, je schopna rozpoznat problém, vyhodnotit situaci a zvolit správnou alternativu k řešení problému. Neoddělitelnou součástí kritického myšlení je ošetrovatelská zkušenost. Rozhodující pro rozvoj ošetrovatelské vědy je schopnost sestry provést ošetrovatelské diagnostikování a předepsat ošetrovatelské činnosti, které vyústí do specifických reakcí pacienta. Usuzuje se, že je to nezávislá funkce profesionální sestry, jež má provádět diagnostikování a rozhodnout o průběhu činnosti, kterou je třeba plnit pro vyřešení problému. Sestra má pro potřeby objektivizace údajů o pacientovi, rodině a komunitě k dispozici nástroje měření. Hodnoticí nástroje zjednodušují její práci a také objektivizují posouzení, které realizuje. V zahraničí jsou ve zdravotnických zařízeních hodnoticí nástroje běžnou realitou a v početné míře jsou používány také sestrami v ústavní a v domácí péči. U nás zatím tyto metody využívají sestry jen sporadicky. V ošetrovatelské péči v USA, ale i v evropských zemích mají hodnoticí nástroje nezastupitelné místo. V anglické a německé literatuře nacházíme diametrálně odlišný počet článků věnovaných hodnoticím nástrojům než u našich sester. Sestry v zahraničí využívají hodnoticí nástroje ve větší míře a zaobírají se také jejich modifikací a přizpůsobováním podmínkám ošetrovatelské praxe. V našich podmínkách je možné sledovat snahu různých autorů validovat měřicí nástroje využitelné v klinické praxi ve vztahu k ošetrovatelským diagnózám. Je třeba poznamenat, že nástroje měření mají pozitiva, ale i negativa, jako je otázka terminologické správnosti při jejich překladu z originálu, absence národní validace nástroje, nevhodné použití nástroje, legislativní kritéria k jejich použití v klinické praxi apod. Vzdělání, zkušenosti a diagnostické kompetence sestry předpokládají vědomosti o jednotlivých ošetrovatelských diagnózách, které jsou řešené v rámci ošetrovatelského procesu. Vycházejíce z uvedených aspektů, zdůrazňujeme nutnost zefektivnit ošetrovatelskou praxi s použitím nejlepších možných důkazů pro péči o pacienty.

*Autorský kolektiv*

## Úvod

Monografie predkladá problematiku implementácie ošetrovateľskej diagnostiky v práci sestry. Autonomná činnosť sestry zahŕňa diagnostiku ošetrovateľských problémů v oblasti potrieb pacienta a erudovane používaní ošetrovateľskej terminológie a diagnostických pojmov. Zdôrazňujeme, že vo svete jde o niekoľikaletý kontinuálny proces. I přes zahraniční zkušenosti a výsledky výzkumů, které upozorňují na problémy spojené s vývojem ošetrovateľského diagnostikování, je tento proces u nás v začátcích, a proto se domníváme, že je třeba uvedené problematice věnovat náležitou pozornost. Diagnostický proces v ošetrovateľství předpokládá kompetence sestry v oblasti intelektuální, interpersonální a technické a rozvoj osobních silných stránek, tolerance nejednoznačnosti a používání reflexivní praxe. Monografie je rozdělená do tří tematických částí. V první kapitole se zabýváme problematikou kompetencí sester pro ošetrovateľskou diagnostiku, modelem reflexivního klinického uvažování, ošetrovateľstvím založeným na důkazech a algoritmem diagnostického procesu. Ve druhé části popisujeme nástroje měření, jejich kritéria, nejčastěji používané nástroje a podáváme přehled validačních studií nástrojů měření v našich podmínkách. Ve třetí části jsme rozpracovali teoretickou problematiku vybraných ošetrovateľských diagnóz – Akutní zmatenost, Chronická zmatenost, Úzkost a Strach. Uvádíme jejich definující rámec, diagnostické charakteristiky, epidemiologii, etiologické/související faktory, formy, klinický obraz, diagnostiku a diferenciální diagnostiku. Teoretická východiska jsou doplněna výsledky vlastních výzkumných studií, které vznikly v rámci grantu APVV-0532-10 *Psychometrická analýza a syntéza existujících nástrojů pro diagnostikování úzkosti a zvládání zátěže v ošetrovateľství*. Demonstrujeme příklady studií zkoumajících validitu měřicích nástrojů pro vybrané ošetrovateľské diagnózy. Jde o konstruktovou validitu škály NEECHAM pro hodnocení akutní zmatenosti a o konstruktovou – konvergentní validitu měřicího nástroje NOC – Úroveň úzkosti (1211) k hodnocení úzkosti. Ve světle získaných výsledků a jejich vzájemného diskuzního porovnání si dovoluujeme uvést naše podněty a náměty. Uvědomujeme si limity a podmíněnosti empirického bádání. Konkrétně zdôrazňujeme naléhavou potrebu jednotného používání diagnostických prvků sestrou v ošetrovateľské praxi a zkvalitňování diagnostické fáze ošetrovateľského procesu použitím adekvátních metod. Monografie je obohacena o postřehy a podněty recenzentů, za což jim patří ocenění a dík.



# 1 Kompetence sester pro diagnostiku

Podle Kurucové a kol. (2014, s. 58) v rámci odborné literatury existuje nejednotnost a rozdílnost přístupů v definování a následně v měření konceptu kompetence.

Pojem kompetence se používá v odborném i běžném jazyce a jeho význam není jednoznačný. Jako synonyma k pojmu kompetence je zvykem používat pojmy schopnost, zručnost, způsobilost, efektivnost, kapacita, požadovaná kvalita a další. Pojem kompetence se obvykle vztahuje na jedince, sociální skupiny a instituce, pokud úspěšně dosahují cíle a plní požadavky na ně kladené okolním prostředím (Turek, 2003b, s. 5). Pojem kompetence (*competence*) podle Hartla a Hartlové (2010, s. 256) je schopnost, způsobilost, kvalifikace. Kompetence je chování (činnost nebo komplex činností), které charakterizuje vynikající výkon v některé oblasti činnosti (Schoonover Associates, 2001). McMullanová et al. (2002, s. 285) upozorňují na pojmovou konfuzi a zaměňování anglických pojmů *competence* – *competency* – *capability* – *performance*. Manleyová a Garbett (2000, s. 347) zdůrazňují diferencování významů mezi pojmy *competence* a *competency*. Pojem *competence* se podle autorů vztahuje k popisu činností, chování nebo výsledků, které by měl jedinec prokázat v rámci výkonu svého povolání. *Competence* tak můžeme přeložit prostřednictvím českého ekvivalentu jako způsobilost k výkonu povolání, pravomoc nebo oprávnění k činnosti. Na druhé straně pojem *competency* se vztahuje k osobě, která danou činnost provádí, k jejím podstatným charakteristikám a kvalitám, jež vedou k efektivnímu vykonávání povolání. *Competency* se tak vztahuje k významu českého pojmu schopnosti, způsobilosti sestry. Woodruffeová (1993, s. 29) vymezuje pojem *competence* k danému povolání podobně, zatímco pojem *competency* k chování jednotlivce v rámci provádění odborných činností. Podle Smithové (2012, s. 172) můžeme pojem *competency* chápat jako průnik vědomostí, zručností a postojů.

McMullanová et al. (2002, s. 285–286) navrhují tři normativní konceptualizace, které tvoří bázi současných rozdílných přístupů k hodnocení pojmu *competence*.

- **Behaviorální přístup** – je využíván nejčastěji, především ve Velké Británii a evropských zemích. Kompetence (*competence*) je definována jako činnost, chování nebo výsledek, který je možné prokázat, sledovat a posuzovat. Vztahuje se k výkonu povolání.

- **Generický přístup** – více se orientuje na širší spektrum schopností jedince, které jsou konceptuálně propojené. Kompetence (*competency*) označuje základní charakteristiky jedince, které souvisejí s jeho odbornou činností (vědomosti, porozumění, kritické myšlení).
- **Komplexní, celostní přístup** – kompetence je vymezená jako dynamický, konstantně se měnící konstrukt, integrující vědomosti, zručnosti a postoje jedince s kontextem, ve kterém mohou být aplikovány. Výhodou uvedeného přístupu v porovnání s generickým je zakomponování kontextuálních faktorů a zdůvodnění reflexivní praxe.

Kurucová a kol. (2014, s. 59) uvádějí, že v našich podmínkách dominuje behaviorální přístup k hodnocení, což se projevuje také všeobecně v chápání kompetencí sester na legislativní úrovni. Na druhé straně kompetence sester tak, jak je vymezuje *International Nursing Council (INC)* ve svém dokumentu *Framework of Competencies for the Nurse Specialist* (INC, 2009, s. 6), se vztahují ke generickému přístupu, a tím ke všeobecnějšímu chápání kompetencí. V podmínkách Slovenské republiky kompetence sester legislativně upravuje vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z., podle které je rozsah ošetrovatelské praxe poskytované sestrou vymezený ve třech oblastech (rozsah ošetrovatelské praxe poskytované sestrou samostatně, na základě indikace lékaře a rozsah ošetrovatelské praxe poskytované sestrou ve spolupráci s lékařem). V podmínkách České republiky jsou legislativně stanoveny zákonem č. 96/2004 Sb., v současné době platnou vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (MZ ČR, 2011).

Kurucová a kol. (2014, s. 58–64) zjišťovali, jakou důležitost připisují sestry kompetencím při realizaci výkonů v rozsahu ošetrovatelské praxe poskytované sestrami samostatně, na základě indikace a ve spolupráci s lékařem, stejně jako míru uplatňování jednotlivých skupin kompetencí, které určuje vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z. Zaměřili se na identifikaci rozdílů v percepce důležitosti a v míře uplatňování jednotlivých kompetencí z hlediska typu oddělení a délky klinické praxe. Zjistili, že čím vyšší důležitost sestry dané kompetenci připisují, tím častěji ji v praxi i samostatně provádějí. Sestry ale nejčastěji uplatňují kompetence, které provádějí na základě indikace lékaře. Sestry v našem sociokulturním kontextu realizují častokrát výkony, které varírují od kompetencí lékařů až po kompetence pomocného zdravotnického

personálu. Sestry z chirurgických a pediatrických oddělení uváděly vyšší míru důležitosti v porovnání se sestrami z interních oddělení. Překvapivým zjištěním byla percepce důležitosti jednotlivých kompetencí z hlediska vzdělání. Sestry s vysokoškolským vzděláním neuváděly vyšší důležitost u kompetencí, které sestra provádí samostatně, sestry s magisterským vzděláním uváděly nejnižší percepci důležitosti v porovnání s jinými skupinami. Paradoxem podle Kurucové a kol. (2014, s. 63) je, že sestry právě během vysokoškolského vzdělávání získávají vědomosti a zručnosti k realizaci kompetencí, které provádějí samostatně, např. vedení dokumentace, identifikace potřeb pacienta, účast studentů na výuce, provádění auditu aj. Za nejdůležitější kompetenci sestry považovaly vedení ošetrovatelské dokumentace z důvodu vlastní právní ochrany.

Každá ošetrovatelská diagnóza vychází z posouzení situace, tj. z potřeb, problémů a stavu pacienta. Musí být jasná, stručná, přesná a musí se měnit tak, jak se mění pacientovy potřeby, problémy a stav. Oblast ošetrovatelské diagnózy zahrnuje jen takové stavy, jež jsou sestry schopné a oprávněné (kompetentní) zvládnout. Ošetrovatelská diagnóza je závěr, který je možné udělat pouze po pečlivém a systematickém procesu získání dat (Kozierová et al., 1995, s. 191).

Podle Lunneyové (in Herdman et al., 2010, s. 4–5, český překlad Kudlová) existují dva předpoklady, které jsou základem pro vývoj diagnostických kompetencí:

- Diagnóza v ošetrovatelství vyžaduje kompetence v oblasti intelektuální, interpersonální a technické.
- Diagnóza v ošetrovatelství vyžaduje rozvoj osobních silných stránek, tolerance dvojího významu a používání reflexivní praxe.

Podle Žiakové a kol. (2013, s. 602) používání ošetrovatelských diagnóz v klinické praxi přináší různorodé názory. Negativní faktory, resp. bariéry týkající se struktury a organizace práce ve zdravotnických zařízeních, nejednotnost terminologie apod. byly zjištěny ve vícero studiích, např. Paganinové et al. (2008, s. 150–157), Sarantové a Kinnunenové (2009, s. 464–476). Pozitivní faktory byly identifikovány jako edukační programy zaměřené na zlepšení diagnostických zručností – např. Björvellová et al. (2002, s. 34–42), Cruzová et al. (2009, s. 121–127) – a zavedení elektronické dokumentace – např. Gunningbergová et al. (2009, s. 1557). Paans et al. (2011, s. 2389) ve svém přehledu 24 studií

identifikoval čtyři skupiny faktorů ovlivňujících využívání a přesnost ošetřovatelských diagnóz v klinické praxi:

- **diagnostické kompetence** – zahrnují postoj a angažovanost k diagnóze, vědomosti související s daným problémem a diagnostikou, zručnosti při zdůvodňování, zvažování dané diagnózy
- **prostředky a vzdělávání v oblasti diagnostiky** – zahrnují usměrňované klinické zdůvodňování – argumentaci, edukaci v oblasti ošetřovatelského procesu, implementaci klasifikačních systémů, strukturované dokumentační záznamy
- **složitost, komplexnost situace pacienta** – zahrnuje kulturní rozdíly ve vyjadřování potřeb u pacienta, způsob vyjádření závažných diagnóz, závažné medicínské diagnózy ve specifických oblastech
- **nemocniční politika a prostředí** – zahrnuje počet pacientů na sestru, pracovní zátěž, čas strávený nad ošetřovatelskými diagnózami, dominanci biomedicínského modelu, administrativní zátěž, postoj lékařů k ošetřovatelské diagnostice, způsob vedení dokumentace na oddělení (Žiaková a kol., 2013, s. 602)

Macková a Zeleníková (2012, s. 391) na základě výsledků své studie uvádějí, že je mnoho faktorů ovlivňujících používání ošetřovatelské diagnostiky v praxi a právě zlepšení institucionální podpory může ulehčit implementaci ošetřovatelské diagnostiky v praxi. Pod tímto je možné chápat i zvyšování kompetencí sester v oblasti ošetřovatelské diagnostiky.

## Kompetence v oblasti intelektuální, interpersonální a technické

### Intelektuální kompetence

Představují podle Lunneyové (2003, s. 97) neviditelný aspekt ošetřovatelství, který je velmi důležitý pro toho, kdo má být diagnostikem. Tyto zručnosti zahrnují vědomosti o ošetřovatelských diagnózách, myšlenkové procesy k využívání vědomostí. Vědomosti musí být rozsáhlé a komplexní, sestry musí vědět, jak se dostat k informacím, které potřebují, a zdroje těchto vědomostí by měly být k dispozici vždy, když je to třeba. Kromě vědomostí je důležitým aspektem schopnost uvažovat. Kognitivně-analytické schopnosti, logické uvažování a aplikace standardů jsou tři myšlenkové procesy, jež jsou nezbytné pro přesnou diagnózu v ošetřovatelství. Tyto schopnosti se rozvíjejí např. prostřednictvím diskuze, jak by měly být informace strukturované

a interpretované, aby vedly ke stanovení přesné ošetrovatelské diagnózy u reálného pacienta v porovnání těchto existujících údajů vůči očekávaným údajům založeným na výsledcích výzkumu.

Podle Tannerové (2006, s. 204–211) výzkumné studie v ošetrovatelství ukázaly, že schopnosti kritického myšlení se velmi liší a že kritické myšlení je možné zlepšit pomocí edukace a úsilí. Na základě studia přehledu výzkumu o klinickém posuzování v ošetrovatelství uvádí alternativní model klinického posuzování.

Pesut a Hermanová (1992, s. 148–154) označují tuto schopnost jako metakognici s využitím relevantních konceptů myšlení pro ošetrovatelskou praxi.

**Kritické myšlení** definují a zdůrazňují ve svých pracích mnozí autoři, např. Lunneyová (2003, s. 106–112) popisuje potíže při dosahování přesnosti ošetrovatelských diagnóz, relevantnost kritického myšlení pro dosažení jejich přesnosti a také novější pohledy na kritické myšlení. Pro ošetrovatelskou praxi zdůrazňuje identifikované dimenze kritického myšlení jako důležité. Podle ní aplikace 7 kognitivních zručností a 10 způsobů myšlení ilustruje důležitost používání kritického myšlení pro přesnost ošetrovatelských diagnóz (navrhuje 10 strategií pro rozvoj schopností kritického myšlení).

Lunneyová (1997, s. 158–162) přehodnocuje současné poznatky ohledně inteligence a myšlení a dává tyto poznatky do souvislosti s učením se diagnostikovat lidské reakce a vybírat výsledky pacienta a ošetrovatelské intervence.

Oh et al. (2011, s. 3) ve své studii o vzdělávacích výsledcích korejských studentů ošetrovatelství uvádějí výsledkové ukazatele kritického myšlení, profesionalismu, lídrovství a komunikace. V jednotlivých ukazatelích byly vyhodnoceny rozdíly mezi studijními programy ošetrovatelství a akademickými roky.

Raymond-Seniuková a Profetto-McGrathová (2011, s. 45–51) se věnují diskuzi o filozofické problematice týkající se toho, zda se mohou studenti ošetrovatelství naučit kriticky myslet.

Schefferová a Rubenfeldová (2000, s. 357) použily delfskou techniku na vytvoření definice kritického myšlení pro ošetrovatelství. Podle nich je kritické myšlení v ošetrovatelství základní složka profesionální zodpovědnosti a kvality ošetrovatelské péče. U těch, kteří myslí kriticky, se projevují tyto způsoby myšlení: sebejistota, kontextová perspektiva, kreativita, flexibilita, zvědavost, intelektuální integrita, intuice, otevřenost, vytrvalost a reflexe. V kritickém myšlení v ošetrovatelství

se využívají kognitivní zručnosti: analýza, aplikování standardů, rozlišování, vyhledávání informací, logické zdůvodňování, předvídání a transformování vědomostí.

Alfaro-Lefevreová (2009, s. 7) zmiňuje tyto **charakteristiky kritického myšlení a klinického posuzování**:

- Jde o cílevědomé, informované, na výsledky orientované myšlení.
- Pozorně identifikuje klíčové problémy, otázky a rizika.
- Je založené na principech ošetrovatelského procesu, řešení problémů a vědeckých metod.
- Aplikuje logiku, intuici a kreativitu.
- Je řízené potřebami pacienta, rodiny a komunity.
- Vyžaduje strategie, které nejvíce využívají lidský potenciál.
- Vyžaduje neustálou opakovanou evaluaci, sebeopravování a snahu zlepšit se.

Ferová et al. (2009, s. 139–148) se věnuje identifikaci vzdělávacích potřeb nových a zkušených sester v oblasti kritického myšlení.

Yildirimová, Özkahramanová a Karabudaková (2011, s. 174–182) se zabývají učením kritického myšlení u studentů ošetrovatelství.

Profetto-McGrathová et al. (2009, s. 201) zdůrazňují využívání výzkumu u sester-edukátorek v západní kanadské provincii a vztah mezi využíváním výzkumu a jejich dispozicemi pro kritické myšlení.

Problematiku kritického myšlení uvádějí Kozierová et al. (1995, s. 192), Bruntová (2005, s. 262), Facione (1995, s. 1521), Anderson, Tredwayová (2009, s. 111), Banningová (2006, s. 458), Drennan (2010, s. 422) a další.

Turek (2003a, s. 9) seznamuje s mnohými definicemi kritického myšlení:

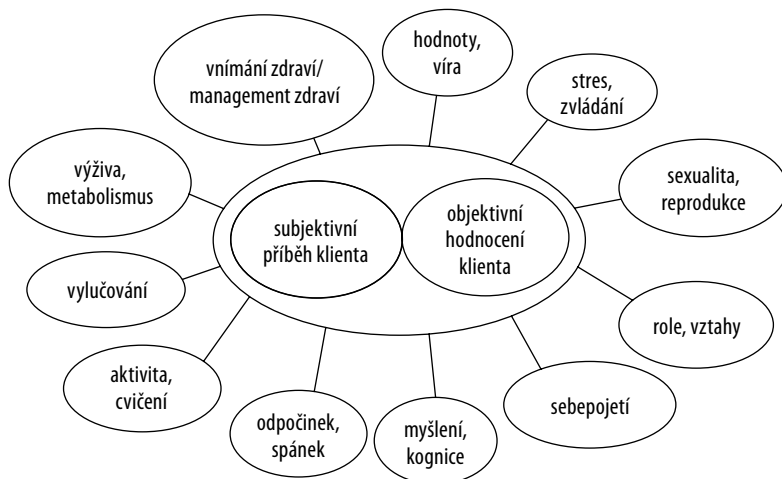
### ***Kritické myšlení***

- Je záměrná aplikace vyšších myšlenkových procesů: analýzy, syntézy, rozpoznání a řešení problémů, usuzování a hodnocení.
- Je tvoření logických úsudků.
- Je důsledná (disciplinovaná) mentální činnost zaměřená na hodnocení argumentů nebo výroků a na stanovení závěrů, které mohou vést k vytváření názorů a k jednání.
- Je záměrné, uvážlivé a cíleně orientované, aplikuje se při řešení problémů, formulaci úsudků, určování pravděpodobnosti a rozhodování.

Kritické myšlení vychází podle Kloostera a Merdita (2010, s. 134) z argumentů. Argument musí obsahovat tvrzení (myšlenku), odůvodnění tvrzení a důkazy, které podporují odůvodnění. Podle nich je kritické myšlení nezávislé a samostatné, vychází z informací a informovanosti, hledá a předkládá otázky, problémy a promyšlená zdůvodnění. Kritické myšlení je důležitým aspektem v profesionální přípravě a v povolání sestry. V přímé realizaci ošetrovatelské péče je podle Sedliakové (2012, s. 450) v metodě ošetrovatelského procesu kritické myšlení nezbytné. Sestra musí umět na základě vlastního posouzení a úsudku zhodnotit pacientovy problémy, hledat nejen možnosti jejich řešení, ale v případě potřeby dokázat také revidovat svá rozhodnutí a zároveň být za své jednání zodpovědná. Aby sestra dokázala kriticky myslet, musí být nositelkou způsobilostí, jako je schopnost specifikovat problém, posoudit informace týkající se problému a schopnosti řešit problémy. Zároveň by měla disponovat takovými afektivními dispozicemi, jako je schopnost interpretovat, analyzovat, hodnotit, usuzovat, vysvětlovat a regulovat se. Podle Tannerové (2006, s. 147 in Bradshaw, 2011) se musí studenti ošetrovatelství učit rozvíjet praktické znalosti, které rozšiřují učebnicové znalosti, aby prostřednictvím reflexe získali klinický úsudek ve stále složitějších situacích ošetrovatelství. Mnichovská deklarace (SZO, 2000, s. 16) kromě jiného zdůrazňuje zaměřit přípravu sestry a porodní asistentky i na schopnost „analytického a kritického myšlení“.

V podmínkách Slovenska k uvedené problematice v ošetrovatelství publikovali autoři Mesárošová, Vörösová (2004, s. 82), Vörösová a kol. (2007, s. 145), Sedliaková (2012, s. 446–455), v podmínkách České republiky Mastiliaková (2003, s. 46), Tóthová a kol. (2009, s. 130), Trešlová (2003, s. 36), Zeleníková (2006, s. 114), Valentová (2007, s. 677), Stehlíková, Trešlová (2010, s. 40–43), v psychologii Hartl a Hartlová (2010, s. 32, jde o snahu dostat se k úsudku pravdy), v ošetrovatelském managementu Škrta a Škrlová (2003, s. 400–403), ve vzdělávání sester Sikorová (2012, s. 12–13, zdůrazňuje klinickou úvahu, což může ulehčit stanovení ošetrovatelské diagnózy a následný plán ošetrovatelské péče). Klinická úvaha (*clinical reasoning*) podporuje kritické myšlení začínajících sester a studentů ošetrovatelství. V podmínkách slovenského ošetrovatelství je pacient posuzován podle funkčních vzorců zdraví M. Gordonové (obr. 1).

Pro potřebu kritického myšlení podle Kautze et al. (2006, s. 130) je vhodné použít alianci NNN (ošetrovatelské diagnózy NANDA, ošetrovatelské intervence NIC, ošetrovatelské výsledky NOC) jako klinic-



**Obr. 1** Mapa klinické úvahy (Sikorová, 2012, s. 14)

ký slovník, který pomáhá studentům v procesu myšlení řešit potřeby pacienta.

Fowler (1997, s. 355) uvádí, že tradiční plány péče se zaměřují na kognitivní aspekty situace a často ignorují kontext, ve kterém se pacient nachází, což nevede k adekvátnímu rozhodnutí sestry. Proto jsou např. navrhovány mapy, jež podporují pochopení složitých situací u studentů.

Pesut a Hermanová (1999, s. 237) definují klinickou úvahu (klinickou rozvahu uvádí Marečková a kol., 2013, s. 396) jako tvořivé a kritické myšlenkové procesy v porovnání se současným stavem pacienta a s jeho očekávaným výsledkem. Prioritní otázky pacienta je možné zaznamenat do mapy klinické úvahy a postupovat podle:

- ošetrovatelského procesu nebo
- modelu reflexivního klinického uvažování (*Outcome-Present-State Test, OPT*).

### **Model reflexivního klinického uvažování (OPT)**

Jedná se o model ošetrovatelského procesu třetí generace. Poskytuje strukturu pro klinické uvažování se zaměřením na výsledky, používající přístup systémového myšlení o vztazích mezi problémy ošetrovatelské péče související s případem konkrétního klienta.



Waltzová, Jenkinsová (2001, s. 352), Masters (2005, s. 347), Chabeliová (2007, s. 69–89), Farren (2010, s. 4), Johnsonová et al. (2012, s. 17), Dolák (2012, s. 26–27), Marečková a kol. (2013, s. 397) uvádějí, že model OPT na rozdíl od tradičního ošetrovatelského procesu poskytuje strukturu pro klinické myšlení, které se zaměřuje na výsledky, není to krokový lineární proces. Klinické uvažování, jež se zaměřuje na výsledky, je cennější a efektivnější než uvažování, které cílí na problémy. Díky porovnávání problémů a výsledků je možné se zaměřit na problémy a výsledky. Od sester a studentů ošetrovatelství se zde požaduje, aby současně zvažovali vztahy mezi diagnózami, intervencemi a výsledky, a přitom věnovali pozornost důkazům používaným k vyvozování úsudků. Model se nezabývá jen jedním problémem, ale požaduje, aby sestra zvažovala několik identifikovaných problémů současně a rozlišila, který problém nebo záležitost je hlavní a nejdůležitější ve vztahu ke všem ostatním problémům.

Jakmile je určený klíčový problém, pozornost je věnována specifikaci výsledků, které řeší problémy nebo současný stav. Potom sestra identifikuje důkazy pro dosažení výsledků. Významné je, že model OPT obsahuje vědomosti klasifikované v ošetrovatelských taxonomiích NANDA, NIC a NOC (Kautz et al., 2006, s. 129–138).

Bulecheková, Butcherová, Dochtermanová (2008, s. 65–68), Kuperová et al. (2008, s. 1–13), Johnsonová et al. (2012, s. 16–21) a Dolák (2012, s. 26–27) uvádějí, že model OPT se zaměřuje na výsledky a povzbuzuje myšlení k posunu pacienta z jeho aktuálního zdravotního stavu na požadovaný stav. Součástí modelu je klientův příběh, klíčové problémy, podnětná logika, uvažování, vymezení, testování, rozhodování a rozhodnutí.

### *Fáze modelu OPT*

- Model začíná ***vyslechnutím pacientova příběhu v kontextu***. Vyslechnutí pacientova příběhu poskytuje důležité informace ohledně kontextu, hlavních otázek a pochopení pro klinické uvažování a potřebnou péči. Vyprávění nebo příběhy jsou hlavní formou, kterou lidská zkušenost dostává význam. V modelu OPT je hodnocení pro účely získávání informací nahrazováno pozorným a soucitným nasloucháním pacientovu příběhu, jímž je rozšiřováno diagnostické naslouchání. Osoba, o kterou se staráme, je upřednostňovaná a dostává se jí dokonalejšího pochopení jejích problémů. Pozorné vyslechnutí pacientova příběhu může v kontextu ulehčit utváření uzdravujícího

partnerství sestry–pacienta, reagovat na skutečné obavy pacienta a napomáhat pacientově schopnosti nacházet v dané situaci smysl. Sestra zjišťuje klientův příběh, začleňuje ho do určitého rámce prostřednictvím myšlenkového modelu, který dává smysl, dále zjišťuje jazyk, přehlednost a způsob uspořádání informací, jež jsou relevantní pro pochopení situace klienta.

- **Rámcování/mapování událostí** nebo situací je podobné jako použití čočky, přes kterou se díváme a vykládáme si pacientův příběh. Rámcování/mapování pacientova příběhu napomůže sestře zaměřit se na relevantní informace o pacientově situaci, povede ji při kladení podstatných otázek i smysluplném uspořádání získaných informací a poskytne jí vědecké pochopení a zdůvodnění toho, proč a jak je třeba řešit klientovy starosti (Masters, 2005, s. 347; Waltz, Jenkins, 2001, s. 352; Bulechek, Butcher, Dochterman, 2008, s. 66; Sikorová, 2012, s. 14; Dolák, 2012, s. 28). Sikorová (2012, s. 14) uvádí, že sestra ve fázi posouzení pacienta zaznamenává kromě subjektivních údajů i výsledky zjištěné prostřednictvím objektivizačních nástrojů a metod. V podmínkách slovenského a českého zdravotnictví je pacient obvykle posuzován pomocí *Gordon Assessment tool* – posuzovacího nástroje Gordonové – tj. funkčních vzorců zdraví. S tímto nástrojem se dobře pracuje u hospitalizovaných pacientů. Hodnotící kategorie Gordonové se skládají z 11 oblastí: management vnímání zdraví, výživa, metabolismus, vylučování, aktivita/cvičení, spánek/odpočinek/pohodlí, kognice, myšlení, sebepojetí, role/vztahy, sexualita/reprodukce, zvládnání/stres a hodnoty/víra. Posouzené údaje pacienta se potom vkládají do příslušných kruhů v diagramu a výsledkem je mapa klinické úvahy. Myšlenková část tohoto procesu vzniká tehdy, když sestra ukazuje souvislosti mezi údaji tím, že kreslí linie spojující různé údaje, které se navzájem ovlivňují. U pacienta s komplexním problémem bude několik linií spojujících kruhy. Kruhy s většinou linií směřujících k tomuto problému poukazují na hlavní problém, se kterým se dále může pracovat v síti klinické úvahy.
- **Podnětná logika** je záměrné strukturování dat pacienta v kontextu za účelem rozpoznání smyslu pro ošetrovatelskou péči. Klinické důkazy o pacientovi v kontextu jsou zpracovány v souladu s podnětnou logikou sestry. Podnětná logika prostřednictvím ošetrovatelské teorie přispívá informacemi, které napomáhají při strukturování nebo „rámcování“ konkrétní situace. Podnětná logika je utvářena stejně

vzpomínkami nebo hledáním schémat, tj. vzorců z minulých zkušeností, jež je možné aplikovat na současnou situaci. Zároveň sestra používá reflexi, což je proces pozorování sebe sama při současném zamýšlení nad pacientovými situacemi. Cílem reflexe je dosáhnout co nejlepších myšlenkových procesů. Čím větší je reflexe, tím vyšší je kvalita poskytované péče. Když se sestra pohybuje tam a zpět mezi příběhem pacienta a podnětnou logikou vedenou konkrétním rámcem, který dodává smysl vazbám mezi jednotlivými podněty, dostává pacientův současný stav stále konkrétnější podobu (Masters, 2005, s. 348; Waltz, Jenkins, 2001, s. 353; Bulechek, Butcher, Dochterman, 2008, s. 67; Sikorová, 2012, s. 13; Dolák, 2012, s. 28).

- **Současný stav** je popis pacienta v kontextu nebo popis počátečního stavu. Současný stav se časem může měnit, což bude výsledek ošetrovatelské péče a změny v povaze pacientovy situace. Otázky popisující současný stav je možné uspořádat pomocí identifikace ošetrovatelských diagnóz prostřednictvím NANDA. Díky ošetrovatelským vědomostem nebo zaměřením se na volby pacienta jsou identifikovány výsledky, jež ukazují požadovaný stav pacienta. Výsledky NOC poskytují prostředek k identifikaci výsledného stavu a jsou identifikovány porovnáváním specifického výsledného stavu s údaji současného stavu tím, že se poskládají vedle sebe (Masters, 2005, s. 349; Waltz, Jenkins, 2001, s. 353; Bulechek, Butcher, Dochterman, 2008, s. 68; Sikorová, 2012, s. 14; Dolák, 2012, s. 28).
- **Testování** je proces myšlení o tom, jak budou doplněné mezery mezi současným stavem (diagnózy NANDA) a požadovaným stavem (výsledky citlivé na ošetřování NOC). V průběhu testování sestra poskládá vedle sebe současný stav a výsledný stav, a přitom zvažuje, jaké intervence NIC je možné použít k přemostění mezer (Masters, 2005, s. 349; Waltz, Jenkins, 2001, s. 354; Bulechek, Butcher, Dochterman, 2008, s. 68; Sikorová, 2012, s. 12; Dolák, 2012, s. 28).
- **Rozhodování** je proces volby a realizace konkrétních ošetrovatelských intervencí. Sestra identifikuje ošetrovatelské intervence a konkrétní ošetrovatelské činnosti, které pacientovi pomohou při dosahování požadovaných výsledků. Taxonomie NIC v tomto textu ulehčí identifikaci standardizovaných ošetrovatelských intervencí, jež jsou vybrány na základě schopnosti pomoci pacientům přejít od problémových stavů k očekávaným výsledkům (Masters, 2005, s. 349; Waltz, Jenkins, 2001, s. 355; Bulechek, Butcher, Dochterman, 2008, s. 68; Sikorová, 2012, s. 16; Dolák, 2012, s. 28).

- **Úsudek** je proces vyvozování závěrů na základě přijatých opatření.

Model OPT poskytuje strukturu, která spojuje NANDA, NIC a NOC, a představuje velký krok dopředu v rozvoji rozhodovacích modelů v ošetrovatelské praxi. Důraz klade na zjišťování pacientova příběhu, rámcování/zmapování příběhu do teoretického kontextu specifického pro daný obor, začlenění reflexivního myšlení, ošetrovatelské výsledky, identifikování vztahů mezi ošetrovatelskými diagnózami a identifikovanými klíčovými otázkami a přináší výraznou výhodu proti tradičnímu ošetrovatelskému procesu (Masters, 2005, s. 349; Waltz, Jenkins, 2001, s. 355; Bulechek, Butcher, Dochterman, 2008, s. 68; Sikorová, 2012, s. 12; Dolák, 2012, s. 28).

Marečková a kol. (2013, s. 396–405) prezentují svou pilotní studii o přesnosti klinické rozvahy studentů při výuce jednotlivých kroků ošetrovatelského procesu. Do studie zařadili  $n = 15$  studentů bakalářského studijního programu všeobecná sestra. Připravili soubor protokolů, které vycházely z principů modelu OPT podle autorů Pesuta a Hermanové (1998, s. 29–36). Protokoly sloužily k zápisu určujících znaků, souvisejících nebo rizikových faktorů NANDA International, jež studenti vyvozovali z charakteristiky pacienta – kazuistiky. V návaznosti na diagnostický závěr pak studenti zapisovali vybrané oblasti NOC pro hodnocení pacienta a vybrané ošetrovatelské intervence NIC. V testovacích protokolech byla sledována přesnost záznamů. K uvedení míry přesnosti sloužil autory studie modifikovaný hodnoticí nástroj modelu OPT. Výsledky pilotní studie potvrdily reliabilitu modifikovaného hodnoticího nástroje OPT. Aplikovatelnost pracovních protokolů potvrdily autorky výzkumem. Studenti doporučili upravit formulaci textu v popisech pacientů pro další obsahovou validaci.

Kuiperová et al. (2008, s. 5) se opírají o 87% *inter-rater reliability* hodnoticího nástroje OPT. Kautz et al. (2005, s. 1–19) potvrdili pozitivní efekt využití modelu OPT ve výuce ošetrovatelského procesu a prezentovali signifikantní ovlivnění zručností studentů pro klinickou rozvalu v oblasti volby vhodných ošetrovatelských intervencí podle terminologie Aliance 3N. Bartlettová et al. (2008, s. 337–344) a Blandová et al. (2009, s. 14–21) popsali pozitivní efekt modelu OPT ve výuce pro zlepšení zručností klinické rozvahy studentů po 4 týdnech intenzivní výuky. Pesut a Hermanová (1998, s. 29–36) uvádějí, že Lunneyová – ikona ošetrovatelské vědy a výuky – pro tento účel doporučuje využívat u studentů ošetrovatelství vědomosti a zručnosti získané praktickým

nácvikem v kombinaci s metakognicí, přemýšlením o vlastním stylu, metodách a strategiích poznávání. Podle nich se za takových okolností metakognice stává klíčem ke kritickému myšlení a k rozvoji profesionální klinické rozvahy. Pro studium posouzení stavu potřeb pacienta a studium ošetrovatelského procesu jako celku podle Lunneyové je zásadní vést studenty k porozumění případu pacienta a k porozumění a implementaci standardizovaných ošetrovatelských terminologií.

Delfská studie ošetrovatelských odborníků na kritické myšlení podle Schefferové a Rubenfeldové (2000, s. 352–359) vytvořila 7 kognitivních zručností a 10 návyků mysli (způsobů myšlení), které byly považovány za vysoce relevantní pro ošetrovatelskou praxi. Sestry by měly těchto 17 konceptů myšlení používat pro „přemýšlení o svém myšlení“. V jakékoliv situaci se pravděpodobně používají 2 nebo více kognitivních zručností.

**Kognitivní zručnosti** podle Schefferové a Rubenfeldové (2000, s. 352–359)

- **Analýza** – separace nebo rozdělení celku na části s cílem objevit povahu, funkci a vztahy: „Zkoumal jsem to kousek po kousku.“ „Roztřídil jsem věci.“
- **Aplikace standardů** – posuzování podle zavedených osobních, odborných nebo sociálních pravidel nebo kritérií: „Posuzoval jsem to podle ...“
- **Rozlišování** – rozpoznávání rozdílů a podobností mezi věcmi nebo situacemi a důkladné rozlišování podle kategorie nebo úrovně: „Seškusil jsem věci dohromady.“
- **Vyhledávání informací** – vyhledávání důkazů, faktů nebo poznatků prostřednictvím identifikace relevantních zdrojů a získáváním objektivních, subjektivních, historických a současných dat z těchto zdrojů: „Věděl jsem, že potřebuji vyhledat/zkoumat...“ „Neustále jsem vyhledával data.“
- **Logické zdůvodňování** – vytváření úsudků nebo závěrů, které jsou podporovány nebo odůvodněny důkazem: „Vydědukoval jsem z informací, že...“ „Moje odůvodnění pro závěr je...“
- **Předvídaní** – představení si plánu a jeho následků: „Představil jsem si, že výsledek bude...“ „Byl jsem připravený na...“
- **Transformování vědomostí** – změna nebo konvertování stavu, povahy, formy nebo funkce konceptů mezi kontexty: „Vylepšil jsem si základy pomocí...“ „Byl jsem zvědavý, zda se to bude hodit pro danou situaci.“

### **Způsoby myšlení**

- **sebejistota** – záruka schopností uvažování
- **kontextová perspektiva** – zvážení celé situace, včetně vztahů, východisek a prostředí, relevantní pro určitou událost
- **kreativita** – intelektuální vynalézavost použitá k vytvoření, objevení nebo přetvoření nápadů; představování si alternativ
- **flexibilita** – kapacita pro adaptaci, upravení, modifikování nebo změnu myšlenek, nápadů a chování
- **zvědavost** – horlivost poznávat prostřednictvím vyhledávání poznatků a chápání přes pozorování a hloubavé dotazování s cílem zkoumat možnosti a alternativy
- **intelektuální integrita** – hledání pravdy prostřednictvím upřímných, čestných procesů, dokonce i tehdy, pokud jsou výsledky protichůdné s vlastními předpoklady a názory
- **intuice** – vnitřní smysl poznání bez vědomého použití rozumu
- **otevřenost** – stránka charakterizovaná tím, že je člověk přístupný divergentním názorům a citlivý na vlastní zkreslení
- **vytrvalost** – plnění postupu s odhodláním překonat překážky
- **reflexe** – uvažování nad předmětem, obzvlášť vlastními předpoklady, a přemýšlení pro účely hlubšího pochopení a vlastní evalvace

**Delfská metoda** je podle Gurkové (2009, s. 20–21) způsob etapovitého získávání informací (názorů a myšlenek) od skupiny (panelu) odborníků (expertů) s cílem dosáhnout jejich názorového konsenzu k dané problematice. Mezi základní charakteristiky patří anonymita, iterace (opakování) s kontrolovanou zpětnou vazbou, individuální vstupy expertů a získání skupinové odpovědi. Návyky mysli podporují kognitivní zručnosti a kombinace těchto schopností kritického myšlení, které jsou potřebné pro klinické situace, je pravděpodobně unikátní, proto sestry musí rozvíjet všechny procesy kritického myšlení a ne se zaměřit jen na některé z nich. Schopnosti kritického myšlení jsou nezbytné pro dosažení přesných interpretací údajů o pacientech a vhodný výběr intervencí a výsledků, tedy rozvíjení schopností myslet na vysoké úrovni, je jednou z důležitých priorit.

### **Interpersonální kompetence**

Předpokládají využívání výjimečných interpersonálních komunikačních zručností u sester, a tím získání důvěry pacienta. Podle Munhallové (1993, s. 125) musí sestra vycházet z toho, že pacienta dobře nezná.

Důležitým předpokladem, jak toto realizovat, je naslouchání a dobrá spolupráce s pacientem a rodinou. Naučit se tyto zručnosti je výzvou, aby interpersonální aspekt ošetrovatelství byl nedělitelnou součástí učení, jak používat ošetrovatelské diagnózy (Herdman et al., 2010, s. 6, český překlad Kudlová).

### **Technické kompetence**

Jsou nezbytné pro uskutečnění ošetrovatelského hodnocení. Získání platných a spolehlivých údajů je klíčové pro používání ošetrovatelských diagnóz. Tyto kompetence jsou spojené se schopností získat informace pro zdravotní anamnézu a základní fyzikální vyšetření (Herdman et al., 2010, s. 6, český překlad Kudlová). Cetlová a Dvořáková (2011, s. 96) zdůrazňují získávání aktuálních informací o pacientovi, které jsou nezbytné pro sestavení ošetrovatelského plánu. Ošetrovatelská anamnéza a ošetrovatelský screening se zjišťuje podle stavu, nejpozději ale do 8 hod. od přijetí pacienta.

### **Osobnostní schopnosti sestry**

Podle autorů Bennerová et al. (1992, s. 13), Cash, (1995, s. 528), Gobet, Chassy (2008, s. 131), Gillespieová a Patersonová (2009, s. 164) je důležité, aby každé rozhodnutí, jež sestra přijme, odpovídalo kontextu situace a konkrétní povaze jedince, rodiny nebo komunity, se kterými pracuje. Pomocí zkušenosti se sestry seznamují s mnohými typy kontextových situací, jež mohou pozitivně ovlivnit diagnostické schopnosti. Tolerance nejednoznačnosti a reflexivní praxe umožňuje sestřám osvojit si tyto kontextové zkušenosti pro pokračování jejich profesionálního vývoje od nováčků po odborníky.

### ***Tolerance nejednoznačnosti***

Existuje mnoho faktorů, které ovlivňují klinické situace, jako např. politika agentury, popis práce sestry a dostupnost zdrojů. Tolerance nejednoznačnosti umožňuje sestřám brát do úvahy širokou škálu ovlivňujících faktorů v rámci diagnostického procesu a schopnosti zaměřit se na nejpřesnější diagnózy k dosažení kvalitních služeb jedincům, rodinám a komunitám. Zde je třeba podotknout, že ti, kterým sestry poskytují péči, jsou extrémně složité a rozdílné bytosti, především pokud jde o jejich reakce a zkušenosti, proto s touto skutečností sestry musí zacházet jako s realitou a tolerovat ji (Herdman et al., 2010, s. 7, český překlad Kudlová).