

# ZDRAVIE V KONTEXTE OŠETROVATEĽSTVA

---

*Gabriela VÖRÖSOVÁ*

**Abstrakt:** Dnes sa podľa prevládajúceho konsenzu tvorcov ošetrovateľskej vedy uskutočňuje metaparadigmatické vymedzenie predmetu jej skúmania predovšetkým pomocou štyroch základných pojmov, okrem osoby, prostredia a ošetrovateľskej starostlivosti tam patrí aj zdravie. Zdravie je definované ako stav pohody (well-being) osoby ako príjemcu ošetrovateľskej starostlivosti v čase ošetrovania. Daný stav sa môže u príjemcu pohybovať v rozmedzí od jeho najvyššieho stupňa až po prítomnosť terminálneho ochorenia. Ošetrovateľstvo ako teoreticko-praktická disciplína zohľadňuje okrem teoreticko-výskumných cieľov aj prakticko-klinické ciele a to v ošetrovateľskom procese zachovať zdravie a kvalitu života, resp. eliminovať chorobu pacienta. Konkretizácia týchto aspektov spadá do kompetencie konceptuálnych modelov a na ne nadväzujúcich ošetrovateľských teórií. V kognitívnej štruktúre ošetrovateľstva nachádzame jej jazykovú a činnostnú stránku. Ide o horizontálnu a vertikálnu stránku vedy, ktorá sa premieta do odbornej terminológie. Štandardizovaný jazyk ošetrovateľstva zahŕňa aspekty zdravia a rieši ich prostredníctvom klasifikačných systémov napr. NANDA, NIC, NOC, POP.

**Kľúčové slová:** zdravie, ošetrovateľstvo, metaparadigma, konceptuálny model, klasifikačné systémy

Zdravie je pre ošetrovateľstvo jedným zo základných pojmov. Zahrnuje viaceré komponenty, a to fyzické, psychické, spirituálne, sociálne, intelektuálne a environmentálne. V súčasnej dobe nenachádzame jednotu v definícii pojmu zdravie (Farkašová et al., 2005). Vieme, ako dosiahnuť určitú úroveň zdravia, no stále ešte nevieme merať zdravie (Kozierová et al., 1995). Niektorí autori, ako uvádza (Bartlová, 2005) sa dokonca domnievajú, že zdravie nie je možné definovať. Najznámejšie je jeho vymedzenie Svetovou zdravotníckou organizáciou z roku 1947, ktorá definuje „zdravie ako stav úplnej fyzickej, psychickej a sociálnej pohody, a nielen ako chýbanie choroby či slabosti“ (Kozierová et al., 1995; Farkašová et al., 2005). Pojem zdravie chápú ľudia rozlične, súvisí to so spoločnosťou, v ktorej človek žije, so vzdelaním, hodnotovým systémom človeka, s tým, čo rozumie pod pojmom zdravie a čo pre neho zdravie znamená. Vzhľadom k problémom s definíciou zdravia bývajú pre vedecké účely často vytvárané tzv. operačné definície zdravia, ktoré sú orientované na tie charakteristiky zdravia, resp. chorôb, ktoré sú relevantné k cieľu zamýšľanej štúdie. Zdravie má výraznú objektívnu i subjektívnu zložku. Čím hlbšie je študované, tým výraznejšie vystupuje jeho celostný a hodnotový charakter. Hodnotová stránka zdravia dominuje hlavne v poslednej dobe, historicky však nejde o celkom nový aspekt (Kozierová et al., 1995; Farkašová et al., 2005).

## Zdravie v metaparadigme ošetrovatel'stva

Názory niektorých autoriek na metaparadigm ošetrovatel'stve uvádza Kubicová, Musilová (2005):

1. Donaldson a Crowley uvádzajú, že „ošetrovatel'stvo študuje celok alebo zdravie človeka, pričom berie do úvahy, že človek je v sústavnej interakcii so svojim prostredím“.
2. Meleisová uvádza, že „sestra vstupuje do interakcie s ľudskou bytosťou v situácii zdravia alebo choroby, ktorá je integrálnou súčasťou v istom stave prechodu. Interakcie medzi sestrou a pacientom sa organizujú okolo istého cieľa (ošetrovatel'ského procesu) a sestra používa určité úkony (ošetrovatel'ské postupy), aby podporila, dosiahla alebo facilitovala zdravie“.
3. Kimová vytypovala štyri oblasti ošetrovatel'stva:
  - a) oblasť osoby sa zaoberá jej vývojom, problémami a skúsenosťami so zdravotnou starostlivosťou,
  - b) oblasť osoby a sestry sa sústreďuje na stretnutie s pacientom a interakcie medzi nimi v procese poskytovania ošetrovatel'skej starostlivosti,
  - c) oblasť praxe zdôrazňuje kognitívne, behaviorálne a sociálne hľadiská odborných úkonov sestier,
  - d) oblasť prostredia sa zaoberá časom, priestorom a kvalitatívnymi premenami v prostredí osoby.

Základy ošetrovatel'skej metaparadigmy sformulovala v svojich priekopníckych dielach (1858–1874) už Florence Nightingaleová, keď identifikovala a opísala väčšinu jej základných pojmov. K jej systematickému rozpracovaniu však došlo až v druhej polovici 20. storočia. Dnes sa podľa prevládajúceho konsenzu tvorcov ošetrovatel'skej vedy uskutočňuje metaparadigmatické vymedzenie predmetu jej skúmania predovšetkým pomocou štyroch základných pojmov – (1) osoba, (2) **zdravie**, (3) prostredie, (4) ošetrovatel'ská starostlivosť a na ne naväzujúcich štyroch nerelačných (analytických, definičných) a štyroch relačných (syntetických) tvrdení, ktoré ich konštitutívnym spôsobom definujú, resp. opisujú ich vzájomné vzťahy (Palenčár, 2003; Palenčár, 2010; Kubicová, Musilová, 2005; Kozierová et al. 1995; Krišková, Willardová, Culp, 2003; Pavlíková, 2006). Podľa Kozierovej et al. (1995) v definícii zdravia niet jednoty. Podľa Florence Nightingaleovej (1969), zakladateľky profesionálneho ošetrovatel'stva zdravie znamená dobre sa cítiť a naplno využívať svoje sily. Takmer všetky teoreticky ošetrovatel'stva vo svojich prácach definujú zdravie. Kozierová et al. (1995) cituje niektoré teoreticky ošetrovatel'stva napr. Dorothy E. Johnsonovú (1980) podľa ktorej „Zdravie je prchavý, dynamický stav ovplyvňovaný biologickými, psychologickými a spoločenskými faktormi. Zdravie sa odráža v organizácii, interakcii, súvzťažnosti a integrovanosti subsystémov behaviorálneho systému. Ľudia sa usilujú o rovnováhu v ich systéme; tá vedie k funkčnému správaniu. Nerovnováha v štruktúrnych, či funkčných atribútoch subsystémov vyvoláva poruchy zdravia“. Podľa Dorothy Oremovej (1985) „Zdravie je stav individua charakterizovaný zdravým či úplným vývojom ľudských štruktúr a telesnej i duševnej funkčnosti. Slovo „blaho“ sa používa v zmysle vnímaného stavu existencie individua. Je to stav charakterizovaný zážitkom spokojnosti, radosti a šťastia, duchovným smerovaním k naplneniu sebaideálu a pokračujúcej personalizácie. Je asociovaný so

zdravým, úspechom v osobných predsavzatiach a dostatkom zdrojov“. Callista Royová (1984) uvádza „Zdravie je stav a proces bytia a stávania sa integrovaným a celistvým“.

Penderová (1996) definovala svoj model upevňovania zdravia. Je založený na sociálnej teórii, ktorá podčiarkuje dôležitosť poznávacieho procesu pri zmene správania v prospech zdravia (Farkašová, 2005; Krišková et al., 2003; Skokňová, 2004, Nemcová, Hlinková et al. 2010). Nola Penderová vytvorila model, ktorý vychádza z poznatkov medicíny, psychológie, pedagogiky a sociológie. Predpokladá, že jedinec má prirodzenú náklonnosť byť zdravým. Vlastná definícia zdravia má pre jedinca väčší význam ako všeobecné vyhlásenia o zdraví. Stredobodom modelu je osoba, ktorá sa prejavuje jedinečným spôsobom, podľa jej kognitívno-percepčných a modifikujúcich faktorov, ktoré vo vzájomnom vzťahu vplyvajú na správanie upevňujúce zdravie. Model pozostáva z:

1. Kognitívno-percepčných faktorov, ktoré sú definované ako primárne motivujúce mechanizmy správania:
  - a) Význam zdravia pre jedinca – zdravie je prioritou u jedinca, ktorý si ho veľmi váži, čo spôsobuje, že aj jeho správanie smeruje k ochrane vlastného zdravia.
  - b) Vnímaná kontrola zdravia – jedinec, ktorý je motivovaný túžbou po zdraví, zameriava svoje správanie na zvýšenú kontrolu zdravia.
  - c) Pozitívne ovplyvňovania vlastného zdravia – jedinec, ktorý má schopnosti pozitívne ovplyvňovať svoje zdravie, prejavuje túto schopnosť v správaní.
  - d) Individuálna definícia zdravia – zmeny správania jedinca vo vzťahu k vlastnému zdraviu ovplyvňuje jeho individuálna definícia zdravia v škále od neprítomnosti choroby až po vysoký stupeň pohody.
  - e) Vnímania svojho zdravotného stavu – jedinec, ktorý sa cítil chorý, sa spravidla začne správať spôsobom upevňujúcim vlastné zdravie.
  - f) Osoh zo správania upevňujúceho zdravie – osoh motivuje jedinca začať alebo pokračovať v takomto správaní.
  - g) Bariéry pre správanie upevňujúce zdravie – bariéry vznikajú, keď je jedinec presvedčený, že aktivity alebo správanie je náročné alebo neuskutočniteľné, čo môže mať negatívny vplyv na začatie alebo angažovanie sa v zmenách správania v prospech zdravia.
2. Modifikujúcimi faktormi pre správanie orientované na upevňovanie zdravia je jedinca vek, pôvod, vzdelanie, príjem, telesná hmotnosť, znaky rodiny. Kognitívno-percepčné faktory majú priamy a modifikujúce faktory nepriamy vplyv na správanie orientované na upevňovanie zdravia. Pri používaní modelu je potrebné identifikovať kognitívno-percepčné faktory u jedinca, ktoré sú modifikované situačnými, osobnými a medziľudskými charakteristikami. Uvedené faktory sa spolu podieľajú na správaní upevňujúcom zdravie a motivujú k akciám, ktoré sa prezentujú v správaní. Ide o vplyv vzťahujúci sa na aktivitu, spracovanie plánu aktivity, nastolenie požiadavky a preferencie orientované na upevňovanie zdravia.

Model predpokladá nasledujúce koncepcie správania, ktoré integrujú uvedené faktory:

- 1) Predchádzajúce správanie má priamy aj nepriamy vplyv na správanie upevňujúce zdravie. Je zamerané na vnímanie vlastnej schopnosti pozitívne smerovať svoje správanie aj vzhľadom na minulé skúsenosti.

- 2) Vplyv vo vzťahu k aktivitám predpokladá pozitívne aj negatívne pocity spojené s určitým správaním, ktoré priamo vplyvávajú na správanie a nepriamo ovplyvňujú schopnosti jedinca pozitívne pôsobiť na vlastné zdravé správanie.
- 3) Spoluúčasť na pláne akcií obsahuje stimul smerom k plánovanej stratégii podieľať sa na správaní v prospech svojho zdravia.
- 4) Popudy k správaniu a preferencie obsahujú vylepšený koncept „osohu a bariér“, ide o plánované správanie, ktoré sa vyskytuje pred začatím aktivít.

Pri použití modelu v komunite sestra posudzuje uvedené faktory, ich vzájomnú interakciu a vplyv na jednotlivé koncepcie správania. Na základe posúdenia a analýzy stavu sestra plánuje aktivity pre zmeny správania orientovaného na upevňovanie zdravia jedinca. Model je použiteľný pre dospelú populáciu a deti staršie ako 10 rokov. Penderová identifikovala upevňovanie zdravia ako cieľ pre 21. storočie rovnako, ako bola prevencia chorôb úlohou pre 20. storočie (Skokňová, 2002).

Koňošová (2005) uvádza model funkčných vzorcov zdravia autorky Marjory Gordonovej. Gordonová do roku 2004 bola prezidentkou North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) a členkou Americkej ošetrovateľskej akadémie (American Academy of Nurses). Venuje sa výskumu v oblasti ošetrovateľských diagnóz a plánovania ošetrovateľskej starostlivosti. Gordonová vo svojom modeli vychádza z myšlienky, že všetci ľudia majú spoločné určité vzorce správania, ktoré súvisia s ich zdravím, kvalitou života, rozvojom ich schopností a dosiahnutím ľudského potenciálu. Opis a hodnotenie vzorcov zdravia umožňuje sestre rozpoznať funkčné a dysfunkčné správanie, prípadne stanoviť aj ošetrovateľskú diagnózu. Model je odvodený z interakcií osoba – prostredie. Zdravotný stav jedinca je vyjadrením bio-psycho-sociálnej interakcie. Pri kontakte s klientom sestra identifikuje funkčné alebo dysfunkčné vzorce zdravia.

### **Základné pojmy modelu:**

Zdravie, funkčný, dysfunkčný typ zdravia, holistické potreby, základné ľudské reakcie, interakcia s prostredím. Vzorec je definovaný ako úsek správania v určitom čase. Dysfunkčný vzorec môže neskôr vyvolať ochorenie. V modeli funkčných vzorcov zdravia je prvá časť ošetrovateľského procesu (zber informácií-posudzovanie) založená na jedenástich funkčných vzorcoch zdravia. Tie reprezentujú okruh základných ošetrovateľských údajov.

Ošetrovateľská anamnéza obsahuje:

- 1) subjektívne údaje nadobudnuté rozhovorom s klientom,
- 2) objektívne údaje získané pozorovaním a vyšetrením.

Gordonová každý vzorec definuje a od tejto definície je odvodená ošetrovateľská anamnéza. Otázky, vyšetrenia a pozorovania sú určené na skrining. Ak informácia naznačuje výskyt nejakého problému, či dysfunkcie, sú potrebné ďalšie otázky, vyšetrenia a pozorovania.

Gordonovej model funkčných vzorcov zdravia zahrnuje uvádza Koňošová (2005), Mastiliaková (2002), Krišková et al. (2003):

- 1) Vnímanie zdravia** – riadenie zdravia. Vzorec opisuje vnímanie zdravia a pohody klientom, ako aj spôsob, akým sa o vlastné zdravia stará. Obsahuje informácie o vnímaní stavu zdravia, o tom ako toto vnímanie zodpovedá bežnej aktivite

a plánom do budúcnosti, celkovú úroveň starostlivosti o zdravie, dodržiavanie mentálnych a fyzických preventívnych zdravotných činností, ošetrovateľských a lekárskeho nariadení i ďalšej starostlivosti.

- 2) **Výživa – metabolizmus.** Vzorec opisuje prijímanie stravy a tekutín vzhľadom na metabolickú potrebu. Obsahuje individuálne stravovacie návyky, časové rozdelenie stravovania, typ a kvalitu jedla, preferovanie určitého druhu jedál, ako aj používanie výživových a vitamínových doplnkov. Zahrnuje informácie o poškodenej koži. O schopnosti hojenia, o kvalite kože, vlasov, nechtov, slizníc, zubov, o telesnej teplote, hmotnosti a výške.
- 3) **Vylučovanie.** Vzorec opisuje vylučovaciu funkciu čriev, močového mechúra a kože. Obsahuje informácie o individuálnom pocitovaní pravidelnosti vyprázdňovania, o používaní laxancií podporujúcich vyprázdňovanie, iných zmenách a ťažkostiach v čase a spôsobe vyprázdňovania, kvalite a kvantite vyprázdňovania. V nevyhnutnom prípade zahrnuje aj informácie o odstraňovaní výlučkov (rodina, komunita).
- 4) **Aktivita – cvičenia.** Vzorec opisuje aktivitu, cvičenie a trávenie voľného času a oddychu. Obsahuje informácie o bežných denných aktivitách, adekvátnosti energetického výdaja, udržiavaní hygieny, príprave jedál, nakupovaní, stravovaní, o práci v domácnosti a jej vedení. Zahrnuje údaje o type, kvalite a kvantite cvičenia vrátane športovania a spôsobe trávenia voľného času, teda o oddychových aktivitách, o tom, či ich osoba vykonáva sama, alebo v spoločnosti iných ľudí.
- 5) **Spánok – odpočinok.** Vzorec opisuje spánok, odpočinok a relaxáciu a informuje o nich počas 24 hodín. Údaje sa týkajú pocitovania a kvality a množstva spánku oddychu a dostatku energie. Zahŕňa informácie o prostriedkoch podporujúcich spánok (lieky, návyky...).
- 6) **Poznávanie – vnímanie.** Vzorec obsahuje údaje o adekvátnosti zmyslových vnemov (zrak, sluch, čuch, chuť, hmat) a ako sa pri ťažkostiach určitý zmysel kompenzuje alebo nahrádza. Informuje o vnímaní bolesti a spôsoboch jej tlmenia, ako aj o poznávacích schopnostiach (reč, pamäť, schopnosť rozhodovať sa).
- 7) **Vnímanie seba samého – predstava o sebe.** Vzorec opisuje, ako človek sám seba vníma a akú má o sebe predstavu. Obsahuje postoj k sebe samému, vnímanie vlastných rozumových, citových alebo fyzických schopností, obraz o sebe, identitu, spôsob držania tela, kontakt očami, hlas a rečové vzory.
- 8) **Rola – vzťahy.** Informácie opisujú vzorec vzťahov a rolí klienta. Obsahuje vnímanie hlavných rolí v bežných životných situáciách. Spokojnosť alebo nespokojnosť s rodinnými, pracovnými alebo sociálnymi vzťahmi a zodpovednosťou, ktorá z nich vyplýva.
- 9) **Reprodukcia – sexualita.** Informácie opisujú vzorec reprodukcie a sexuality, spokojnosť, zmeny v sexualite či v sexuálnych vzťahoch a v reprodukcii. Obsahujú informácie o reprodukčnej schopnosti žien, (fertilita, menopauza, postmenopauza), o problémoch v tejto oblasti.
- 10) **Prispôbenie sa – odolávanie stresu.** Informácie opisujú vzorec celkového prispôbenia sa a efektívnosť odolávania stresu, rezervu či kapacitu schopnosti ubrániť sa zmenám a zachovať integritu, ako aj spôsob a zvládnutie stresu,

rodinu či iné podporné systémy a pociťovanie schopnosti kontrolovať a riadiť situácie.

- 11) Hodnotová orientácia – náboženské presvedčenie.** Informácie obsahujú vzorec hodnôt, cieľov alebo viery (presvedčenia) vrátane duchovnej, ktoré riadia výber a rozhodovanie. Zahŕňujú informácie o tom, čo človek v živote pociťuje ako dôležité, ako aj o konfliktoch v oblasti hodnôt, náboženského presvedčenia či očakávania v súvislosti so zdravím.

Gordonovej model funkčných vzorcov zdravia je veľmi praktický. Možno ho využiť v nemocnici i v rámci komunitnej starostlivosti. Klientom môže byť jedinec, rodina i komunita. Model vytvára koncepčné rámce na systematické ošetrovateľské zhodnotenie zdravotného stavu pacienta, v akejkoľvek oblasti starostlivosti ambulantnej, sekundárnej i terciárnej. Vytvára priestor pre systematickú komunikáciu v multidisciplinárnom tíme a jednotný odborný jazyk s využitím ošetrovateľskej terminológie.

Gordonovej ošetrovateľský model je prínosom z viacerých hľadísk:

- a) prístup Gordonovej je v súlade s orientáciou moderného ošetrovateľstva.
- b) zameriava sa na zdravie, jeho podporu a preto hovorí hlavne o funkčných vzorcoch zdravia,
- c) možno ho použiť v komunite, ošetrovateľskej starostlivosti zameranej na rodinu,
- d) je vhodný pre nemocničnú starostlivosť o chorých, ošetrovateľská anamnéza že sa môže v závislosti od oddelenia rozpracovať dôkladnejšie a zamerať sa na dysfunkčné vzorce zdravia,
- e) rešpektuje a spĺňa holistický prístup k zdraviu,
- f) jedenásť vzorcov obsahuje informácie o fyzickom, psychickom a spirituálnom aspekte zdravia, ako aj o vzťahoch klienta, jeho schopnosti adaptovať sa,
- g) Gordonová svojim modelom prispieva k rozvoju ošetrovateľskej teórie a uplatneniu teoretických poznatkov v praxi,
- h) osvedčil sa v oblasti ošetrovateľskej diagnostiky pri taxonómii ošetrovateľských diagnóz (Koňošová, 2005).

Ponímanie zdravia je vysoko individuálne, a tak sa aj jeho vyjadrenia a opisy značne líšia. Osobná definícia zdravia sa nemusí vždy zhodovať s definíciou zdravotníckych pracovníkov. Na individuálne definície zdravia vplyvajú rôzne faktory:

1. Vývinový stav: zdravie sa často spája so stupňom vývinu danej osoby; schopnosť odpovedať na zmeny zdravia sú v priamom vzťahu k veku.
2. Spoločenské a kultúrne vplyvy: každá kultúra má svoje názory na zdravie, ktoré sa často prenášajú na deti.
3. Predchádzajúce skúsenosti: znalosť, ktorá je získaná z predchádzajúcich skúseností pomáha ľuďom formulovať definíciu zdravia.
4. Očakávania od seba samého: niektorí ľudia očakávajú, že keď sú po celý čas zdraví, budú fungovať na vysokej úrovni fyzicky aj psychosociálne. Iní očakávajú zmeny funkcie a prispôbujú svoje definície zdravia týmto zmenám.
5. Vnímanie seba samého: jeden z ďalších faktorov, ako individuum vo všeobecnosti vníma seba samého; tieto vnemy sú vo vzťahu k takým aspektom ako sebaúcta,

obraz vlastného tela, potreby, roly a schopnosti (Kozierová et al., 1995; Caldwell et al., 2002).

Sestry si musia uvedomovať svoje osobné definície zdravia a mali by oceňovať, že iní majú tiež vlastné definície. “Sestra musí poznať a mať svoje chápanie pojmu zdravia, a bez ohľadu naň sa musí zaujímať o to, čo je zdravie pre klienta“ (Farkašová et al., 2005). Názory na zdravie vyjadrujú aktuálnu vieru jednotlivca v oblasti zdravia, ktorá sa môže, ale aj nemusí zakladať na skutočnosti. Zdravotné trendy naznačujú, že sestry zohrávajú prvotnú úlohu pri pomáhaní ľuďom zmeniť ich spôsob života a prostredia, aby sa vyhli nehodám, chorobám a pracovným rizikám (Matney, 2007).

## Modely zdravia

Modely zdravia podľa (Kozierová et al. 1995; Koňošová, 2005) sú:

- a) Klinický model chápe ľudí ako fyziologické systémy s príslušnými funkciami. Zdravie definuje ako chýbanie znakov a symptómov choroby. Najtesnejšiu interpretáciu zdravia možno nájsť práve v tomto modeli. Laici to zahrnujú jednoducho “človek sa cíti fit.“ Klinický model používa veľa lekárov – praktikov. Cieľom snáh mnohých lekárov je úľava od znakov a príznakov choroby a zbavenia bolestí, čo sa neskôr pri nevyskytovaní týchto znakov chápe ako návrat individua do stavu zdravia. K tomu, aby sa podarilo účinne a hospodárne zvládať zdravotné problémy populácie, je nevyhnutné prekročiť rámec biomedicínskych znalostí a doplniť ich o poznatky štúdia zdravia ako spoločenského javu.
- b) Ekologický model (Koňošová, 2005; Kozierová et al., 1995) sa zakladá na vzťahu ľudí k prostrediu. Zreteľne sa ukazuje, že zdravie je podmienené prírodným a sociálnym prostredím a že by bola chyba oddeľovať sa od konkrétnych ľudí v celom rozsahu ich života, vrátane ich osobnosti, práce, rodinných vzťahov, emócií, pocitov, názorov a sociálnych rolí. V tomto modeli ide o zameranie sa na celú osobnosť jedinca ako člena rodiny a spoločnosti, prislúchajúceho k určitej kultúre a plniaceho odpovedajúce občianske a sociálne role. V tejto súvislosti ide o vnímanie ako pozitívneho zdravia, tak porúch zdravia a v neposlednom rade i o subjektívny vzťah k jednotlivým determinantom zdravia. Ľudia ako členovia spoločnosti sa usilujú o pochopenie jednania smerujúceho k zdraviu v kontexte každodenného života. Je nutné tiež zdôrazniť, že ekologický model zdravia rozhodne nie je protipólom biomedicínskeho prístupu, ale jeho významným rozšírením. Ekologický model má tri interaktívne prvky: 1. hosťiteľ: osoba alebo skupina, ktorá môže, a nemusí byť vystavená riziku nemoci či choroby. 2. agens: faktory prostredia, ktoré svojou prítomnosťou alebo chýbaním môžu vyvolať nemoc či chorobu. 3. prostredie: môže, ale aj nemusí predisponovať osobu k vývoju choroby. Uvedené prvky tohto modelu dynamicky vzájomne na seba pôsobia a zdravie je ustavične sa meniaci stav.
- c) Model hrania roly (Kozierová et al., 1995; Farkašová et al., 2001) definuje zdravie na základe schopností individua plniť svoje spoločenské úlohy, t.j. vykonávať svoju prácu. V rámci tohto modelu ľudia, ktorí môžu plniť svoje úlohy, sú zdraví aj vtedy, keď sú klinicky chorí. Kládne sa dôraz na kapacitu jednotlivca než na jeho záväzok voči plneniu svojich úloh a povinností. Tento model predpokladá,

že choroba je neschopnosť tej ktorej osoby vykonávať svoju prácu. Problémom je, že najvýznamnejšou rolou individua je jeho pracovná úloha. Ľudia však zvyčajne spĺňajú viaceré roly, napr. rolu sestry, matky, dcéry, a niektoré osoby môžu pokladať tieto nepracovné roly v ich živote za najdôležitejšie.

- d) Adaptačný model (Kozierová et al., 1995; Farkašová et al., 2001) je založený na chápaní zdravia ako tvorivého procesu. V tomto modeli zdravia je choroba poruchou schopnosti adaptácie. Na meniace sa prostredie sa jedinci ustavične a aktívne adaptujú. Základom tohto modelu je stabilita, hoci ďalšími prvkami sú rast a zmena. Ľudia musia mať dostatočné vedomosti, dostatočný príjem a zdroje, aby mohli realizovať svoju voľbu týkajúcu sa svojho zdravia. Najvyšší stupeň zdravia možno dosiahnuť maximálnou flexibilitou adaptácie na prostredie.
- e) Eudaimonistický model zhŕňa najkomplexnejší pohľad na zdravie. Na zdravie sa pozerá ako na stav uskutočňovania osobného potenciálu, pričom uskutočňovanie je vrcholom úplne rozvinutej osobnosti. Najvyššou aspiráciou ľudí je splnenie a kompletizácia vývoja, t.j. uskutočnenie. Ide nielen o rozvíjanie osobného potenciálu, ale aj vrodenej, ako aj získaných schopností človeka. Choroba je pri takomto chápaní stav, ktorý zabraňuje seberealizácii a využitiu vlastných schopností človeka. Choroba je tiež reparatívny proces prírody, a to v prípade nedostatku či poruchy. Model vychádza z idealistického filozofického smeru eudaimonizmu, ktorý zdôrazňuje úsilie človeka o dosiahnutie blaha a pokladá ho za prameň mravnosti (Kozierová et al., 1995; Farkašová et al., 2005; Farkašová et al. 2001).

Kozierová et al. (1995) a Farkašová et al. (2001; 2005) pri hodnotení stavu zdravia rozoznávajú nasledujúce pojmy:

1. **blaho (wellness)** ako stav optimálneho zdravia, je charakterizovaný osobnou zodpovednosťou, vyrovnanosťou a rozvojom fyzického, mentálneho a spirituálneho zdravia. Táto voľba je ovplyvnená kultúrou a prostredím jedinca, ako aj sebakoncepciou. Je známych šesť dimenzií blaha, a to fyzikálna (nabáda k pravidelnej telesnej činnosti, k získavaniu znalostí a k správne mu využívaniu systému zdravotnej starostlivosti), emocionálna (uvedomenie si a prijatie svojich pocitov, udržiavať uspokojivé vzťahy); sociálna (rozvoj rodinnej harmónie), intelektová (kreativita k rozšíreniu duševných činností a vedomostí individua), pracovná (príprava na prácu), duchovná (hľadanie zmyslu a podstaty ľudského života). V životnom prostredí sa blaho viaže na premisu, že ľudia musia žiť v mieri a ochraňovať svoje prostredie. Významné je tiež spoločenské blaho, pretože situácia vo väčšej sociálnej skupine ovplyvňuje situáciu menších skupín. Aj choré osoby môžu pociťovať blaho, ak majú radosť zo života a majú prečo žiť.
2. **pohoda** vyjadruje subjektívne vnímanie rovnováhy, harmónie a vitality. Má určité úrovne, pričom na najvyššej úrovni si osoba uvedomuje pozitívne prispievanie a pociťuje uspokojenie, na najnižšej úrovni sa človek necíti zdravý.
3. **nemoc** môže, ale nemusí byť vo vzťahu k chorobe. Ide o vysoko osobný vzťah, v ktorom sa osoba necíti zdravá.
4. **nevoľnosť** sa môže vyskytovať nezávisle od choroby, ale môže byť s ňou aj spätá.



5. **choroba** je medicínsky termín. Možno ho opísať ako poruchu telesných a duševných funkcií, čo môže vyústiť do zníženej výkonnosti alebo skrátenia dĺžky života. Situácie alebo iné fenomény, ktoré zvyšujú citlivosť individua na chorobu sú rizikové faktory. Rizikové faktory sa kategorizujú do piatich vzájomne spätých oblastí: genetická výbava, vek, fyziologické faktory, životný štýl, prostredie (Kozierová et al., 1995).

Súčasnú ošetrovateľstvo zdôrazňuje holistický pohľad na zdravie ako celok, a nie analýzu a oddeľovanie jednotlivých oblastí zdravia (Farkašová et al., 2005).

Ošetrovateľstvo sa orientuje nielen na chorých, ale aj na zdravých jedincov, preto je dôležité posilniť roly ošetrovateľstva a rozvíjať teórie v oblastiach zdravého spôsobu života a práce, podpory a ochrany zdravia, výchovy jednotlivca, rodiny, skupiny a komunity na ceste smerom ku zdraviu. Centrom záujmu je teda osoba ako celostná bio-psycho-sociálna bytosť, ktorá sa nachádza v určitom prostredí a v určitom stave zdravia. Cieľmi ošetrovateľstva sú zachovanie, udržanie optimálneho zdravotného stavu a zlepšenie kvality života, poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti zameranej na získanie nezávislosti a sebestačnosti, zmierňovanie utrpenia, ako aj odovzdávanie vedomostí, ktoré sú zamerané na zmenu životného štýlu.

**„Konceptia ošetrovateľstva“ (2006) uvádza hlavné úlohy ošetrovateľstva:**

1. udržiavať a podporovať optimálny zdravotný stav osoby, rodiny a komunity v rôznych životných situáciách,
2. podporovať osobu, rodinu a komunitu k aktívnej účasti v starostlivosti o vlastné zdravie,
3. vykonávať prevenciu ochorení a znižovať negatívny vplyv ochorení na zdravotný stav obyvateľstva,
4. poskytovať aktívnu a individualizovanú ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu,
5. poskytovať ošetrovateľskú rehabilitáciu,
6. monitorovať a uspokojovať potreby osoby, rodiny a komunity súvisiace so zmenou zdravotného stavu a narušeným zdravím,
7. poskytovať poradenstvo v starostlivosti o osoby vo všetkých vekových skupinách,
8. rozpoznávať ošetrovateľské problémy, ktoré môžu byť predmetom výskumu,
9. pracovať vo výskume v oblasti ošetrovateľstva a v oblasti výchovy ku zdraviu,
10. uplatňovať v ošetrovateľskej praxi poznatky získané výskumom, ktoré sú v zhode s etickými princípmi a s právami pacienta,
11. riadiť a poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť s dôrazom na maximálnu kvalitu a efektívnosť,
12. vzdelávať a pripravovať sestry na zdravotnícke povolanie.

Podpora zdravia ako proces aktívneho prístupu k vlastnému zdraviu, a tým aj proces skvalitňovania života, je v súčasnosti významným trendom moderného zdravotníctva i celej spoločnosti (Farkašová et al., 2005).

## Problematika zdravia v štandardnej terminológii ošetrovateľstva

V oblasti zdravia na riešenie potrieb, problémov, deficitov u pacienta sestra môže využiť v celosvetovom meradle známe klasifikačné systémy ošetrovateľstva. Štandardná terminológia a vývoj klasifikačných systémov ošetrovateľstva je predpokladom medzinárodného ošetrovateľstva postupovať jednotne vo fázach ošetrovateľského procesu. **Ošetrovateľstvo ako veda práve týmto dokladá svoj obsah, vymedzuje rozsah ošetrovateľskej praxe to čo sestry robia v prospech zdravia osoby, rodiny a komunity.** Rozvoj a používanie štandardnej terminológie je jedným zo základných znakov ošetrovateľskej profesie v 21. storočí. Najznámejší základný klasifikačný systém je NANDA International (North American Association for Nursing Diagnosis International). Nadväznosti vznikali ďalšie klasifikačné systémy NIC (Nursing Interventions Classification), NOC (Nursing Outcomes Classification), Aliancia NNN (NANDA, NIC, NOC) ICNP (International Classification of Nursing Practice), Omaha, POP® (PraxisOrientierte Pflagediagnostik) a iné. Tieto terminologické projekty jasne vymedzujú profesiu, jej rozsah, podporujú používanie informačných technológií, sú predpokladom kvality starostlivosti, výskumu, vzdelávania a podporujú vzájomnú komunikáciu medzi sestrami a inými zdravotníckymi pracovníkmi. Ošetrovateľská terminológia je otvorená, živá a vyvíjajúca sa problematika. Tvorba klasifikačných systémov používaných v ucelenej podobe sa objavuje v 70-tych rokoch 20. storočia. Rozvoj a podpora ich uvádzania do praxe prebieha v súčasnosti na medzinárodnej úrovni pod koordináciou ACENDIA (Association for Common European Nursing Diagnosis, Interventions and Outcomes), WENR (Workgroup of European Nurse Researchers) a ICN (International Council of Nurses) (Mastiliaková, 2002; Marečková, 2006, Krišková a kol. 2006). V roku 2001 sa konala prvá konferencia aliancie NNN, podporená grantom Národnej lekárskej knižnice USA, na ktorej bol pripravený návrh spoločnej taxonomickej štruktúry NANDA, NIC a NOC. V podmienkach Rakúska v roku 2009 autorský kolektív Stefan et al. predkladá POP klasifikáciu. Kukurová, Vlčák et al. (2009) uvádzajú systematizácia ošetrovateľskej terminológie sa uskutočňuje cez informačné komunikačné štandardy napr. referenčný informačný model Health Level 7, model referenčnej terminológie pre ošetrovateľstvo – ISO 18104 F Health Informatics, základný súbor dát zdravotníckej štatistiky MDS (Minimum Data Set), systematizované názvoslovie medicíny SNOMED, súhrnný index ošetrovateľskej a zdravotníckej literatúry CINAHL a pod.

### Klasifikačný systém NANDA

Marečková (2006) uvádza spoločenské a historické špecifiká v období po druhej svetovej vojne v Spojených štátoch amerických vytvorili optimálne podmienky pre historické zmeny v ponímaní odboru ošetrovateľstvo. Došlo k zdokonaleniu teoretických prvkov, poznatky odboru sa vyvíjali a kultivovali vedným spôsobom a tak sa otvorila cesta k rozvoju ošetrovateľskej vedy. V roku 1973 americké sestry mohli komisii Diagnostic Review Comitee poskytovať podnety a konkrétne návrhy na formuláciu ošetrovateľských diagnóz. Vývoj udalostí priniesol so sebou, že v roku 1973 sa konala Prvá národná konferencia o klasifikácii ošetrovateľských diagnóz.

Bola prijatá prvá oficiálna definícia ošetrovateľskej diagnózy, prvá taxonómia s 31 diagnózami usporiadanými podľa abecedného poradia (nehierarchická štruktúra taxonómie) (Kozierová, Erbová, Olivieriová, et al., 1995). Na univerzite v St. Louis bola založená databanka informačných zdrojov nazvaná Clearinghouse for Nursing Diagnoses. Slúžila ako depozitár, knižnica materiálov o ošetrovateľskej diagnostike. Vydávala informačný bulletin, udržiavala úradovňu, koordinovala plánovanie národných konferencií a distribuovala bibliografiu k vyvinutým diagnostickým kategóriám a pojmom. V roku 1978 bol prijatý návrh na usporiadanie hierarchickej štruktúry podľa „**9 vzorcov celistvého človeka.**“ V roku 1982 bola utvorená I. Taxonómia s použitím tohto návrhu. V roku 1982 Callista Royová, Margaret Newmanová, Martha Rogersová, Dorothea Oremová a Imogene Kingová prezentovali NANDA asociácii a jeho výboru nové usporiadanie rámca taxonómie (stavbu, štruktúru, či systém) ošetrovateľskej diagnostiky, čo nazvali Patterns of Unitary Man (Humans) – Vzorce unitárneho človeka. Neskôr boli premenované na Vzorce unitárnej ľudskej bytosti a následne znovu premenované na Vzorce ľudských reakcií. V roku 1986 ošetrovateľské diagnózy Taxonómie I. sú usporiadané podľa „**9 vzorcov základných ľudských reakcií.**“ Významnou udalosťou bolo v roku 1986 začlenenie ošetrovateľských diagnostických pojmov medzi položky Minimum Data Set (MDS) – Minimálny súbor dát zdravotnej štatistiky USA (Marečková, 2006). V roku 1986 začal svoju činnosť výbor pre revíziu ošetrovateľských diagnóz a za predsedníctva Lindy Carpenitovej postupoval v zhode so Smernicami k preskúmaniu diagnóz ustanovených Taxonómiou I. V tomto roku bola NANDA diagnostická klasifikácia zaslaná Svetovej zdravotníckej organizácii za účelom jej zahrnutia do Medzinárodnej klasifikácii chorôb (MKCH). V roku 1987 bola NANDA Taxonómia I., za prispenia Phyllis Kritekovej publikovaná a odborná verejnosť ju poznala pod pracovným názvom oranžová kniha (Orange Book). Vydávanie oficiálneho NANDA periodika Nursing Diagnosis bolo začaté v roku 1990 a v roku 1997 bolo upravené na Nursing Diagnosis – The Journal of Nursing Language and Classification (Ošetrovateľská diagnostika – časopis ošetrovateľského jazyka a klasifikácie). V roku 1988 došlo k revíziu a korekcii taxonómie I., boli prijaté a schválené nové ošetrovateľské diagnostické prvky. Do taxonómie I. boli zaradené ošetrovateľské diagnózy prijaté NANDA v roku 1994 a doplnené o tie, ktoré boli schválené v roku 1998. V roku 1998 bol predložený návrh taxonómie II., ktorý sa usiloval o komplexnosť rámcovej klasifikácie, usporiadaných podľa „**11 funkčných vzorcov zdravia**“, gramatické a slovné vyjadrenie ošetrovateľských diagnóz (Marečková, 2006; Holmanová, 2008). Taxonómia II. bola formálne prezentovaná účastníkom 14. Konferencie NANDA v Orlando v roku 2000. Nová štruktúra je v súlade so súčasnou terminológiou, ktorá je založená na vzťahovej a vecne orientovanej databáze. **Základ tvorí multiaxiálny rámec zdravia jedinca, rodiny a komunity.** Vyhovuje vytváraniu klinickej terminológie a má efektívnejšiu štruktúru pre zaradenie do počítačovej databázy. Obsahuje šesť východísk pre formuláciu ošetrovateľských diagnóz (1. diagnostický pojem, 2. intenzitu, 3. jednotku starostlivosti, 4. vývojové štádium, 5. latentnosť, potencialitu, 6. charakteristiku). Organizačný princíp hierarchického usporiadania ošetrovateľských diagnóz Taxonómie II. úzko súvisí so vzorcami zdravia M. Gordonovej (Marečková, 2006; Holmanová, 2008). V roku 2002 bola NANDA

asociácia presne po dvadsiatich rokoch od svojho vzniku premenovaná na NANDA International. Ďalšie konferencie v roku 2002 a 2004 v Chicagu vytvorili podmienky pre prezentáciu, širokú diskusiu a revíziu projektu za účelom vytvorenia spätnej väzby, formuláciu výskumných otázok a praktických aktivít vrátane prezentácie pre užívateľov. Súčasná štruktúra ošetrovateľských diagnóz NANDA International Taxonómie II má tri úrovne: 13 domén, 47 tried a 206 ošetrovateľských diagnóz napr. diagnostická doména: 1: Podpora zdravia, trieda 2: Manažment zdravia, ošetrovateľská diagnóza: 00099 Neefektívne udržiavanie zdravia; doména: 4 Aktivita/odpočinok, trieda: 4 Kardiovaskulárno-pulmonálna reakcia, ošetrovateľská diagnóza: 000092 Intolerancia aktivity; doména: 12 Komfort, trieda: 1 Telesný komfort, ošetrovateľská diagnóza: 00132 Akútna bolesť (Herdman et al, 2009). Medzinárodná použiteľnosť ošetrovateľských diagnóz závisí od zakomponovania lingvistických ako i kultúrnych odlišností do spoločného, unifikovaného jazyka ošetrovateľskej diagnostiky (Wake, Fehring, Fadden, 1991). Štúdie ošetrovateľských diagnóz sú nevyhnutné na udržanie a zdokonalenie hodnovernosti terminológie, ale i na udržanie a zdokonalenie evidence-based NANDA International Taxonómie.

## Validizácia a výskum diagnostických prvkov

Sloveso validovať, validizovať sa najčastejšie používa vo významoch ako potvrdiť platnosť, overiť, dokázať (Svoboda, 1999; Petráčková, Kraus et al., 2001; Kudlička, 2003; Creason, 2004). Definíciu: „... výskumný nástroj je validný vtedy, keď meria, čo má merať“ (Maršálová, 1990; Gavora, 1999; Svoboda, 1999; Kudlička, 2003), môžeme považovať za najfrekvencovanejšiu definíciu validity, ktorá predovšetkým sa vzťahuje na hodnotiace a meracie techniky (škály, dotazníky, testy) využívané v ošetrovateľskom výskume. Validita je však aj jeden z najvýznamnejších termínov v metodológii výskumu diagnostických kategórií v ošetrovateľstve (Holmanová, Žiaková, Čáp, 2006). Relevantnosť údajov získavaných a používaných v ošetrovateľskej praxi a výskume, môžeme chápať ako mieru ich použiteľnosti vzhľadom k stanoveniu ošetrovateľských diagnóz, výberu efektívnych ošetrovateľských intervencií a hodnotenia ich výsledkov. Validizácia ošetrovateľskej diagnózy potom znamená potvrdenie, že diagnóza presne odráža problém pacienta, a tiež že k záveru sme dospeli na základe zozbieraných relevantných údajov (Holmanová, Žiaková, Čáp, 2006). Výskum zameraný na diagnostické prvky sa významne zvýšil od roku 1980, najvýznamnejšie zdroje klinických validizačných štúdií predstavuje prvých dvanásť konferenčných NANDA zborníkov, vydaných od roku 1974–1988 v pravidelných dvojročných intervaloch. Zaznamenané výsledky sú považované Holmanová, Žiaková, Čáp (2006) citujú Whitley (1999), Clark, Craft-Rosenberg, (2000) a Creason (2004) za medzníky, ktoré zásadne ovplyvnili a usmerňovali proces validizácie ošetrovateľských diagnóz. Vývojom a výskumom NANDA diagnostických pojmov sa kontinuálne zaoberajú ošetrovateľskí profesionáli za spoluúčasti informatikov, štatistikov a ďalších špecialistov. Predkladané výsledky sú aktuálnymi verziami taxonomií NANDA klasifikácie a prezentované odbornými periodikami a na konferenciách NANDA alebo ACENDIO (Nico, 2002). Výskum a testovanie v praxi prehľbujú hodnovernosť terminológie a sú dlhodobou záležitosťou. Vďaka širokej medzinárodnej spolupráci

testovanie národných verzií NANDA terminológie je uskutočňované v niekoľkých krajinách sveta. Podklady k detailnému a kontinuálnemu štúdiu možno okrem už uvedených odkazov získať napríklad v periodikách Journal of Advanced Nursing alebo Online Journal of Issues in Nursing a v sérii ďalších odborných časopisoch klinického ošetrovateľstva.

## **Reliabilita a validita diagnostických prvkov**

Reliabilita (spoľahlivosť) vyjadruje stupeň zhody meranej vlastnosti so skutočnosťou (Kudlička, 2003). Každá ošetrovateľská diagnóza musí byť preskúmaná z hľadiska reliability a validity. Tieto dimenzie špecifikujú jej spoľahlivosť a aplikovateľnosť. V istom zmysle sú spoľahlivosť a validita testom koncepcnej jasnosti diagnostického konceptu. Problémy pri získavaní prijateľnej úrovne sa riešia ďalším vývojom konceptu. Získať absolútnu validitu a spoľahlivosť je nemožné pre akýkoľvek výskum. Vyjadrený je získaný stupeň validity a spoľahlivosti (Gordon, 1987). Dôveryhodnosť prvku podľa Gordonovej (1987) je určovaná jej validitou, reliabilita je určovaná jej istotou. Toto predpokladá že počas diagnostického procesu musí mať prvok definujúcu charakteristiku, ktorá smeruje k rovnakému úsudku, interdiagnostike. Použitie diagnózu pre opísanie toho istého stavu u rôznych klientov sa nazýva intradiagnostika. Označuje ich termínmi intraposudzovateľ a interposudzovateľ spoľahlivosti. Spoľahlivosť je dôležitá pri prevencii diagnostických chýb. Validita opisuje stupeň, do ktorého skupina definujúcich charakteristík opisuje realitu, ktorá môže byť pozorovaná v interakcii pacient prostredie. Rozsah do ktorého sú pozorovania formulované ako charakteristiky prvku autentickými prezentáciami toho, čo existuje v klinickej praxi, označuje internú validitu prvku. Stupeň, do ktorého môžu byť charakteristiky používané, legitímne, pre diagnostikovanie stavu v rôznych skupinách klientov je externá validita diagnostického prvku. Tieto dva rozsahy vytvárajú konštrukčnú validitu (Gordon, 1987). Dôležité je stanoviť spoľahlivosť schopností zberateľov klinických dát robiť interview a vyšetrovanie a ich citlivosť na signály. Tiež sú aplikovateľné aj ďalšie princípy testovania validity. V literatúre podľa Gordon (1987) existujú rôzne metodológie, ktoré boli používané Lackey (1986), Lo a Kim (1986), Vincent (1986). Validita poskytuje rozsah dôvery, ktorá by mala byť kladená na presnosť prvku na opísanie reality. Samozrejme, koncepcná realita je relatívna pre vnímateľa. Je možné, že sa zistí, že charakteristiky sú (1) prítomné ako model v interakciách pacient – prostredie, ktoré sú merané a (2) súvisiace s koncepcnou definíciou diagnózy. Ako navrhuje Fehring (1986), môže byť nevyhnutná štúdia súhlasnej validity prvku z náhodného výberu populácie sestier. Na druhej strane, ak má výskumník dôveru v koncepcné a právne dimenzie, prežitie na „pracovnom trhu“ klinickej praxe poskytne indikáciu konsenzu sestier o ošetrovateľskej diagnóze (Gordon, 1987). Validizácia údajov s pacientom pomáha sestře vyhnúť sa tomu, aby urobila chybné závery. Pacient (rodinný príslušník, matka) musí byť aktívnym partnerom pri validizácii údajov (Gordon, 1994). Údaje na podporu ošetrovateľskej diagnózy musia byť zhuk zdokumentovaných podnetov, aby reprezentovali stav. Dôkladnou validizáciou pozorovaní a sťažností pacienta sa sestra môže vyhnúť alebo môže minimalizovať potenciálne škodlivé nepresnosti v interpretácii údajov (Carpenito-Moyet, 2004).

## Vývoj metód validizácie NANDA Taxonómie

Vývoj NANDA Taxonómie má za sebou tridsať ročnú históriu. Iniciátormi vývoja metodológie identifikácie a validizácie ošetrovateľských diagnóz boli Gordon a Sweeney (Whitley, 1999; Creason, 2004). Vo svojich prácach Gordon a Sweeney (1979) vymedzili 3 modely identifikácie a validizácie ošetrovateľských diagnóz, retrospektívny identifikačný model, model validizácie expertmi a klinický model. Základným východiskom retrospektívneho identifikačného modelu (The Retrospective Identification Model) bola kumulácia skúseností sestier s ošetrovateľskými diagnózami a ich definujúcimi charakteristikami identifikovanými v klinickom prostredí. Retrospektívny identifikačný model nadväzoval na závery Prvej národnej konferencie o klasifikácii ošetrovateľských diagnóz. V tom istom roku bola začatá dvojročná multicentrická americká štúdia, koordinovaná Clearinghouse for Nursing Diagnoses v St. Louis (1973–1975) (Gebbie, 1976). Štúdia bola zameraná na získanie spätnej väzby od sestier z praxe, ktorej cieľom bolo identifikovať a pomenovať spoločné problémy, ktoré sestry v praxi riešia. Údaje boli získané z 28 zariadení na vzorke 588 pacientov. Výsledky štúdie ukázali, že u 588 pacientov bolo sestrami stanovených 2338 ošetrovateľských diagnóz. V 80 % sa diagnózy (ich názvy) stanovené sestrami v rámci uvedenej štúdie zhodovali s diagnózami, ktoré boli schválené na Prvej národnej konferencii o klasifikácii ošetrovateľských diagnóz (Whitley, 1999; Creason, 2004; Holmanová, Žiaková, Čáp, 2006). Model validizácie sestrami – expertmi (The Nursing Validation Model) sa zameriaval na zistenie zhody expertov v definujúcich charakteristikách konkrétnej diagnózy. Ide o retrospektívny model, ktorý sa zameriava na údaje zistené od sestier – expertov týkajúcich sa diagnostických charakteristík diagnóz v NANDA klasifikačnom systéme. Kvantifikácia jednotlivých diagnostických znakov v neskoršej modifikácii tohto modelu Fehringom (1984), výrazne prispela k jeho širšej implementácii vo výskume (Whitley, 1999; Creason, 2004; Holmanová, Žiaková, Čáp, 2006). Klinický model (The Clinical Validation Model) predstavuje prospektívnu metódu, ktorá sa zameriava na porovnanie manifestných znakov diagnózy zistených priamo od pacienta s definujúcimi charakteristikami uvádzanými v NANDA klasifikačnom systéme. Do významnej miery pri praktickej realizácii validizácie ovplyvňujú úspešnosť a dosiahnutie výsledkov konštrukcia záznamového hárku, resp. použitá dokumentácia ako aj „guidelines“ procesu diagnostikovania a manažment údajov. Uvedený model bol modifikovaný Fehringom. Fehringova modifikácia posledných dvoch modelov navrhnutých Gordon a Sweeney výrazne prispela k rozšíreniu záujmu predovšetkým o klinické validizačné štúdie. Na Siedmej konferencii o klasifikácii ošetrovateľských diagnóz bolo prezentovaných 24 validizačných štúdií, z toho 14 štúdií sa zameriavalo na klinickú validizáciu (Whitley, 1999; Creason, 2004; Holmanová, Žiaková, Čáp, 2006). Fehring (1986) modifikoval model validizácie expertmi a klinický model, vytvoril dva doteraz najvýznamnejšie modely známe ako Diagnostic Content Validity Model a Clinical Diagnostic Validity Model (Holmanová, Žiaková, Čáp, 2006). Diagnostic Content Validity Model (ďalej DCV) zahŕňa 3 na seba nadväzujúce fázy (Whitley, 1999; Creason, 2004). V prvej fáze 25–50 expertov hodnotí na Likertovej škále od 1 do 5 mieru reprezentatívnosti, špecifickosti (významnosti) znaku vo vzťahu k diagnóze (NANDA klasifikačný systém). Cieľom druhej fázy je dosiahnuť konsenzus medzi expertmi, ktorí

posudzovali daný charakteristický znak. Vzhľadom k tomu, že ide o relatívne veľké množstvo expertov, sa na dosiahnutie konsenzu využíva Delfská technika. V tretej fáze sa vypočítava vážené skóre každého znaku. Za charakteristické znaky sa považujú znaky, ktoré dosiahnu hodnotu váženého skóre väčšie ako 0,80. Tieto charakteristické znaky (charakteristiky) sú označované ako zásadné, hlavné alebo definujúce (major defining characteristics) a tie, ktoré dosahujú hodnotu menšiu ako 0,50 sú vyradené. Sparks, Lien-Gieschen (1994), Ogasawara (1999) upravili tretiu fázu modelu zavedením vedľajších charakteristík (minor defining characteristics), ktoré sú vymedzené rozpätím skóre od 0,75 po 0,60. Do zoznamu charakteristík NANDA, ktoré experti hodnotia, sa pridávajú aj tzv. dodatočné (additional characteristics) a zavádzajúce (distracting characteristics). Široké využitie uvedeného modelu umožňuje analýzu jednotlivých štúdií zameraných na rovnakú ošetrovateľskú diagnózu. Prostredníctvom multietnických štúdií Ogasawara (1999) sa ukázali sociokultúrne rozdiely dokonca v definujúcich charakteristikách. Druhým modelom, ktorý navrhuje Fehring je Clinical Diagnostic Validity Model (ďalej CDV) zahŕňa preradenie diagnostických znakov k modelu Gordon, Sweeney. Dvaja experti hodnotia výskyt charakteristík z predchádzajúceho modelu s tými, ktoré boli manifestované u pacienta (Holmanová, Žiaková, Čáp, 2006). V modeloch DCV a CDV sa využíva pre validizáciu osoba experta. Pre zaradenie profesionála do expertnej skupiny sú navrhnuté nasledujúce kritériá Whitleyom (1999): 1. Magisterské vzdelanie so zameraním diplomovanej práce v oblasti ošetrovateľskej diagnózy. 2. Publikáčna činnosť z oblasti výskumu danej diagnostického prvku, resp. oblasti, ktorá s ňou úzko súvisí. 3. Publikácie o diagnóze v odborných periodikách. 4. Dizertačná práca so zameraním na danú ošetrovateľskú diagnózu. 5. Súčasná klinická prax s minimálne jednoročným trvaním v odbore relevantnom ku danému diagnostickému prvku. 6. Certifikácia v odbore relevantnom ku danému diagnostickému prvku.

V podmienkach slovenského ošetrovateľstva Holmanová, Žiaková, Čáp, 2006; Zeleníková, Žiaková, 2010 uvádzajú nové prístupy, ktoré načrtáva Hoskins (1988), Whitley (1999) a Creason (2004). Opisujú tri fázy procesu validizácie ošetrovateľských diagnóz:

1. Konceptuálna analýza – vytvorenie zoznamu diagnostických znakov. Gordon (1982; 1987), Fehring (1994) a hore uvedení autori považujú túto fázu za východiskovú pre validizáciu ošetrovateľských diagnóz. Na základe analýzy viacerých validizačných štúdií Gordon (Whitley, 1999; Creason, 2004) identifikovala rôznorodosť konceptuálnych definícií diagnóz a kritizovala absenciu metodologickej konceptualizácie. Poukázala na terminologickú nejednotnosť a upozornila na skutočnosť, že identifikácia a validizácia diagnóz by sa mala iniciálne sústrediť na skúmanie ich explicitných definícií, ich testovanie s presným uvedením validity a reliability. Whitley (1999) a Creason (2004) načrtávajú, že úsilie by sa malo sústrediť na realizáciu opakovaných, komparatívnych štúdií s relevantnými štatistickými analýzami. Konceptuálnu analýzu Kramer, Chinn (1999), McKenzie (2005), Florin (2005) definujú ako proces tvorby významu diagnózy. Avant a Walker (1995), McKenzie (2005), Florin (2005) považujú ju za stratégiu ako skúmať definujúce charakteristiky a ďalšie charakteristiky určitej diagnózy. Význam použitia konceptuálnej analýzy spočíva v identifikácii rôzneho použitia slova, ktoré označuje príslušnú diagnózu a tým aj jeho významov.

Napr. prostredníctvom konceptuálnej analýzy ošetrovateľskej diagnózy hľadáme odpovede na otázky: Čo je neefektívne udržiavanie zdravia? Čo reprezentuje? Čo charakterizuje? Čo spôsobuje a aké sú jej následky? Z čoho sa skladá? Ako sa používa? Aký má význam? Kedy sa vyskytuje? S čím súvisí? K čomu sa vzťahuje? Aké má synonymá, opozitá, metafory? Ako sa manifestuje? Akú má kvalitu? Pomocou odpovedí na uvedené otázky môžeme rozlíšiť definujúce charakteristiky danej diagnózy od nepodstatných, irelevantných, vedľajších alebo pridružených charakteristík, čo nám umožní spresniť význam diagnóz, ktoré sú vágne, nejednoznačné. Konceptualizácia vedie k vytvoreniu konštruktívnej definície (explikácii diagnózy) a tá následne, prostredníctvom definujúcich charakteristík, k operacionalizácii danej diagnózy. Operacionalizácia diagnózy implikuje v sebe jej merateľnosť, čo môže viesť k vývoju meracích nástrojov (Holmanová, Žiaková, Čáp, 2006, Zeleníková, Žiaková, 2010).

2. Validizácia expertmi – Fehring (1994), Whitley (1999) zdôrazňuje, že predmetom validizácie expertmi by nemalo byť len hodnotenie reprezentatívnosti, špecifickosti (významnosti) znaku vo vzťahu k diagnóze, ale hodnotenie operacionálnych definícií znaku vo vzťahu k diagnóze prostredníctvom DCV metodiky.
3. Klinická validizácia – ide o potvrdenie toho, či sa na základe nezávislého posudku expertov vyskytuje daná diagnóza v skupine pacientov, u ktorých sa predpokladá jej výskyt. Priebeh jednotlivých fáz sa vzťahuje ku skonštruovaniu nástroja merania a jeho následnému testovaniu jeho validity a reliability (Holmanová, Žiaková, Čáp, 2006 Zeleníková, Žiaková, 2010;). Clinton (1986) navrhuje, že by mali byť vytvorené konštrukčná, prediktívna a diskriminačná validita diagnostických prvkov. Prediktívna validita označuje stupeň, do ktorého je skupina definujúcich charakteristík (odvodených z deskriptívnych štúdií a koncepčných analýz) spojená s ďalšími teoretickými javmi. Stupeň, do ktorého môže skupina charakteristík zistiť rozdiely medzi skupinami klientov, je test diskriminačnej validity. Technika známej skupiny poskytuje rozsah na zistenie rozdielov medzi skupinou klientov, u ktorej sa očakáva určitý stav a skupinou, u ktorej sa tento stav neočakáva (Gordon, 1987).

Fehring (1986) poskytuje model pre vytvorenie indexu obsahovej validity (content validity index – CVI) diagnostických prvkov. Tiež navrhuje, že každý diagnostický prvok by mal mať štandardizované rozsahy validity, vrátane validity diagnostického obsahu (diagnostic content validity – DCV), klinickej diagnostickej validity (clinical diagnostic validity – CDV) a etiologického korelačného posudzovania (etiological correlation rating – ECR). DCV je index obsahu validity využívajúci expertné posúdenia charakteristík ku koncepčnej definícii. Expertné pozorovania charakteristík v klinickej situácii sú základom pre CDV index prvku. Z DCV a CDV indexov môžu byť určené hlavné charakteristiky (diagnostické kritériá) prvku. Korelácie opisujúce silu asociácií medzi problémami a ich etiologickými faktormi predstavuje ECR. Validita prvkov musí byť určená pred koreláciami medzi prvkami; preto je dôležité poznať DCV a CDV pred tým, než sa pozornosť upriami na vzťah problém – etiologický faktor (Gordon, 1987).



## Klasifikačný systém ošetrovateľských intervencií – NIC

Klasifikácie ošetrovateľských intervencií NIC (Nursing Interventions Classification) autorov Bulechek, Butcher, McCloskey-Dochterman (2008) patrí medzi projekty Iowskej univerzity vedené Centrom pre ošetrovateľskú klasifikáciu a klinickú efektívnosť v Spojených štátoch amerických (Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness University Iowa). NIC podľa autorov je súhrnná štandardizovaná klasifikácia intervencií (a pod ne spadajúcich činností), ktorú sestry uskutočňujú. Je používaná v klinickej dokumentácii, komunikácii počas uskutočňovanej starostlivosti, integrácii dátových systémov a súborov, efektívnom výskume, v produktivite miery hodnotenia kompetencií, v nahrádzaní a tvorení učebného plánu. Klasifikácia zahŕňa činnosti, ktoré sestry robia pre pacienta, závislé aj nezávislé, v priamej aj nepriamej starostlivosti. Intervencia je definovaná ako „každá činnosť založená na klinickom hodnotení a vedomostiach, ktoré sestra uskutočňuje na dosiahnutie želaných výsledkov u pacienta“. NIC môže byť použitá všade (od JIS, domácej starostlivosti, hospice až po primárnu starostlivosť) a vo všetkých špecializáciách (od akútnej starostlivosti, cez ambulanciu až po dlhodobú starostlivosť). Súhrnná klasifikácia popisuje doménu ošetrovateľstva aj keď niektoré intervencie môžu byť vykonané aj inými poskytovateľmi. Väčšina intervencií sa používa individuálne, ale mnohé je možné použiť v rodinách a komunitách. Každá intervencia je popísaná menom, definíciou, činnosťami/aktivitami na poskytnutie starostlivosti. V piatej edícii publikácie z roku 2008 je 542 intervencií a viac než 12 000 činností. Časť štandardizovaných intervencií sú názvy a definície, tieto nemôžu byť zmenené pri použití. Starostlivosť poskytovaná pomocou NIC môže byť individualizovaná cez činnosti. Zo zoznamu najmenej 10–30 činností poskytujúci vyčleniť činnosti pre individuum alebo rodinu a potom môže použiť nové činnosti, ak sa tak rozhodne. Intervencie sú zoskupené do 30 tried a 7 domén, pre ľahšie použitie. 7 domén tvorí: Fyziologická – základná; Fyziologická – komplexná; Správanie; Bezpečnosť; Rodina; Zdravotnícky systém; Komunita; 30 tried:

A – Aktivita a pohyb	P – Liečba kognitívnych porúch
B – Manažment vylúčovania	Q – Zlepšovanie komunikácie
C – Manažment imobility	R – Pomoc pri zvládaní záťaž
D – Podpora výživy	S – Vzdelávanie pacientov
E – Podpora fyzického komfortu	T – Podpora telesného komfortu
F – Podpora sebaopatery	U – Manažment krízy
G – Elektrolyty – acidobázická rovnováha	V – Manažment rizík
H – Manažment podávania liekov	W – Starostlivosť v gravidite
I – Neurologický manažment	Z – Starostlivosť o detskú populáciu
J – Perioperačný manažment	X – Celoživotná starostlivosť
K – Manažment dýchania	Y – Uľahčovanie zdravotníckych služieb a) Manažment zdravotníckeho systému b) Manažment informácií c) Podpora zdravia komunity d) Manažment rizík komunity
L – Manažment kože a rany	
M – Termoregulácia	
N – Manažment vitality tkanív	
O – Úprava správania	

Niektoré intervencie sú použité vo viacerých triedach, ale každá má osobitné číslo. NIC taxonómia bola kódovaná z týchto dôvodov: 1. použitie počítačov, 2. použitie dátovej manipulácie, 3. rozšírenie kódovacích systémov, 4. použitie náhrady. Kódy pre 7 domén (oblastí) sú 1–7, kódy pre 30 tried sú A–Z, a, b, c, d. Každá intervencia má svoje číslo pozostávajúce zo 4 častí. Aktivity sú kódované desatinne na dve miesta; napr. kompletný kód je 4 U – 6140,01. Každá trieda má 300 čísiel. Napr.: doména: 5. Rodina, trieda: W – Starostlivosť v gravidite, intervencie: Asistencia pri dojčení 1054 (Bulechek, Butcher, McCloskey-Dochterman, 2008).

## **Validizácia a vývoj klasifikačného systému ošetrovateľských intervencií NIC**

1. Konštrukcia klasifikácie (1987–1992) a identifikácia konceptov a metód:  
Deduktívny prístup zabezpečil identifikáciu intervencií a vytvorenie konceptuálnej kostry, systematické posúdenie klasifikačných schém. Induktívny prístup začal aktivitami sestier v praxi, ktoré používajú plán a dokumentáciu starostlivosti, ktorú poskytujú. Hlavným konceptom bola otázka druhov sesterského správania, ktoré by malo byť zahrnuté v taxonómii intervencií. Sú to tieto typy správania: 1. posudzovacie správanie k vytvoreniu diagnózy, 2. posudzovacie správanie na zhromaždenie informácií pre lekára na vytvorenie lekárskej diagnózy, 3. sestrou začaté liečebné správanie ako odpoveď na ošetrovateľskú diagnózu, 4. lekárom začaté liečebné správanie ako odpoveď na lekársku diagnózu, 5. správanie na hodnotenie efektu intervencie sestry a lekárskej liečby (sú to odhadové správania, odhadujú hodnotenie, nie diagnostiku), 6. administratívne a nepriame starostlivosti, ktoré napomáhajú intervenciám ((Bulechek, Butcher, McCloskey-Dochterman, 2008).
2. Generácia počiatočného zoznamu intervencií:  
Bolo tu 45 zdrojov z rozličných špeciálnych oblastí. V každej bola vykonaná selekcia zdroja, nájdená hlavná idea k vytvoreniu zoznamu intervencie. Zoznam plánovanej starostlivosti zahŕňal publikácie z 5 rokov (1983–1988). Analýza obsahovala kategorizáciu vyselektovaných ošetrovateľských aktivít (Bulechek, Butcher, McCloskey-Dochterman, 2008).  
Čistenie zoznamu intervencií a činností:  
Boli použité dve metódy: expertný prehľad a ohnisková skupina. Pre expertný prehľad boli použité Delfské postupy. Metódu vyvinula organizácia Rand Corporativa ako nástroj pre krátkodobú predpoveď (pozostáva z niekoľkých kôl dotazníkov, ako prostriedku dosiahnutia súladu názorov v skupine, bez nutnosti osobnej práce komisie). Vyžaduje spoluprácu skupiny odborníkov, ktorí vyplňajú sériu dotazníkov. Využíva spätnú väzbu u členov skupiny. Odpovede na každé kolo dotazníkov sa analyzujú, sumarizujú a vracajú k odborníkovi v novom dotazníku. Odborníci potom môžu preformulovať svoje názory s ohľadom na názory skupiny. Postup – odpoveď – analýza – spätná väzba – odpoveď sa zvyčajne opakuje trikrát, kým sa dosiahne všeobecný súlad. Na základe takéhoto postupu bol vyvinutý slovník zo zoznamu činností z cvičení. Klinické ošetrovanie a výskumná literatúra bola posudzovaná tímom výskumníkov, ktorí posudzovali

činnosti. Výskumník tiež napísal definíciu intervencie. Bola použitá Fehringová metóda (1986) ktorá bola vyvinutá na validizáciu sesterských diagnóz NANDA taxonómie. Fehringová metodológia na validizáciu obsahu sesterských diagnóz bola prispôbená pre použitie pri intervenciách a poskytla skóre validity obsahu intervencií (Intervention Content Validity – ICV) s kritickými a podpornými činnosťami. **Fehringová metóda zahŕňala nasledovné kroky:**

1. Sestry, experti v oblasti ošetrovatel'stva zorad'ovali činnosti pre každú intervenciu podľa Likertovej škály od 1 (činnosť necharakteristická pre intervenciu) do 5 (veľmi charakteristická činnosť) a pridávali chýbajúce činnosti a definície.
2. Delfská technika bola použitá na zvýšenie množstva expertov; druhým okruhom bol zoznam činností a intervencií založených na odpovediach sestier na prv okruh.
3. Zvažovanie pomerov kalkulovaných pre každú činnosť; posúdenie podľa Fehringa bolo: 5=1, 4=0,75, 3=0,50, 2=0,25, 1=0,0.
4. Činnosti na úrovni 0,80 alebo viac boli označené ako kritické činnosťami; činnosti na úrovni pod 0,50 boli odložené.
5. Úplné skóre pre každú intervenciu sa získalo individuálnou činnosťou (Bulechek, Butcher, McCloskey-Dochterman, 2008).

Druhá metóda – **ohnisková skupinová práca** bola inštitucionalizovaná. Posúdenie vykonávalo 2–20 ľudí. Výsledkom ohniskovej skupiny bolo 198 intervencií. Vo výslednej fáze sa spracúvalo 336 intervencií.

### 3 Konštrukcia taxonómie (1990–1995)

Úprava zoznamu intervencií a iniciálna taxonomická štruktúra. Potom nasledovala validizácia intervencií, definovanie činností a taxonómie: použitie prehľadu v špeciálnej organizácii, použitie prehľadu pre sestru, použitie intervencií nepriamej starostlivosti a validizácia taxonómie.

Klinické testovanie a čistenie NIC (1993–1997).

V roku 1997 bola vytvorená škála na posúdenie rozsahu implementácie: pre posúdenie sily konceptov, ktoré boli časťou diferencovanej skupiny praktického modelu, Iowské kroky implementácie NIC v edukačnom procese. Škála je v spojení s Rogersovej modelom inovačno-rozhodovacieho procesu, ktorý sa skladá z 5 častí: vedomosti, presvedčenie, rozhodnutie, implementácia a potvrdenie (Bulechek, Butcher, McCloskey-Dochterman, 2008).

## Klasifikačný systém výsledkov ošetrovatel'stva – NOC

K vytvoreniu tohto klasifikačného systému viedol rad okolností najmä potreba usporiadať poznatky ošetrovatel'stva, dohovoriť sa v rámci paradigmy ošetrovatel'stva jednotne (príkladom z oblasti medicíny je jednotná Medzinárodná klasifikácia chorôb), potreba preukázať sesterské činnosti odborníkom v zdravotníctve a verejnosti. Spoločnosť vynakladá prostriedky na zdravotnú starostlivosť, preto je potrebné preukázať, ako pôsobenie ošetrovatel'stva prostredníctvom sestier **prispieva k zdraviu ľudí**. Organizačno-formálnu klasifikáciu tvorí: názov, číselný kód hlavný a položkový (na prepojenie k ostatným položkám), definícia, súbor ukazovateľov, hodnotiacia škála

a súbor jej ukazovateľov, odkazy na zdroje príslušnej odbornej literatúry. Funkčnú klasifikáciu pre rok 2008 tvorí: 385 výsledkov, 7 domén, 31 tried (zoraďené od A po X, b, c) a podtriedy (zoraďené do súborov) napr.: doména: Fyziologické zdravie II., trieda: Výživa (K), Škála (f), **Vzdelávanie o dojčení:** Dojča 1000; Materské 1001, Udržanie dojčenia 1002 (Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, 2008). Každý súbor je zložený z jednotlivých výsledkov (výstupných koncepcií, výstupov), ktoré sú predmetom a prostriedkom merania, hodnotenia. Celok je v súlade s obsahom danej definície, má stabilne usporiadaný vnútorný systém a doplnený je hodnotiacou stupnicou. Všetky súbory tvoria jeden veľký, ucelený systém. **Systém je zoraďovaný v duchu filozofie zdravia** podľa M. Gordonovej a zdôrazňuje prístup ošetrovateľstva zameraný na zdravie, na odpovede organizmu v kontinuite zdravia.

<b>I. Funkčné zdravie</b> A. Udržiavanie energetickej rovnováhy B. Rast a vývin C. Mobilita D. Sebaopatera	<b>V. Vnímané zdravie</b> U. Zdravie a kvalita života V. Ukazovatele zdravia, príznaky e) Spokojnosť so starostlivosťou
<b>II. Fyziologické zdravie</b> E. Srdcovocievny systém F. Vylučovanie G. Tekutiny a elektrolyty H. Imunitné reakcie I. Metabolická regulácia J. Neurokognitívne funkcie K. Trávanie a výživa a) terapeutické reakcie L. Integrita tkanív Y. Zmyslové ústroje a ich fungovanie	<b>VI. Zdravie rodiny</b> W. Činnosti opatrovateľa v rodine X. Pohoda rodiny Z. Zdravotný stav členov rodiny d) Rodičovstvo
<b>III. Psychosociálne zdravie</b> M. Psychologická pohoda N. Psychosociálna adaptácia O. Sebakontrola P. Sociálna interakcia	<b>VII. Zdravie komunity</b> b) Pohoda komunity (obce, spoločenskej skupiny) c) Ochrana zdravia komunity
<b>IV. Vedomosti o zdraví – zdravé správanie</b> Q. Zdravé správanie R. Zásady zdravia, názory S. Vedomosti o zdraví T. Kontrola rizika a bezpečnosť	

#### Taxonómia výsledkov ošetrovateľstva NOC:

V roku 1991 uvádza Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, (2008), položili základy pre výskum klasifikácie NOC. Vývoj NOC súvisí s výskumom a vznikom projektu NIC na Iowskej univerzite – Katedre ošetrovateľstva. Použili adaptáciu Fehringovej techniky, aby určili obsah, spokojnosť pacienta s výsledkami intervencie sestry z dvoch vzoriek: (1) hospitalizovaní pacienti a ich sestry v akútnom nemocničnom internom/chirurgickom prostredí a (2) ambulantní pacienti a sestry v ambulantnej starostlivosti. Cieľom výskumného tímu klasifikácie NOC bolo skoncipovať, označiť, uplatniť a klasifikovať výsledky u pacienta ovplyvnené ošetrovateľstvom. Klasifikačná štruktúra sa týka výsledkov a ukazovateľov z hľadiska úrovni abstrakcie a skupín výsledkov a ukazovateľov podľa pravidiel, ktoré definujú spoločné znaky

v rámci skupín. Najkritickejšou úlohou bolo identifikovanie a štandardizovanie výsledkov a ukazovateľov u pacienta ovplyvnených ošetrovateľstvom, ktoré sú klinicky užitočné a citlivé na intervencie. Táto práca bola nevyhnutná pre odhadovanie vplyvu a efektivity ošetrovateľstva v dosahovaní očakávaných výsledkov u pacienta, zlepšenie rozvoja ošetrovateľských vedomostí a zvýšenie vedomia klientov a vedúcich pracovníkov o prínose ošetrovateľstva pre zdravotnú starostlivosť. Výber dátových zdrojov pre utvorenie úvodného zoznamu výsledkov bol vykonaný účelovým, systematickým testovaním ošetrovateľských učebníc, metód plánovania a kontroly, meracích nástrojov, štandardov praxe, ošetrovateľských informačných systémov, kníh o ošetrovateľských diagnózach a o plánovaní starostlivosti, ktoré obsahovali špecifické ošetrovateľské výsledkové kritériá. Tím vyberal zdroje, ktoré opisovali ošetrovateľskú prax v nemocniciach, ošetrovateľských domovoch, komunitách a ambulantných prostrediach s rôznym klinickým dôrazom a rôznymi vekovými skupinami pacientov. Avšak, žiaden zoznam výsledkov ovplyvnených ošetrovateľstvom nemôže byť kompletný, a ako sa profesia bude vyvíjať, vždy bude potrebné dopĺňať nové výsledky a ukazovatele. Metodológia, ktorú tím vyvinul poskytla prostriedok na identifikovanie najbežnejších výsledkov u pacienta ovplyvnených ošetrovateľstvom, ktoré sú najbežnejšie vyučované a používané v praxi a výskume. Koncepčná analýza každého výsledku bola vedená podľa procedúry adaptovanej od Rogersa a Waltza, Stricklanda a Lenza. Cieľom analýzy bolo ohodnotiť úplnosť výsledkových konceptov zjednotených v kategórii a vyvinúť označenia pre chýbajúce koncepty. Na základe odporúčaní odborníkov z praxe, bola ku každému výsledku a ukazovateľu pridaná 5 bodová Likertová škála pre testovanie v praxi. Klasifikácia obsahuje 17 škál merania. Každá škála je vytvorená tak, aby piaty alebo posledný stupeň označoval najviac očakávaný stav v súvislosti s výsledkom. Dôležité je, aby bolo meranie výsledkov spoľahlivé a aby bola efektivita ošetrovateľských intervencií overená. Čas, keby by mali byť výsledky vyhodnocované nie je špecifikovaný, minimálne sa však požaduje, aby sa meranie uskutočnilo na začiatku a na konci starostlivosti. To môže byť vyhovujúce v prostrediach akútnej starostlivosti, keď je pobyt pacienta krátky, na niektorých oddeleniach akútnej starostlivosti sa však stav pacientov vyhodnocuje raz za deň alebo raz za zmenu. Pretože čas merania nie je štandardizovaný, informovanie o dátume alebo dni starostlivosti o pacienta, keď sa merania robili, je dôležité pre porovnanie medzi populáciami a oddeleniami (Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, 2008). Jedna z vecí, ktorou sa často užívatelia zaoberajú je subjektivita škál. Poskytnuté ukazovatele pomáhajú sestrem pri určovaní stavu pacienta a pri hodnotení na výsledkovej škále, ale neeliminujú potrebu úsudku sestry. Keďže škálové stupne nie sú špecificky definované pre každý ukazovateľ a výsledok, sestra musí robiť sesterský úsudok o stave pacienta pre ukazovatele a výsledky. Hoci je presnosť tohto úsudku dôležitá, pri číslovaní výsledku si vyžaduje taký istý úsudok, aký sa používa pri vyhodnocovaní, či bol dosiahnutý cieľ, či sa stav zlepšil v súvislosti s cieľom alebo cieľ nebol dosiahnutý (Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, 2008).

## Ošetrovateľská diagnostika zameraná na prax (POP® – PraxisOrientierte Pflegediagnostik)

Stefan, Allmer, Eberl., et al. (2009) autorský kolektív klasifikácie uvádza cieľom ošetrovateľstva je obnovenie a uchovanie každodennej autonómie. K tomuto cieľu je nevyhnutná cielená orientácia na zdroje. Existujúce klasifikácie ošetrovateľských diagnóz neposkytujú dostatočnú bázu pre prácu orientovanú na zdroje, preventívne výstupy a podporu **zdravia v ošetrovateľstve**. Cieľom klasifikácie je: 1. Systematický opis vzťahov deficitov a zdrojov. 2. Integrácia zdrojov v ošetrovateľsko-diagnostickom opise. 3. Vypracovanie zdravotných diagnóz, ktoré sú aplikovateľné v každodennom živote. 4. Open – Access – princíp pre ošetrovateľské diagnózy, to znamená žiadne náklady na licenciu. 5. Vývoj všeobecného diagnostického výstupu orientovaného na zdroje v ošetrovateľskej diagnostike. 6. Adaptácia formátov ošetrovateľských diagnóz. 7. Vypracovanie konkrétnych ošetrovateľských diagnóz. 8. Evaluácia (priebežne).

Diagnostický výstup je orientovaný na zdroje. Zdroje sú sily, schopnosti a možnosti, ktoré ľudia nasadzujú pri zachovaní/udržaní zdravia a/alebo zvládání choroby. Intaktné zdroje sú predpokladom na zvládanie životných situácií a predpokladom na utváranie vzťahov predovšetkým v psychiatrickom ošetrovateľstve. Zdravie spočíva na intaktných a funkčných fyzicko-funkčných, psychických a sociálnych zdrojoch. Obmedzené/absentujúce predpoklady sú príčinou (= etiológia) obmedzenia pri zvládání každodenného života. Zdroje, ktoré sú pravdepodobne obmedzené/narušené bez preventívnych ošetrovateľských intervencií, sú rizikovými faktormi.

### Ošetrovateľská diagnostika zameraná na prax (POP)

Klasifikácia POP ošetrovateľských diagnóz spočíva na výstupe orientovanom na zdroje. Pozostáva z 9 oblastí (domén), 19 tried a 150 názvov diagnóz. Domény sú štruktúrované podľa Oremovej modifikovanej systematiky.

Formáty POP – ošetrovateľských diagnóz obsahujú vždy „R“ pre zdroje (Ressourcen).

**Rizikové ošetrovateľské diagnózy:** P/RF/R –formát: (P) názov ošetrovateľskej diagnózy – (RF) rizikový faktor – (R) zdroje.

**Aktuálne ošetrovateľské diagnózy:** P/Ä/S/R –formát: (P) názov ošetrovateľskej diagnózy – (Ä) etiológia – (S) symptóm/príznak – (R) zdroje.

**Diagnózy starostlivosti o zdravie:** P/R – formát: (P) názov ošetrovateľskej diagnózy – (R) zdroje.

P – Pflegediagnosentitel, RF – Risikofaktor, R – Ressourcen, Ä – Ätiologie, S – Symptom.

POP-klasifikáciu môžu s licenčným právom grátis využívať osoby a organizácie, ktoré realizujú ošetrovateľskú starostlivosť prípadne ošetrovateľstvo vyučujú. Záznam ošetrovateľskej anamnézy orientovaný na ošetrovateľské diagnózy podľa POP-klasifikácie podporuje osobu poskytujúcu starostlivosť (ošetrujúca osoba – Pflegende Person) ako pri posudzovaní, tak aj pri diagnostike. Uľahčuje identifikáciu možných názvov diagnóz, pričom údajom získaných podľa POP – domén sú postavené potenciálne názvy diagnóz. Existujúce klasifikácie ošetrovateľských diagnóz neopisujú

žiadne zdroje. Rozšírenie konceptu „ošetrovateľská diagnóza“ prostredníctvom POP umožní osobám poskytujúcim starostlivosť získať zmenený pohľad na ľudí, ktorí potrebujú ošetrovateľskú starostlivosť. Prevencia, podpora zdravia ako aj posilnená rola ľudí, ktorí potrebujú ošetrovateľskú starostlivosť budú v ošetrovateľskej praxi lepšie integrovateľné (Stefan, Allmer, Eberl et al.2009).

Ošetrovateľstvo sa charakterizuje ako veda a umenie, ktorá ovplyvňuje systém poznatkov prenášajúcich sa do praxe. Za vedu sa považuje fakt, že sa usiluje o porozumenie životného procesu človeka, podporu jeho zdravia a adaptačných schopností. Za umenie sa považuje fakt, že ošetrovateľstvo spočíva v pochopení a vyjadrení skutočností života.

## HEALTH IN NURSING CONTEXT

**Abstract:** Nowadays, in accordance with the dominant consensus of the authors of the nursing science, the meta-paradigmatic definition of the scope of the study has been developed mainly through four basic terms including a person, environment, nursing care, and health. Health is defined as a state of well-being of a person as a receiver of nursing care in the time of treatment. The condition can occur in a person in the range from its highest level to the presence of a terminal illness. Nursing as a theoretical-practical discipline regards the theoretical-research goals as well as the practical-clinical goals, i.e. to maintain health and quality of life, or eliminate the patient's disease in nursing process. Specification of these aspects belongs to the competences of the conceptual models and related nursing theories. In the cognitive structure of nursing we find its language and activity aspects. They are the horizontal and vertical aspects of the science reflecting in the professional terminology. The standardized language of nursing includes all the aspects of health and solves them through the classification systems such as NANDA, NIC, NOC, and POP.

**Key words:** health, nursing, metaparadigm, conceptual model, classification systems