ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/kontakt>

Original research article

Problémy, intervence a výsledky Omaha systému v klinické praxi ošetřovatelství

Problems, interventions and outcomes of the Omaha system in nursing clinical practice

Eva Beňová ^{a, b}, Mária Boledovičová ^{b *}, Kathryn H. Bowles ^c

^a Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední škola zdravotnická, Ústí nad Labem, Česká republika

^b Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, České Budějovice, Česká republika

^c University of Pennsylvania, School of Nursing, Philadelphia, Pennsylvania, USA

INFORMACE O ČLÁNKU

Received: 2016-05-25

Received in revised form:
2016-06-15

Accepted: 2016-08-19

Published online: 2016-09-30

Keywords:

The Omaha system

Problem Classification Scheme

Intervention Scheme

Problem Rating Scale for
Outcomes

Gastroenterology

Hepatic pancreatic biliary disease

ABSTRACT

Hepatic pancreatic biliary diseases are very common in gastroenterology. The issue of implementing the standardized terminology of the Omaha system in the Czech Republic has not been studied so far.

The goal of the study was to identify the problems, interventions and the results of clients with a chosen gastroenterology problem according to the Omaha system in clinical nursing practice. The study used the quantitative method of documentation forms of the Omaha system with the author's permission. The studied sample group was composed of 23 clients who had a hepatic pancreatic biliary disease.

The number of documented difficulties according to the Problem Classification Scheme was from 3 to 10, where 10% covered the environmental domain, 20% covered the psychological domain, 40% covered the physiological domain and 30% covered the domain of health-related behaviour. In total, there were 274 interventions. The average number of interventions was 11.9 per client. While mapping the interconnections of problems and interventions, most interventions occurred in the category of treatments and procedures (35.4%) and surveillance (31.8%). A very low number of interventions occurred in the category of teaching, guidance, and counseling (18.2%), and case management (14.6%). The intervention in treatments and procedures category dominated in pain problem (35.5%), digestion – hydration (45.3%), skin (93.8%) and circulation (62.9%). Case management was used in substance use (50%) and nutrition (31.7%). After comparing the initial results to the final results, there was significant improvement in the knowledge and status regarding individual problems.

The results of the study present the pilot experience with the implementation of the Omaha system in a selected group of clients. The most common problems of clients with hepatic pancreatic biliary disease were in the physiological domain and the health-related behaviour domain according to the Problem Classification Scheme of the Omaha system. More frequently, the problems were associated with the interventions in the treatments and procedures and surveillance categories.

* **Korespondenční autor:** doc. PhDr. Mária Boledovičová, PhD., Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, J. Boreckého 1167/27, 370 11 České Budějovice, Česká republika; e-mail: boledovicova.maria@gmail.com; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.08.002>

KONTAKT XVIII/3: 180–186 • ISSN 1212-4117 (Print) • ISSN 1804-7122 (Online)

The interventions were less frequent in teaching, guidance, and counseling and case management. Using a Problem Rating Scale for Outcomes, an improvement in knowledge and status in individual problems was found. For future studies, we recommend verifying the components of the Omaha system using a larger number of respondents.

Klíčová slova:

Omaha systém
schéma problémů
schéma intervencí
škála pro hodnocení výsledků
problémů
gastroenterologie
hepatopankreatobiliární nemoci

SOUHRN

Hepatopankreatobiliární nemoci patří k častým onemocněním v gastroenterologii. Problematika implementace standardizované terminologie Omaha systému v České republice nebyla dosud zkoumána.

Cílem výzkumu bylo identifikovat problémy, intervence a výsledky klientů s vybraným gastroenterologickým onemocněním podle Omaha systému v klinické praxi ošetřovatelství. Výzkum byl realizován pomocí kvantitativní metody za použití formuláře dokumentace Omaha systému se souhlasem autorky. Výzkumný vzorek tvořilo 23 klientů s hepatopankreatobiliárním onemocněním.

Počet dokumentovaných potíží dle schématu klasifikace problémů byl od 3 do 10, z čehož 10 % v environmentální doméně, 20 % v psychosociální doméně, 40 % ve fyziologické doméně a 30 % v doméně chování ve vztahu ke zdraví. Celkem bylo realizováno 274 intervencí. Průměrný počet intervencí byl 11,9 u jednoho klienta. Při mapování propojení problémů a intervencí bylo nejvíce intervencí z kategorie léčba a terapeutické postupy (35,4 %) a surveillance (31,8 %). Poměrně nízké zastoupení naznačují intervence v kategorii edukace, vedení a poradenství (18,2 %) a case management (14,6 %). Intervence v kategorii léčba a terapeutické postupy dominovaly u problému bolest (35,5 %), trávení – hydratace (45,3 %), kůže (93,8 %) a krevní oběh (62,9 %). Case management se uplatňoval u problému užívání látek (50 %) a u problému výživa (31,7 %). Při porovnání iniciálních hodnot výsledků problémů s finálními hodnotami bylo výrazné zlepšení vědomostí a stavu u jednotlivých problémů.

Výsledky výzkumu prezentují pilotní zkušenosti s uplatněním Omaha systému u vybrané komunity klientů. Nejčastější problémy klientů s hepatopankreatobiliárním onemocněním dle schématu klasifikace problémů Omaha systému byly z fyziologické domény a z domény chování ve vztahu ke zdraví. Problémy byly častěji propojeny s intervencemi z kategorie léčba a terapeutické postupy a surveillance, nižší frekvence byla zaznamenána u intervencí z kategorie edukace, vedení a poradenství a case management. Použitím škály pro hodnocení výsledků problémů bylo zjištěno zlepšení vědomostí a stavu u jednotlivých problémů. Pro budoucí výzkum doporučujeme ověření složek Omaha systému na větším počtu respondentů.

© 2016 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
Published by Elsevier Sp. z o. o. All rights reserved.

Úvod

Nástrojem zajišťujícím poskytování kvalitní ošetřovatelské péče je standardizace [1]. Používání standardizované terminologie prezentuje ošetřovatelství jako vědeckou disciplínu. Vědou rozumí Žiaková et al. [2, s. 13] „institucionalizovanou lidskou činnost zaměřenou na metodické získávání systému nových pravdivých poznatků o jednotlivých oblastech skutečnosti, který je vyjádřen specifickou terminologií a kterého cílem je opis, vysvětlení a předvídání jevů v daných oblastech“. Klasifikační systém pro komunitní zdraví – Omaha systém – je příkladem terminologie pro vzájemné porozumění v souvislosti s poskytováním ošetřovatelství, které stále více nabývá multidisciplinárního charakteru s potřebou interdisciplinární kooperace [3, 4, 5, 6]. Standardizovaná terminologie usměrňuje rozvoj ošetřovatelské teorie, zaměření výzkumu a vymezení rozsahu autonomní ošetřovatelské praxe [7].

Omaha systém je výzkumem vyvinutá a podložená, komplexní taxonomie obsahující schéma klasifikace problémů (Problem classification scheme), schéma intervencí (Intervention scheme) a škálu pro hodnocení výsledků problémů (Problem rating scale for outcomes) [6, 8, 9].

Schéma klasifikace problémů napomáhá k posouzení jedince, rodiny, komunity a tvoří jej 4 domény: environmentální, psychosociální, fyziologická a doména chování ve vztahu ke zdraví. K doménám je přiřazeno 42 problémů [6].

Schéma intervencí pomáhá při tvorbě efektivního plánu ošetřovatelské péče. Obsahuje 4 kategorie intervencí: edukace, vedení a poradenství; léčba a terapeutické procedury; case management; surveillance. V Omaha systému je definovaných 75 cílů, z kterých lze vybrat specifické cíle pro vybrané kategorie intervencí [6]. Škála pro hodnocení výsledků problémů je nástrojem měření a objektivizace problému – specifických vědomostí, chování a stavu pomocí 5bodové stupnice Likertovy škály. Subškála hodnotící vědomosti určuje rozsah schopností klienta v oblasti schop-

nosti porozumění, zapamatování či interpretace získaných informací. Subškála hodnotící chování je zaměřena na objektivizaci reakcí, činností nebo aktivit (popř. dovedností) klienta. Cílem subškály hodnotící stav je určit, jak se klientův stav zlepšil, stabilizoval nebo zhoršil na základě subjektivních a objektivních charakteristik (znaků/příznaků) [6]. Uvedený systém by měl poskytnout jasnou představu o problémech, poskytované péči a jejích výsledcích. Je koncipován pro komunitní a pro akutní péči s cílem zajistit jejich kontinuitu [6, 10].

I když ošetrovatelství v gastroenterologii a hepatologii není dosud vyčleněno jako samostatný aplikovaný obor, jeho cílem je poskytování komplexní ošetrovatelské péče jednotlivcům, rodinám a skupinám s výskytem gastrointestinálního a hepatobiliárního systému. Podle diferenciací komunitní péče se jedná o ošetrovatelství zaměřené na komunitu [11], jehož cílem je péče o nemocné (akutně/chronicky) jednotlivce, rodiny a skupiny a poskytování diagnosticko-terapeutických a ošetrovatelských výkonů v komunitních zdravotnických zařízeních (např. v gastroenterologické poradně). Výběr zmíněné pacientské populace ovlivnila klinická specifikace a závažnost daných onemocnění a klinické zkušenosti z ošetrovatelství v gastroenterologii a hepatologii. Onemocnění jater, pankreatu, žlučníku a žlučových cest patří vzhledem k narůstající prevalenci a incidenci k častým chorobám gastrointestinálního traktu [12, 13, 14]. V etiopatogenezi těchto onemocnění se uplatňuje zejména nesprávný životní styl a abúzus alkoholu. Akutní formy onemocnění těchto orgánů jsou prezentovány závažnými příznaky a chronické formy řadou komplikací. V posledních letech došlo k prudkému rozvoji moderních diagnostických i nefarmakologických metod a ošetrovatelských postupů [12, 13, 14]. Specifickou metodou, která má v gastroenterologii a hepatologii nezastupitelnou roli, je ošetrovatelský proces [15]. Marečková a Holubová [16, s. 17] uvádějí, že „ošetrovatelský proces popisuje činnosti sester, v nichž mají rozhodovací roli a za které nesou plnou odpovědnost“. Poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu si vyžaduje odbornou terminologii při dokumentování. Tento účel splňuje i Omaha systém, který může být sestrám nápomocný při sběru dat (jejich třídění a klasifikaci), při zviditelnění ošetrovatelských intervencí a hodnocení výsledků péče [6, 17].

Metodika a charakteristika souboru

Výzkum byl realizován v gastroenterologické poradně. Jedná se o specializovanou gastroenterologickou a hepatologickou ambulanci, v níž jsou sledováni a léčeni pacienti s chronickými chorobami zažívacího traktu, jater, žlučových cest a pankreatu. Zprostředkovatelem kontaktu s pacienty byla sestra gastroenterologické poradny (metoda „kontaktní osoby“ – komunitní konzultant), která byla předem edukována o Omaha systému a způsobu dokumentování údajů do formuláře.

Výzkum byl rozdělen do třech fází. V první fázi bylo cílem identifikovat potíže klientů dle schématu klasifikace problémů s provedením iniciálního hodnocení jejich výsledků, tzv. admission ratings dle škály pro hodnocení

výsledků problémů. Admission ratings je „problém – specifické numerické hodnocení vědomostí, chování a stavu při první identifikaci problému jako vysoké priority pro klienta“ [6, s. 466]. Druhá fáze výzkumu se zaměřila na mapování propojení problémů a intervencí ze schématu intervencí. Účinnost vybraných intervencí byla zjištěna finálním hodnocením výsledků problémů, tzv. discharge ratings v rámci třetí fáze výzkumu použitím škály pro hodnocení výsledků problémů. Discharge ratings je „problém – specifické numerické hodnocení vědomostí, chování a stavu v čase, kdy je problém vyřešen, změněn na nižší prioritu, nebo když je klient propuštěn“ [6, s. 466].

Formulář ošetrovatelské dokumentace s implementovaným Omaha systémem je nástrojem pro sběr údajů v souvislosti s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Údaje byly zaznamenávány do formuláře se souhlasem autorky [18]. Dokumentace obsahovala tři komponenty Omaha systému. Ve spolupráci se sestrami gastroenterologické poradny byly identifikovány problémy podle výskytu subjektivních a objektivních znaků/příznaků, ke kterým byly určeny kategorie plánovaných intervencí s přiřazenými cíli ošetrovatelské péče. Každý identifikovaný problém byl hodnocen iniciálně a finálně použitím škály pro hodnocení výsledků problémů. Pomocí 5bodové Likertovy škály byly hodnoceny dimenze vědomostí (1 žádné vědomosti – 5 výborné vědomosti), chování (1 nepřiměřené – 5 jednoznačně vhodné) a stav (1 extrémní znaky/příznaky – 5 žádné znaky/příznaky).

Výzkum byl realizován od června do prosince 2015. Výzkumný vzorek tvořilo záměrně vybraných 23 pacientů s hepatopankreatobiliárním onemocněním dispenzarizovaných v gastroenterologické poradně, event. hospitalizovaných na gastroenterologickém oddělení. Primárně bylo oslovených 50 pacientů, ochotu ke spolupráci ve výzkumu projevilo 46 %. Nízký počet respondentů byl identifikován analýzou i v jiných studiích [19, 20] zaměřených na klasifikační systém Omaha. Kritérii pro výběr pacientů byly: věk (40–60 let), pohlaví (ženské/mužské), forma onemocnění (akutní/chronické), dispenzarizace/hospitalizace/rehospitalizace, ochota ke spolupráci ve výzkumu. Výzkumu se zúčastnilo 14 mužů (60,9 %) a 9 žen (39,1 %) z celkového počtu 23 klientů průměrného věku $52,4 \pm 6,3$ let. K hodnocení výsledků byla použita popisná statistika.

Výsledky

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že 8 klientů (34,8 %) mělo hepatální onemocnění (jaterní cirhóza), 6 klientů (26,1 %) onemocnění pankreatu (akutní/chronická pankreatitida, karcinom pankreatu) a 9 klientů (39,1 %) onemocnění žlučníku a žlučových cest (cholelitiáza, cholangitida).

Obecný přehled problémů a intervencí při hepatopankreatobiliárních onemocněních uvádí tab. 1.

Z celkového počtu problémů se 10 % problémů vyskytovalo v environmentální doméně (plat/výdělek), 20 % v psychosociální doméně, 40 % ve fyziologické doméně a 30 % v doméně chování ve vztahu ke zdraví. Detailní analýza schématu klasifikace problémů a schématu intervencí je zpracována v tabulkách 2–5.

Tabulka 1 – Obecný přehled problémů a intervencí Omaha systému

Environmentální	Psychosociální	Fyziologická	Chování ve vztahu ke zdraví
Schéma problémů			
Příjem	Změněná role Mezilidské vztahy Duševní zdraví	Bolest Trávení – hydratace	Výživa Užívání látek
Schéma intervencí			
Edukace, vedení a poradenství Léčba a terapeutické postupy Case management Sledování			
Cíle			
Změna chování Copingové dovednosti Disciplína		Odběry biologického materiálu Znaky/příznaky – fyzické Podávání léků	

Ze 42 problémů ze schématu klasifikace problémů jich bylo vybráno 10. Kvantitativní analýzou problémů klientů s hepatopankreatobiliárním onemocněním bylo identifikováno celkem 71 problémů. Tabulka 2 prezentuje problémy s výskytem nad 20 %. Nejčastěji se jednalo o bolest, výživu, trávení – hydrataci.

Tabulka 2 – Identifikované problémy

Problém (kód)	n_i	f_i (%)
Bolest (24)	18	78,3
Kůže (26)	6	26,1
Nervosvalově pohybové funkce (27)	7	30,4
Trávení – hydratace (30)	14	60,9
Výživa (35)	15	65,2
Užívání látek (39)	5	21,7
Krevní oběh (29)	6	26,1

V rámci analýzy intervencí plánovaných a realizovaných sestrami u klientů s hepatopankreatobiliárním onemocněním bylo zjištěno celkem 274 intervencí (tab. 3). Nejvíce intervencí bylo v kategorii léčba a terapeutické postupy (35,4 %) a surveillance (31,8 %). Poměrně nízké zastoupení naznačují intervence v kategorii edukace, vedení a poradenství (18,2 %) a case management (14,6 %). Průměrný počet intervencí byl 11,9 u 1 klienta.

Tabulka 3 – Kategorie intervencí

Problém (kód)	n_i	f_i (%)
Edukace, vedení, poradenství	50	18,2
Léčba a terapeutické postupy	97	35,4
Case management	40	14,6
Surveillance	87	31,8
Σ	274	100

Při přehledu nejčastějších intervencí u pacientů s hepatopankreatobiliárním onemocněním (tab. 4) bylo zjištěno, že v kategorii edukace, vedení a poradenství se sestry nejvíce věnovaly managementu diety. Podávání léků (45,4 %) dominovalo v kategorii léčba a terapeutické postupy. V oblasti case managementu 40 % intervencí zastupovala nutriční péče. Surveillance se přednostně zaměřovala na sledování znaků/příznaků – fyzických (42,5 %).

Tabulka 4 – Aplikované intervence

Kategorie	Intervence	n_i	f_i (%)
EVP	Management diety	13	26,0
	Edukace	12	24,0
	Znaky/příznaky – fyzické	6	12,0
	Změna chování	4	8,0
	Podávání léků	44	45,4
LP	Odběry biologického materiálu	7	7,2
	Management diety	16	16,5
	Převazy/péče o ránu	4	4,1
CM	Nutriční péče	16	40,0
	Kontinuita péče	7	17,5
S	Znaky/příznaky – fyzické	37	42,5
	Odběry biologického materiálu	16	18,4
	Disciplína	6	6,9
	Copingové dovednosti/zvládání zátěže	5	5,8
	Změna chování	5	5,8

Vysvětlivky: EVP = edukace, vedení a poradenství; LP = léčba a terapeutické postupy; CM = case management; S = surveillance (dohled).

Při mapování propojení problémů a intervencí u klientů s hepatopankreatobiliárním onemocněním (tab. 5) bylo zjištěno, že intervence v kategorii léčba a terapeutické postupy dominovaly u problému bolest (35,5 %), trávení – hydratace (45,3 %), kůže (93,8 %) a krevní oběh (62,9 %). Case management se uplatňoval u problému užívání látek (50 %) a u problému s výživou (31,7 %). Zvláštností je, že intervence z kategorie edukace, vedení a poradenství nebyly sestrami primárně určovány.

Tabulka 5 – Kategorie intervencí u nejčastějších problémů

	EVP	LP	CM	S
Užívání látek (39)	2 (20 %)	0	5 (50 %)	3 (30 %)
Bolest (24)	26 (34,2 %)	27 (35,5 %)	3 (4,0 %)	20 (26,3 %)
Trávení – hydratace (30)	5 (7,8 %)	29 (45,3 %)	6 (9,4 %)	24 (37,5 %)
Výživa (35)	26 (25,7 %)	17 (16,8 %)	32 (31,7 %)	26 (25,8 %)
Nervosvalově pohybové funkce (27)	1 (7,7 %)	2 (15,4 %)	3 (23,1 %)	7 (53,8 %)
Kůže (26)	0	15 (93,8 %)	0	1 (6,2 %)
Krevní oběh (29)	4 (11,4 %)	22 (62,9 %)	0	9 (25,7 %)

Vysvětlivky: EVP = edukace, vedení a poradenství; LP = léčba a terapeutické postupy; CM = case management; S = surveillance (dohled).

Při iniciálním hodnocení dosahovaly vědomosti skóre 2,2 (minimální vědomosti) a finální hodnocení už bylo 3,8 (adekvátní vědomosti). Významný rozdíl byl dosažený i při hodnocení stavu, kdy iniciální hodnocení bylo 2,1 (závažné znaky/příznaky) a finální 4,1 (minimální znaky/příznaky). Výrazné zlepšení se týká vědomostí, které se zvýšily o 1,6 a stav o 2,0 u výše uvedených problémů. Nejnižší rozdíl byl zaznamenán při hodnocení chování, které bylo střídavě vhodné, iniciální skóre bylo 3,0 a finální pouze 3,7 (tab. 6). U hodnocení všech výsledků problémů se jednalo o hodnocení s použitím Likertovy škály se stupnicí 1–5.

Tabulka 6 – Hodnocení výsledků problémů

	Vědomosti	Chování	Stav
Iniciální hodnocení (první)	2,2	3,0	2,1
Finální hodnocení (opakované)	3,8	3,7	4,1

Diskuse

Prvním cílem výzkumu bylo identifikovat potíže klientů dle schématu klasifikace problémů Omaha systému. Množství dokumentovaných problémů bylo v rozmezí od 3 do 10, z toho 10 % se vyskytovalo v environmentální doméně (např. plat/výdělek), 20 % v psychosociální doméně (např. změněná role, mezilidské vztahy, zármutek, duševní zdraví), 40 % ve fyziologické doméně (např. kognice, trávení – hydratace) a 30 % v doméně chování ve vztahu ke zdraví (např. výživa, užívání návykových látek). Naše výsledky lze komparovat se studií Bowlesové [18], realizované v roce 2000 u klientů s kardiologickým onemocněním, po intervenčním kardiologickém zákroku či kardiochirurgické operaci, kdy sestry dokumentovaly u 30 klientů 3–25 problémů, s průměrným množstvím 8,6 problému u klienta. Nižší frekvenci dokumentovaných problémů v našem výzkumu lze odůvodnit tím, že sestry ve vybraném zdravotnickém zařízení dosud nepracovaly se standardizovanou terminologií Omaha systému. Studie autorek Mackové a Zeleníkové [21] zaměřená na faktory ovlivňující používání ošetřovatelských diagnóz v klinické praxi uvádí i jiné, např. počet pacientů na jednu sestru, administrativní zátěž, syndrom vyhoření, nedostatek času, rozdíly v teorii

a praxi a nedostatek personálu. Kvantitativní výskyt problémů v jednotlivých doménách byl identický s naší studií. Z tohoto lze vyvodit lepší schopnost sester posoudit a identifikovat problémy fyziologické než problémy psychosociální či environmentální. Zastoupení problému v jednotlivých doménách odpovídá charakteristice onemocnění, průběhu a příznakům, mimo jiné i somatopsychické a psychosomatické složce hepatopankreatobiliárních onemocnění. U kardiologických klientů dominuje problém cirkulace [18], u klientů s duševním onemocněním problém s dodržováním léčebného režimu, mentální zdraví [10, 22], v domácí péči problémy kůže a nervosvalově pohybové funkce [23], u chirurgických pacientů činnost tlustého střeva, dohled nad zdravotní péčí, dodržování léčebného režimu, osobní péče, fyzická aktivita, kůže [24, 25]. Ve výzkumu u pacientů s gastroenterologickým onemocněním patřily k nejčastějším problémům bolest, výživa a trávení – hydratace, typické pro onemocnění hepatopankreatobiliárního systému. Výskyt bolesti byl ve spojitosti s akutním průběhem onemocnění, výskytem tumoru či s provedením invazivních zákroků (např. biopsie jater, punkce ascitu, drenáže cyst pankreatu či chirurgická intervence). Nejčastějšími příznaky byly: vyjadřování diskomfortu/bolesti, změna polohy, bledost/pocení. Výživa jako problém úzce souvisí s problémem trávení – hydratace. Při dokumentování těchto problémů byl zjištěn vztah s podáváním enterální a parenterální výživy. Problém nervosvalově pohybové funkce dokumentoval příznak „potíže s termoregulací“ u zánětlivých onemocnění (akutní pankreatitida, cholangitida). Krevní oběh se jako problém vyskytoval v souvislosti s jaterní cirhózou (edémy, abnormální krevní srážlivost) a akutní pankreatitidou při multiorgánovém selhání. Problém domény chování ve vztahu ke zdraví „užívání látek“ se týkal konzumace alkoholu, nejčastějšího etiologického činitele onemocnění jater a pankreatu [14].

Druhým cílem bylo zmapovat propojení problémů a intervencí u klientů dle schématu intervencí Omaha systému. U těchto problémů bylo celkově dokumentováno a provedeno 274 intervencí, v průměru 12 intervencí u jednoho klienta. Intervence byly nejčastěji z kategorie léčba a terapeutické postupy a surveillance. Pouze 1/5 intervencí prováděly sestry v oblasti edukace, vedení a poradenství. Nejnižší počet intervencí byl v kategorii case management. Zde jsou vidět rozdíly ve srovnání s výše uvedenou studií autorky Bowlesové [18], která uvádí odlišnou preferenci kategorií intervencí u kardiologických klientů v rámci plá-

nování propuštění z akutní péče do domácího prostředí: case management, léčba a terapeutické postupy, edukace, vedení a poradenství, surveillance. Ve studii Erdogana et al. [26] u klientů domácí péče bylo pořadí následovné: edukace, vedení a poradenství, léčba a terapeutické postupy, surveillance, case management. Výběr intervencí může ovlivnit také řada faktorů, např. typ zdravotnického zařízení, forma péče, metody poskytování ošetrovatelské péče, druh a forma onemocnění, compliance klienta či přístup sester k péči. Ve výzkumu u pacientů s gastroenterologickým onemocněním byly nejčastěji dokumentovány intervence v kategorii léčba a terapeutické postupy podávání léků, management diety či odběry biologického materiálu. V kategorii surveillance dominovaly typické cíle pro sledování hepatopankreatobiliárních nemocí: znaky/příznaky – fyzické a odběry biologického materiálu (např. pro sledování dynamiky onemocnění). Zde se nabízí doporučení pro zaměření surveillance i na znaky/příznaky – emocionální. U problému užívání návykových látek byly dokumentovány cíle jako disciplína, copingové dovednosti / zvládání zátěže a změna chování v kategorii surveillance. Edukace, vedení a poradenství se zaměřovaly na management diety, case management na nutriční péči a kooperaci s nutričním terapeutem. Při mapování propojení nejčastějších problémů a kategorií intervencí jsou patrné rozdíly. U problému užívání látek byl kladen důraz na case management – cíl lékařská/zubní péče (kooperace s psychiatrem). V oblasti surveillance byly dokumentovány cíle: znaky/příznaky – emocionální, změna chování, disciplína, copingové dovednosti / zvládání zátěže, podpůrný systém. Problém bolesti byl spojen v kategorii léčba a terapeutické postupy s podáváním léků a paliativní péčí. V oblasti edukace byly určeny cíle medikace / vedlejší účinky a koordinace medikace/předpisu. Nutriční péče byla preferovaným cílem kategorie case management u problému výživa. Léčba a terapeutické postupy s cílem kardiologická péče a podávání léků byly identifikovány u problému krevní oběh. U potíží s termoregulací sestry dokumentovaly sledování tělesné teploty v pravidelných intervalech. Rozdíly v počtu intervencí u pacientů s odlišným typem onemocnění odpovídají charakteristice onemocnění, odlišné etiologii a příznakům jednotlivých nemocí. Ztotožňujeme se s tvrzením Monsenové et al. [24], že všechny kategorie schématu intervencí i řadu cílů lze aplikovat také v akutní péči. Zajímavé bylo zjištění, že tyto výsledky deklarují pouze dvě studie z oblasti akutní péče. Rovněž se ztotožňujeme s autorkou Bowlesovou [18], která navrhuje v revidované verzi Omaha systému doplnit a ověřit v akutní péči cíl „plánování propuštění“ (discharge planning) jako prevenci rehospitalizací klientů. Rehospitalizace v současnosti představuje nejenom zdravotní, ale i socioekonomický problém.

Třetím cílem bylo zhodnocení účinnosti vybraných intervencí finálním hodnocením výsledků problémů, tzv. discharge ratings použitím škály pro hodnocení výsledků problému. Při porovnání iniciálních hodnot výsledků problémů (admission ratings) s finálními hodnotami bylo zjištěno výrazné zlepšení vědomostí a stavu u jednotlivých problémů. Tyto hodnoty objektivizují klientův pokrok ve vztahu ke specifickému problému i ve vztahu k efektivitě výběru intervencí v plánu péče. Podle škály pro hodnocení výsledků problémů jsou vědomosti klientů „adekvátní“,

stav s výskytem „minimálních znaků/příznaků“ a chování klientů jsou hodnoceny jako „převážně vhodné“. Pro komparaci byla použita studie autorek Gappové et al. [10], která prezentuje výsledky vybraných problémů klientů s duševním onemocněním. Použitím škály pro hodnocení výsledků problémů byly zjištěny minimální vědomosti a nesoustavné / ne vždy vhodné chování, relativně vysoké hodnoty stavu klientů s duševním onemocněním žijících s příbuznými. Ztotožňujeme se s tvrzením autorek, že rozdíly mezi vědomostmi a stavem mohou do jisté míry predikovat „fungování“ klienta. Pozitivní vliv intervencí Omaha systému na výsledky klienta předkládají i studie Erciho [27] a McGourthyho [28]. Vzhledem k jednoduchému a rychlému použití v praxi je škála snadno implementovatelná a lze ji využít ve všech fázích ošetrovatelského procesu.

Závěr

Výsledky výzkumu prezentují pilotní zkušenosti s uplatněním Omaha systému u vybrané komunity klientů. Nejčastější problémy klientů s hepatopankreatobiliárním onemocněním dle schématu klasifikace problémů Omaha systému byly z fyziologické domény, z domény chování ve vztahu ke zdraví a z psychosociální domény. Problémy byly častěji propojeny s intervencemi z kategorie léčba a terapeutické postupy a surveillance, nižší frekvence byla zaznamenána u intervencí edukace, vedení a poradenství a case management. Navrhujeme doplnit a ověřit cíl „plánování propuštění“. Použitím škály pro hodnocení výsledků problémů bylo zjištěno zlepšení vědomostí a stavu u jednotlivých problémů.

Pro budoucí výzkum doporučujeme ověření složek Omaha systému na větším počtu respondentů. Identifikaci potíží klientů dle schématu problémů a hodnocení výsledků dle škály pro hodnocení výsledků problémů doporučujeme doplnit v korelaci k sociodemografickým údajům (např. pohlaví, věk, vzdělání, zaměstnání) a na základě propojení problémů a intervencí vytvořit standard ošetrovatelské péče pro specifickou komunitu a následně jej ověřit v praxi. Pro sběr a zpracování údajů Omaha systému by bylo vhodné použití softwaru.

Konflikt zájmů

Autorky prohlašují, že si nejsou vědomy žádného konfliktu zájmů týkajícího se uvedeného příspěvku.

LITERATURA

- [1] Hulková V. Standardizácia v ošetrovatelstve. Praha: Grada Publishing; 2016.
- [2] Žiaková K, Bóriková I, Čap J, Fetišová Ž, Gurková E, Kubatka P a kol. Ošetrovatelstvo – teória a vedecký výskum. Martin: Osveta; 2009.
- [3] Vörösová G a kol. Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovatelstve. Martin: Osveta; 2007.

- [4] Garvin JH, Martin KS, Stassen DL, Bowles KH. The Omaha System: Coded data that describe patient care. *J AHIMA* 2008;79(3):44–9.
- [5] Vörösová G, Solgajová A, Archalousová A. Standardizovaná terminologie pro ošetrovatelskou diagnózu. Praha: Grada Publishing; 2015.
- [6] Martin KS. The Omaha System: A key to practice, documentation, and information management. St. Louis: Elsevier; 2005.
- [7] Žiaková K a kol. Ošetrovatelský slovník. Martin: Osveta; 2009.
- [8] Topaz M, Golfenshtein N, Bowles KH. The Omaha System: a systematic review of the recent literature. *J Am Med Inform Assoc* 2014;21(1):163–70.
- [9] Jurkovich MW, Ophaug M, Salberg S, Monsen K. Investigation of The Omaha System for dentistry. *Appl Clin Inform* 2014;5(2):491–502.
- [10] Gapp NE, Weber JM, Monsen KA, Darst EH. Feasibility of Using the Omaha System for Assessment to Determine Optimal Living Situation for Persons with Severe and Persistent Mental Illness. *Ann Psychiatry Ment Health* 2015;3(2):1026.
- [11] Stanhope M, Lancaster J. Community and public health nursing. St. Louis: Mosby; 2004.
- [12] Žák A, Petrášek J, Bartůněk P, Bauer J, Bečvář R, Beran S et al. Základy vnitřního lékařství. Praha: Galén; 2012.
- [13] Klener P et al. Vnitřní lékařství. Praha: Galén; 2012.
- [14] Lata J, Bureš J, Vaňásek T et al. Gastroenterologie. Praha: Galén; 2010.
- [15] Holubová A, Novotná H, Marečková J. Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii. Praha: Mladá fronta; 2013.
- [16] Marečková J, Holubová A. Ošetrovatelský proces – popis metody. In: Holubová A, Novotná H, Marečková J. Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii. Praha: Mladá fronta, 2013, s. 15–53.
- [17] Beňová E, Boledovičová M, Pokorná A. Standardizovaná terminologie v komunitní praxi. *Zdravotníctvo a sociálna práca* 2015;10(3):31–7.
- [18] Bowles KH. Patient Problems and Nurse Interventions during Acute Care and Discharge Planning. *J Cardiovasc Nurs* 2000;14(3):29–41.
- [19] Beňová E, Boledovičová M. Využití systému Omaha v komunitním ošetrovatelství. I. mezinárodní konference s tématem: Kvalita a její perspektivy. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014; s. 5–15.
- [20] Beňová E, Boledovičová M, Pokorná A. Analýza vybraných studií klasifikačního systému Omaha. *Zdravotníctvo a sociálna práca* 2015;10(2):5–11.
- [21] Macková H, Zeleníková R. Faktory ovlivňující používání ošetrovatelských diagnóz v praxi. *Ošetrovatelství a porodní asistence* 2012;3(2):390–7.
- [22] Connolly P, Mao CL, Yoder M, Canham D. Evaluation of the Omaha System in an Academic Nurse Managed Centre. *OJNI* 2006;10(3). [online] [cit. 2015-11-17]. Dostupné z: http://ojni.org/10_3/connolly.htm
- [23] Erdogan S, Esin NM. The Turkish version of the Omaha System: Its use in practice-based family nursing education. *Nurse Educ Today* 2006;26(5):396–402.
- [24] Monsen KA, Schenk E, Schleyer R, Schiavenato M. Applicability of the Omaha System in Acute Care Nursing for Information Interoperability in the Era of Accountable Care. *AJMC* 2015. [online] [cit. 2016-03-04]. Dostupné z: <http://www.ajmc.com/journals/ajac/2015/2015-vol3-n3/applicability-of-the-omaha-system-in-acute-care-nursing-for-information-interoperability-in-the-era-of-accountable-care/P-3>
- [25] Zhang Y, Monsen KA, Adam TJ, Pieczkiewicz DS, Daman M, Melton GB. Systematic refinement of a health information technology time and motion workflow instrument for inpatient nursing care using a standardized interface terminology. *Annu Symp Proc* 2011:1621–9.
- [26] Erdogan S, Secginli S, Cosansu G, Nahcivan NO, Esin MN, Aktas E et al. Using the Omaha system to describe health problems, interventions, and outcomes in home care in Istanbul, Turkey: a students informatics research experience. *Comput Inform Nurs* 2013;31(6):290–8.
- [27] Erci B. The effectiveness of the Omaha System intervention on the women's health promotion lifestyle profile and quality of life. *J Adv Nurs* 2012;68(4):898–907.
- [28] McGourthy RJ. Omaha and OASIS: A comparative study of outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Home Care Provid* 1999;4(1):21–5.