ČINNOSTI SESTRY V PROCESE ROZHODOVANIA ONKOLOGICKÝCH PACIENTOV

Activity of nurse in the process of making decisions by oncological patients

Alica Slamková, Gabriela Vörösová

12: 288–297, 2010

ISSN 1212-4117

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Slovenská republika

Summary

Worldwide modernization effects also affect providing of the quality of nursing care with the use of new procedures. The development and use of standard terminology through the mediation of classification systems in nursing belongs to principal features of the nursing profession in the 21st century. The purpose of its use is accurate delimitation and expression of activities performed by nurses in relation to patient needs to achieve certain results. In the present contribution, we considered problems of taking care of oncological patients, in which conflict in decisions occurred in association with the health care. We emphasize the priority role of nurses in solving the nursing diagnosis *Conflict in decisions (to be specified) 00083* in terms of the assistance provided for patients and their families during the decision process by forming a mutual logical decision and not by a propagation of a certain decision. The fact is of importance that the nurses should be capable of empathy towards the patient topical condition and to work by the nursing process methods providing the procedure established. The methods used were the non-structured interview, experiment and contents analysis of documents. The methods of mathematical statistics were as follows: the Student t-test – for the verification of the selected group of the classification system of nursing activities at the NIC (Nursing Interventions Classification) level for two independent sample groups and at the NOC (Nursing Outcomes Classification) level we compared the results of respondents with the help of the Student t-test for two dependent sample groups. The research was implemented between 2007 and 2009 in the Faculty Hospital in Nitra and in the Saint Svorada Zobor Specialized Hospital in Nitra. The results of the research demonstrate positive effects of the use of selected groups of classification systems of nursing in the process of making decisions by oncological patients. The comparison between the experimental and control groups demonstrated significant differences in nursing activities performed in the selected group of the NIC classification system. In comparison of values of parameters in the selected NOC groups, there are significant differences between input and output measurements in terms of making decisions by patients and achieving the target. Classification systems of nursing can be considered positively in the management of patients with the nursing diagnosis conflict in decision (to be specified).

Key words: conflict – decision – sample group – classification systems – nursing – alternatives – results

Súhrn

Vplyv modernizácie vo svete ovplyvňuje aj zabezpečenie kvality ošetrovateľskej starostlivosti s využitím nových postupov. Rozvoj a používanie štandardnej terminológie prostredníctvom klasifikačných systémov ošetrovateľstva je jedným zo základných znakov ošetrovateľskej profesie v 21. storočí. Cieľom jej používania je presné vymedzenie a vyjadrenie činností, ktoré sestry vykonávajú vo vzťahu k potrebám pacienta, tak aby dosiahli určité výsledky. V príspevku sme sa zamerali na problematiku starostlivosti o onkologických pacientov, u ktorých v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou vznikol konflikt v rozhodovaní. Zdôrazňujeme prioritnú úlohu sestry pri riešení sesterskej diagnózy *Konflikt v rozhodovaní (špecifikovať) 00083* v zmysle asistencie pacientom a ich rodinám počas procesu rozhodovania, vytvorenie spoločnej logickej tvorby rozhodnutia, nie

propagáciu nejakého rozhodnutia. Je dôležité, aby sa sestry vedeli vcítiť do aktuálneho stavu pacienta, pracovali metódou ošetrovateľského procesu, ktorý zabezpečuje stanovený postup. Použité metódy boli neštruktúrovaný rozhovor, experiment a obsahová analýza dokumentov. Použité matematicko-štatistické metódy boli: Studentov t-test – pre overenie vybraného súboru klasifikačného systému sesterských činností NIC v úrovni NIC – (Nursing Interventions Classification) pre dva nezávislé výbery a v úrovni NOC (Nursing Outcomes Classification) sme porovnali výsledky respondentov pomocou Studentovho t-testu pre dva závislé výbery. Výskum sme realizovali v období rokov 2007–09 vo Fakultnej nemocnici v Nitre a v Špecializovanej nemocnici sv. Svorada Zobor v Nitre. Z výsledkov výskumu vyplýva pozitívny vplyv použitia vybraných súborov klasifikačných systémov ošetrovateľstva v procese rozhodovania onkologického pacienta. V porovnaní medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou sú signifikantné rozdiely v uskutočňovaných sesterských činnostiach vybraného súboru klasifikačného systému NIC. V porovnaní hodnôt ukazovateľov vybraného súboru NOC sú signifikantné rozdiely medzi vstupnými a výstupnými meraniami, v zmysle uskutočnenia rozhodnutia pacientmi a dosiahnutia cieľa. Klasifikačné systémy ošetrovateľstva môžeme hodnotiť pozitívne v manažmente pacientov so sesterskou diagnózou Konflikt v rozhodovaní (špecifikovať).

Kľúčové slová: konflikt – rozhodovanie – výber – klasifikačné systémy – ošetrovateľstvo – alternatívy – výsledky

ÚVOD

Rozhodnúť sa o niečom spravidla nebýva ľahké. Ľudia denne čelia rôznym druhom rozhodnutí – od tých najjednoduchších, s ktorými sú schopní poradiť si sami, až po tie najzložitejšie a najzávažnejšie, ktoré ovplyvňujú ich budúcnosť a pri ktorých je potrebná asistenciu podporných systémov. Sesterská diagnóza s názvom „Konflikt v rozhodovaní (špecifikovať)“ je na prvý pohľad možno nie príliš známy pojem, avšak po jeho hlbšom preštudovaní zistíme, že ide o frekventovanú problematiku. Sesterská diagnóza Konflikt v rozhodovaní (špecifikovať) spadá do 10. diagnostickej domény – Životné princípy. Štandardizované názvy sesterských diagnóz sú v tejto doméne zaradené do tried: Trieda 1: hodnoty, Trieda 2: presvedčenie, Trieda 3: súlad hodnôt, presvedčení a činov. Sesterská diagnóza Konflikt v rozhodovaní (špecifikovať) spadá do tretej triedy (Herdman et al., 2007). „Konfliktné rozhodovanie definujeme ako stav neistoty, ak sa má jedinec rozhodnúť medzi dvomi alebo viacerými priebehmi a toto rozhodnutie zahŕňa riziko, stratu alebo spochybnenie životných hodnôt“ (Doenges, Moorhouse, 2001, s 293). Upravenie sa týka ohniska konfliktu ako napríklad vlastné zdravie, vzťahy v rodine, zamestnanie, financie ... (McFarland, McFarlane, 1997).

Uvedená sesterská diagnóza je síce nezriedka riešená, ale napriek tomu neznáma. Sestry sa s ňou stretávajú pomerne často, na každom od-

delení, avšak neuvedomujú si jej existenciu. Riešia ju nevedome, automaticky, čo môže viesť k vzniku chýb. Sestry v rámci plnenia svojich úloh by nemali zabúdať na to, že ich pacienti musia neraz vykonávať rozhodnutia týkajúce sa zdravia a starostlivosti o zdravie. Tieto rozhodnutia môžu do značnej miery ovplyvniť chod ďalších udalostí v ich živote, za čo do istej miery zodpovedá i sestra.

V našom výskume sme sa zamerali na pacientov s onkologickým ochorením. Vzhľadom na ich kritický zdravotný stav je tvorba rozhodnutí najnáročnejšia, čo sa prejavuje aj v potrebe pomoci pri hľadaní vhodného rozhodnutia. V skutočnosti mnoho pacientov má nedostatočné alebo neadekvátne informácie o svojej chorobe a liečebných požiadavkách, z čoho vyplývajú pacientove pocity bezmocnosti a neistoty. Poskytnutím informácií by mal byť pacientovi sprostredkovaný pocit ovládania situácie a určitá miera kontroly (Tschuschke, 2004). V kontakte s pacientom s identifikovanou uvedenou sesterskou diagnózou má sestra nie rozhodnúť za pacienta, ale poradiť mu tak, aby sám našiel riešenie – rozhodnutie, s ktorým by bol spokojný. Takýto prístup posilní jeho sebavedomie a sebaistoť. Potreba asistencie spočíva v existencii spoločného pohľadu na ujasnenie názorov, hodnôt, očakávaní, dôsledkov jednotlivých alternatív a na priebeh zvolených činností. Sestra v úlohe poradcu zároveň reviduje oblasti, v ktorých pacient nemá dostatok vedomostí

alebo zručností. Počas asistencie pacientovi v danom procese sa zlepšujú komunikačné schopnosti sestry, viac sa dozvie o jeho problémoch, potrebách, o ňom samotnom. Podávanie informácií v komunikácii má nezastupiteľnú funkciu v znižovaní psychickej záťaž, najmä miery neistoty, strachu a úzkosti, ale aj pocitu ostychu a nedôstojnej manipulácie s človekom (Nemčeková et al., 2004). Prejav záujmu o pacienta ako takého je v ošetrovateľstve nevyhnutnosťou – zvlášť u pacientov s onkologickou diagnózou.

CIELE VÝSKUMU

- Overiť účinnosť vybraného súboru z klasifikačného systému sesterských činností (NIC) Podpora v procese rozhodovania u 5 250 pacientov so sesterskou diagnózou Konflikt v rozhodovaní (špecifikovať).
- Overiť účinnosť vybraného súboru z klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva (NOC) Priebeh rozhodovania: Rozhodovanie o zdravotnej starostlivosti 1606, u pacientov so sesterskou diagnózou Konflikt v rozhodovaní (špecifikovať).

METODIKA

Vo výskume sme realizovali experiment s použitím vybraných súborov klasifikačných systémov ošetrovateľstva NIC, NOC v manažmente starostlivosti o pacienta s lekárskou onkologickou diagnózou, u ktorého vznikol konflikt v rozhodovaní v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou. Pri porovnaní intervenčnej a kontrolnej skupiny sme hodnotili rozdiely v činnostiach a v hodnoteniach sestier vo vybraných zariadeniach. Individuálny, neštandardizovaný rozhovor sme využili na zisťovanie názorov, postojov a skúseností onkologicky chorých pacientov na konfliktné rozhodovanie. Obsahovú analýzu dokumentov – chorobopisov a ošetrovateľskej dokumentácie pacientov sme využili pre získanie relevantných údajov pre posúdenie pacienta, plánovanie a vyhodnotenie výsledkov pacienta v experimentálnej aj kontrolnej skupine. Výskum sme uskutočnili vo Fakultnej nemocnici v Nitre (oddelenie radiačnej a klinickej onkológie) a v Špecializovanej nemocnici sv. Svorada Zobor (oddelenie klinickej onkológie).

Experimentálnu skupinu tvorilo 104 pacientov rozdelených do dvoch podskupín po 52

pacientoch v jednotlivých zariadeniach. 1. podskupina: pacienti oddelenia radiačnej a klinickej onkológie (52 pacientov – ďalej ORK). 2. podskupina: pacienti Špecializovanej nemocnice sv. Svorada Zobor (52 pacientov – ďalej SNZ). Kontrolnú skupinu tvorilo takisto 104 pacientov, rozdelených do dvoch podskupín v tých istých zdravotníckych zariadeniach. Zaraďujúce kritériá pre pacientov: 1. spolupracujúci pacient, bez poruchy vedomia; 2. onkologický pacient hospitalizovaný, minimálna doba hospitalizácie 5 dní (cieľ – krátkodobý, stanovený v treťom kroku manažmentu starostlivosti o pacienta s konfliktom v rozhodovaní); 3. onkologický pacient liečený v ambulancii, minimálny kontakt s pacientom 5 dní. Vylučovacie kritériá pre pacientov: 1. nespôsobujúci pacient; 2. kontakt s hospitalizovaným pacientom menej ako 5 dní; 3. doba ambulantného kontaktu kratšia ako 5 dní.

VÝSLEDKY

V prvej hypotéze (H1) sme predpokladali, že použitím vybraného súboru *Podpora procesu rozhodovania 5250* NIC sa zvýši počet dokumentovaných sesterských činností v experimentálnej skupine v porovnaní s kontrolnou skupinou.

V našom výskumnom procese nás zaujala skutočnosť vykonávania a zaznamenávania jednotlivých činností vybraného súboru *Podpora v procese rozhodovania 5250* klasifikačného systému NIC (príloha B). V obidvoch typoch zariadení sme uskutočnili komparáciu kvantitatívnych parametrov prostredníctvom Studentovho t-testu pre dva nezávislé súbory, t.j. v experimentálnej a v kontrolnej skupine. Pre náš výskum bolo podstatné porovnať jednotlivé činnosti z vybraného súboru. Z analýzy vyplýva, že v niektorých uskutočňovaných sesterských činnostiach vybraného súboru klasifikačného systému NIC sú signifikantné rozdiely medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou v obidvoch vybraných zariadeniach. Signifikantné rozdiely sú vyjadrené ako $p < 0,05$ a ako významné výsledky (štatisticky rozlíšiteľné). V experimentálnej skupine sestry uskutočňovali všetkých 15 činností. Uvádžame poradie uskutočňovania sesterských činností podľa aritmetického priemeru a smerodajnú odchýlku (tabuľka 1).

Tabuľka 1 Sesterské činnosti v experimentálnej skupine v úrovni NIC

	n = 104	AM	SD
1.	NIC9	3,67	1,34
2.	NIC10	3,45	1,25
3.	NIC5	3,39	1,20
4.	NIC3	3,13	1,20
5.	NIC7	2,85	1,37
6.	NIC13	2,17	1,36
7.	NIC2	2,15	1,06
8.	NIC1	2,02	0,94
9.	NIC11	1,37	0,94
10.	NIC12	1,35	0,88
11.	NIC6	1,10	0,30
12.	NIC15	0,48	0,50
13.	NIC14	0,32	0,49

Sestry v experimentálnej skupine najčastejšie volili nasledovné činnosti:

- NIC9 Rešpektujte právo pacienta dostať alebo nedostať informácie (AM 3,67);
- NIC10 Poskytnite pacientovi informácie, o ktoré žiada (AM 3,45);
- NIC5 Uľahčite pacientove vyjadrenie sa o cieľoch starostlivosti (AM 3,39);
- NIC3 Pomôžte pacientovi identifikovať výhody a nevýhody každej alternatívy (AM 3,13);
- NIC7 Umožnite spoločné rozhodovanie (AM 2,85).

V kontrolnej skupine sme vychádzali z posúdenia bežnej ošetrovateľskej praxe a ošetrovateľskej dokumentácie na vybraných pracoviskách. Jednotlivé zaznamenané sesterské činnosti sme zatriedili do kontextových jednotiek podľa činností vo vybranom súbore klasifikačného systému NIC *Podpora procesu rozhodovania 5250*. Štatisticky významné rozdiely v porovnaní sesterských činností experimentálnej a kontrolnej skupiny (uskutočňované a zaznamenávané sesterské činnosti v kontrolnej skupine: NIC6, NIC10, NIC12, NIC13, NIC14, NIC15) vyjadrené ako $p < 0,05$ sme zistili v uvedených sesterských činnostiach (tabuľka 2).

Tabuľka 2 Porovnanie sesterských činností NIC 5250 v experimentálnej a kontrolnej skupine

Sesterské činnosti	t-test	p
NIC10	2,122	0,035
NIC13	4,582	0,001
NIC14	3,277	0,001
NIC15	5,347	0,001

- NIC10 Poskytnite pacientovi informácie, o ktoré žiada: experimentálna skupina AM = 3,45, SD = 1,25; kontrolná skupina AM = 3,06, SD = 1,35;
- NIC13 Zastávajúte úlohu sprostredkovateľa medzi pacientom a inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti: experimentálna skupina AM = 2,17, SD = 1,36; kontrolná skupina AM = 1,47, SD = 0,70;
- NIC14 Odkážte na právnu pomoc podľa potreby: experimentálna skupina AM = 0,32, SD = 0,49; kontrolná skupina AM = 0,61, SD = 0,74;
- NIC15 Odkážte na podporné skupiny: experimentálna skupina AM = 0,48, SD = 0,50; kontrolná skupina AM = 0,15, SD = 0,36.

Na základe predchádzajúcich výsledkov komparačnej analýzy sme pokladali hypotézu H1 za potvrdenú. Použitím vybraného súboru *Podpora procesu rozhodovania 5250* sa zvýšil počet dokumentovaných sesterských činností v experimentálnej skupine v porovnaní s kontrolnou skupinou (graf 1). V experimentálnej skupine uskutočňovali a zaznamenávali sestry všetkých 15 činností, v kontrolnej skupine iba 6 činností. Je dôležité, aby ošetrovateľská dokumentácia u pacientov s onkologickou diagnózou obsahovala aj sesterské činnosti, ktoré sú zamerané na tvorbu rozhodnutia v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou. Stručné vyjadrenia sester, s ktorými sme sa stretli v ošetrovateľskej dokumentácii ako „komunikácia s pacientom“, sú nedostatočné a nevyjadrujú obsah rozhovoru sestry s pacientom.

V druhej hypotéze (H2) sme predpokladali, že existuje vzťah medzi vybraným súborom NIC *Podpora procesu rozhodovania 5250* a výraznými rozdielmi medzi vstupnými a výstupnými hodnotami merania dosiahnutia cieľa pomocou vybraného súboru NOC *Priebeh rozhodovania: Rozhodovanie o zdravotnej starostlivosti 1606* (príloha A) u pacientov so sesterskou diagnózou Konflikt v rozhodovaní (špecifikovať).

K tvorbe tohto predpokladu nás viedla skutočnosť, že sesterské činnosti vo vybranom súbore *Podpora procesu rozhodovania 5250* predstavujú komplexný návod na riešenie sesterskej diagnózy „Konflikt v rozhodovaní“ (špecifikovať), t. z. že pomáhajú pacientovi v procese rozhodovania v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou.

Pre analýzu vstupných a výstupných meraní v experimentálnej skupine sme použili Studentov t-test pre dva závislé súbory. V experimentálnej skupine uskutočňovali sestry hodnotenie na Likertovej stupnici. Toto hodnotenie odrážalo proces rozhodovania pacienta v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou. Uvádzame porovnanie vstupných a výstupných hodnôt vo vybranom súbore NOC *Priebeh rozhodovania: Rozhodovanie o zdravotnej starostlivosti 1606*, v rámci experimentálnej skupiny (graf 2). Vo všetkých ukazovateľoch vybraného súboru NOC 1606 sme zaznamenali štatisticky významné rozdiely, vyjadrené $p = 0,001$. V ukazovateli NOC 160603 *Vyžaduje informácie* sú výstupné hodnoty nižšie ako vstupné, nakoľko pacienti vyžadovali v závere procesu rozhodovania menšie množstvo informácií. Na základe výsledkov komparačnej analýzy sme považovali druhú hypotézu za potvrdenú. Krátkodobý cieľ stanovený v manažmente starostlivosti o pacienta s danou sesterskou diagnózou u $n = 104$ pacientov v experimentálnej skupine dosiahol v stanovenom časovom limite do piatich dní. V kontrolnej skupine na základe analýzy ošetrovateľskej dokumentácie možno konštatovať, že termíny používané sestrami nesplňajú podmienky pre stanovenie výsledných kritérií a tým vyhodnotenie dosiahnutia cieľa. Uvedená terminológia bola často nemerateľná (sestry používali terminológiu ako: „pacient je informovaný“, „pacient je edukovaný“ a pod.), vyskytovala sa v nízkej početnosti. Z analýzy ošetrovateľskej dokumentácie sa nedá jednoznačne určiť, či sa splnil cieľ.

Graf 1 Porovnanie sesterských činností NIC 5250 v experimentálnej a kontrolnej skupine

Legenda:

AM – aritmetický priemer

Sesterské činnosti vybraného súboru NIC 5250 Podpora procesu rozhodovania

Graf 2 Porovnanie vstupných a výstupných hodnôt v úrovni NOC 1606 n = 104

Legenda:

AM – aritmetický priemer

Ukazovatele vybraného súboru NOC 1606 Priebeh rozhodovania: Rozhodovanie o zdravotnej starostlivosti

Vstupné, výstupné – priemerné hodnoty ukazovateľov vybraného súboru NOC 1606

DISKUSIA

Problematika klasifikačných systémov ošetrovateľstva je u nás známa v teoretickej rovine, klinická prax však zatiaľ odráža túto problematiku v iných oblastiach starostlivosti, napr. starostlivosť o pacienta pri delíriu (Vörösová et al., 2007) alebo

v manažmente dojčenia (Boledovičová, 2007). V našich podmienkach je problematika klasifikačných systémov ošetrovateľstva u onkologických pacientov s konfliktom v rozhodovaní nedostatočne prebádaná.

Sestry a taktiež pacienti sa pri rozhodovaní zväčša riadia intuíciou a využívajú predošlé skúsenosti (Carpenito, 2002).

Dosiahnutie najvyššej spokojnosti a efektívneho rozhodnutia si vyžaduje dostatok času, ktorý umožňuje jedincovi rozhodnúť sa pre voľbu s najväčším úžitkom a minimálnymi stratami. Úlohou sestry je byť pacientovi k dispozícii pri voľbe a posudzovaní rozhodnutia a jednotlivých alternatív. Počas rozhovorov so sestrami sme mali možnosť zistiť, že sestry na oddeleniach nemajú dostatok času pre pacientov, najmä ak ide o uspokojovanie psychosociálnych potrieb. Zlyháva komunikácia medzi zdravotníckymi pracovníkmi i medzi personálom a rodinou pacienta. Časový stres a nervozita sa prenášajú na pacienta, čo má v konečnom dôsledku negatívny dopad na jeho rozhodnutie.

V rámci aplikovaných sesterských činností vybraného súboru NIC *Podpora procesu rozhodovania 5250* oboznámili sestry pacientov s krokmi procesu rozhodovania, ktoré uvádza autorka Carpenito (2002): 1. definovanie problému; 2. spísanie možných alternatív alebo volieb; 3. určenie pravdepodobných výsledkov jednotlivých alternatív; 4. posúdenie alternatív založených na aktuálnych alebo potenciálnych úžitkoch/hodnotách; 5. vykonanie rozhodnutia. Aj pomocou týchto krokov pacienti ľahšie dospeli k rozhodnutiu.

Dôležitou súčasťou posúdenia pacienta je určiť zdravotnú gramotnosť pacientov pred pomáhaním im s rozhodovaním. Intervencie na podporu rozhodovania prispôbené klientovej zdravotnej gramotnosti prispievajú k informovaniu rozhodovaniu (Ackley, Ladwig, 2008).

Pri stanovení prvej hypotézy sme vychádzali z predpokladu, že použitím vybraného súboru *Podpora procesu rozhodovania 5250* sa zvýši počet dokumentovaných sesterských činností v experimentálnej skupine v porovnaní s kontrolnou skupinou (H1). Predpoklad sa potvrdil. Z analýzy vyplýva, že v experimentálnej skupine uskutočňovali sestry všetky činnosti vybraného súboru.

Onkologické diagnózy sú považované všeobecne za špatné správy. V našej spoločnosti existuje z tohto ochorenia mimoriadny strach, akási „onkofóbia“, všeobecne ľudia vnímajú rakovinu tragicky. Dôležitý je zo strany sestry a ošetrovateľského tímu efektívny prístup. Tento prístup predpokladá účinný interaktívny proces, ktorého súčasťou je zainteresovaný vzťah determinovaný prvka-

mi terapeutickú komunikáciu (Kristová, 2004). V súčasnom období je zdôrazňovaná komunikácia ako nová výzva moderného prístupu k ľudskému zdraviu v dennej klinickej praxi.

Sestry v kontrolnej skupine uskutočňovali len komunikáciu, ktorá bola zameraná na poskytnutie nevyhnutných informácií, na minimálnu komunikáciu s rodinnými príslušníkmi a v rámci multidisciplinárneho tímu. Časť sesterských činností bola zameraná na poskytnutie informácií v prípade právnej pomoci a pomoci zo strany podporných skupín. Z uvedeného vyplýva, že sestry nie sú zvyknuté pracovať metódou ošetrovateľského procesu, t. z. že neposkytovali pacientom ucelené množstvo informácií, zameraných na riešenie sesterskej diagnózy.

Pri riešení tejto sesterskej diagnózy sa ukázala potreba intenzívnej spolupráce jednotlivých členov zdravotníckeho tímu. Nakoľko sestry uskutočňovali aj závislé sesterské činnosti, museli úzko spolupracovať najmä s lekármi, ktorí poskytovali pacientom informácie o povahe choroby a o potrebných medicínskych výkonoch (*Informovaný súhlas pacienta na poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa § 6, zákona NR SR č. 576/2004 Z.z., o zdravotnej starostlivosti*). Išlo o sesterské činnosti NIC2 *Informujte pacienta o alternatívnych názoroch alebo riešeniach*, NIC3 *Pomôžte pacientovi identifikovať výhody a nevýhody každej alternatívy*, NIC10 *Poskytnite pacientovi informácie, o ktoré žiada*. V prípade uskutočňovania týchto činností museli byť sestry dostatočne informované o rozsahu poskytnutých informácií lekárom, aby mohli s pacientom spolupracovať a asistovať mu v procese rozhodovania.

V ďalšej výskumnej oblasti sme sa zaoberali významom použitia vybraných súborov klasifikačného systému NOC pri posudzovaní dosiahnutia cieľa u pacienta s konfliktom v rozhodovaní. Vychádzali sme z predpokladu, že existuje vzťah medzi použitím vybraného súboru NIC *Podpora procesu rozhodovania 5250* a výraznými rozdielmi medzi vstupnými a výstupnými hodnotami merania dosiahnutia cieľa pomocou klasifikačného súboru NOC *Priebeh rozhodovania: Rozhodovanie o zdravotnej starostlivosti 1606* (H2). Výstupné hodnoty v ukazovateľoch vybraného súboru NOC *Priebeh rozhodovania: Rozhodovanie o zdravotnej starostlivosti 1606* väčšinou dosahovali na Likertovej škále stupeň 4 a 5 (4 často preukázaný, 5 vždy preukázaný).

ZÁVER

Nadobudnutie lepšieho chápania problematiky konfliktného rozhodovania prináša dôležité benefity tak sestram, ako i pacientom. Zlepšuje sa kvalita poskytovanej starostlivosti, zvyšuje sa schopnosť pracovať v partnerskom vzťahu s pacientom a jeho rodinou, posilňuje sa ich účasť na procese.

Ako sme už naznačili, táto sesterská diagnóza ostala v praxi v úzadí. Najmä na Slovensku sa jej nevenuje dostatočná pozornosť. Týka sa to klinickej praxe a tiež vydaných publikácií. Prvým krokom na vykonanie zmeny je, že si sestry pri jej riešení uvedomia jej dôležitosť a význam a pokúsia sa vcítiť do aktuálneho stavu pacienta a jeho pocitov. Druhým dôležitým krokom práve pri tejto sesterskej diagnóze je pracovanie metódou ošetrovateľského procesu, pretože rozhodovanie a výber pacienta je založený na presne stanovenom postupe. Ak však sestry chýbajú vedomosti, jej spôsob postupu vzniká len na základe predchádzajúcich skúseností či intuície. Takýto prístup je neodborný, často vedie k chybnému spracovaniu výsledkov, je zdĺhavý, neprehľadný a vnáša do procesu subjektivitu. Pacient nemusí pochopiť, čo sa od neho žiada, nespôsobuje do takej miery, ako by sme si predstavovali.

Nie všetci pacienti si želajú rovnaký stupeň kontroly nad rozhodovaním sa. Ako uvádza Florin et al. (2006), sestry sú si nie vždy vedomé perspektívy svojich klientov a majú tendenciu preceňovať ochotu klientov participovať. Na druhej strane Tschuschke (2004) uvádza, že pacienti majú často pasívny postoj voči rozhodnutiam, ktoré sa týkajú ich liečby. Ako uvádza Harkness (2005), klienti by mali byť vodcami pri rozhodnutiach o svojej vlastnej zdravotnej starostlivosti. Napriek tomu niektorí klienti chcú byť úplne zainteresovaní vo všetkých rozhodnutiach, iní klienti preferujú byť zainteresovaní menej (Ackley, Ladwig, 2008).

Dôležitým faktorom pri riešení tejto sesterskej diagnózy je teda schopnosť sestry zachovať si objektívny postoj. Často sa ľudia zvyknú považovať za expertov na životné ciele a hodnoty. Aby sestra nestratila objektivitu, musí využívať model tvorby rozhodovania počas asistencie pacientovi. Aj z tohto dôvodu bolo nevyhnutné využiť vybrané súbory z klasifikačných systémov ošetrovateľstva.

* Príspevok je súčasťou grantového projektu UGA VIII/9/2009.

LITERATÚRA

- ACKLEY, B. J., LADWIG G. B.: *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence – Based Guide to Planning Care*. 8th Edition, Missouri: Mosby, Inc., 2008, p. 937.
- BOLEDOVIČOVÁ, M.: Overovanie klasifikačného systému NANDA, NIC a NOC pri dojení v podmienkach novorodeneckých oddelení. In: Vörösová, G. et al.: *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2007, s. 87–99.
- CARPENITO, L. J.: *Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice*. Philadelphia: Lippincott, 2002, 9th edition, s. 1270.
- DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, 565 s.
- FLORIN, J., EHRENBORG, A., EHNFORSS, M.: Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 2006, vol. 15, no 2, p. 1498–1508.
- HARKNESS, J.: Patient involvement: a vital principle for patient-centered health care. *World Hospitals and Health Services*, 2005, vol. 41, no 2, p. 12–16.
- HERDMAN, T. H. et al. (ed.): *NANDA International. Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2007–2008*. 7th Edition, Philadelphia: NANDA International 2007, p. 343.
- JOHNSON, M., MAAS, M., MOORHEAD, S.: *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 2. vyd. Missouri U.S.A.: Mosby, Inc., 2000, 610 s.
- KRISTOVÁ, J.: *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2004, 158 s.
- MCCLOSKEY, J. C., BULECHEK, G. M.: *Nursing Interventions Classification (NIC)* 3rd Edition, Missouri U.S.A.: Mosby, Inc., 2000, 911 s.
- McFARLAND, G. K., McFARLANE, E. A.: *Nursing Diagnosis and Interventions. Planning for patient care*. Mosby 1997.
- NEMČEKOVÁ, M. et al.: *Práva pacientov. Medicínske, ošetrovateľské a filozoficko-etické súvislosti*. Martin: Osveta, 2004, 214 s.
- TSCHUSCHKE, V.: *Psychoonkologie: psychologische aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 324 s.
- VÖRÖSOVÁ, G. a kol.: *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovateľstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007, 113 s.
- Zákon č. 576/2004 Z. z., o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

* prílohy na d'alšej strane

Alica Slamková a Gabriela Vörösová
aslamkova@ukf.sk

PRÍLOHA A

NOC Priebeh rozhodovania: rozhodovanie o zdravotnej starostlivosti 1606

*Priebeh rozhodovania: Rozhodovanie o zdravotnej starostlivosti 1606***Doména:** Vedomosti o zdraví – zdravé správanie (IV)**Trieda:** Zdravé správanie (Q)**Škála:** Od nikdy nepreukázaného stavu po vždy preukázaný stav (m)**Definícia:** Osobné zapojenie sa do výberu a hodnotenia podmienok zdravotnej starostlivosti

Ukazovateľ:	Nikdy nepreukázaný	Zriedka preukázaný	Niekedy preukázaný	Často preukázaný	Vždy preukázaný
	1	2	3	4	5
160601	Uplatňuje zodpovednosť v procese rozhodovania				
160602	Preukazuje vlastné riadenie procesu				
160603	Vyžaduje informácie				
160604	Definuje dostupné podmienky				
160605	Špecifikuje preferencie výsledkov				
160606	Identifikuje priority výsledkov				
160607	Identifikuje prekážky, ktoré bránia dosiahnutiu želaného výsledku				
160608	Využíva techniky riešenia problému k dosiahnutiu želaných výsledkov				
160609	Prejavuje záujem podieľať sa na procese rozhodovania				
160610	Identifikuje dostupné podporné systémy potrebné k dosiahnutiu želaných výsledkov				
160611	Vyhľadáva služby, ktoré vedú k dosiahnutiu výsledkov				
160612	Vyjednáva o preferenciách týkajúcich sa starostlivosti o zdravie				
160613	Sleduje prekážky brániace dosiahnutiu výsledkov				

160614 Určuje stupeň konečného výsledku zdravotnej starostlivosti

160615 Hodnotí spokojnosť s výsledkami zdravotnej starostlivosti

160616 Iné (špecifikujte).....

Zdroj. Prevzaté z: JOHNSON et al., 2000. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 2. vyd. Missouri: Mosby, 2000, 335 s.

PRÍLOHA B

NIC Podpora procesu rozhodovania 5250

Podpora procesu rozhodovania 5250

Definícia: Poskytovanie informácií a podpory pacientovi, ktorý robí rozhodnutia v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou

Činnosti sestry

1. Určíte odlišnosti medzi pohľadom pacienta na vlastný stav a pohľadom poskytovateľov starostlivosti
2. Informujte pacienta o alternatívnych názoroch alebo riešeniach
3. Pomôžte pacientovi identifikovať výhody a nevýhody každej alternatívy
4. Nadviažte komunikáciu ihneď pri prijatí
5. Uľahčíte pacientove vyjadrenie sa o cieľoch starostlivosti
6. Získajte, podľa potreby informovaný súhlas
7. Umožnite spoločné rozhodovanie
8. Oboznámte sa s predpismi zariadenia a postupmi
9. Rešpektujte právo pacienta dostať, alebo nedostať informácie
10. Poskytnite pacientovi informácie, o ktoré žiada
11. Pomôžte, podľa potreby pacientovi vysvetliť rozhodnutie iným
12. Zastávajte úlohu sprostredkovateľa medzi pacientom a rodinou
13. Zastávajte úlohu sprostredkovateľa medzi pacientom a inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti
14. Odkážte, podľa potreby na právnu pomoc
15. Odkážte, podľa potreby na podporné skupiny

Zdroj. Prevzaté z: McCLOSKEY, BULECHEK, 2000. *Nursing Interventions Classification (NIC)* 3. vyd., Missouri U.S.A.: Mosby, Inc., 2000. s. 243