

Zlín 2016

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES A JEHO DOKUMENTACE

Pavla Kudlová



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES A JEHO DOKUMENTACE

PAVLA KUDLOVÁ

ZLÍN 2016

Recenzovaly: Mgr. Lenka Špirudová, PhD.
PhDr. Anna Krátká, Ph.D.

© Pavla Kudlová, 2016

ISBN 978 – 80 – 7454 – 600 – 6

Obsah

Předmluva autorky.....	4
Vysvětlivky k používaným symbolům.....	5
ÚVOD DO OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU A JEHO DOKUMENTOVÁNÍ	6
KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ, POSLÁNÍ A FUNKCE SESTRY	7
OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	15
OŠETŘOVATELSKÉ POSOUZENÍ.....	24
STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	41
PLÁNOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	56
VYHODNOCENÍ.....	76
OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE.....	80
Literatura	87
Zkratky	92
Přílohy.....	93

Předmluva autorky

Úkolem bakalářského studijního programu Ošetřovatelství je připravit vysokoškolsky vzdělané všeobecné sestry pro výkon zdravotnické a ošetřovatelské praxe. Tito zdravotničtí ošetřovatelští profesionálové musí být připraveni na kompetentní rozhodování, řízení a odpovědnost za realizaci všech fází ošetřovatelského procesu při individuální, na potřeby jedince či dané komunity orientovanou ošetřovatelskou péčí, na všech úrovních našeho zdravotnického systému. Ošetřovatelský proces je základní metodou pro ošetřování nemocných. V České republice je zakotven v legislativě ve věstníku MZ ČR, částka 9, 2004 a ve vyhlášce MZ ČR č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů (Česko, 2004a; Česko, 2011a).

Naučit nové uchazeče oboru Všeobecná sestra profesionálně pracovat touto metodou je poměrně náročné, ale ne nemožné. Úkolem tohoto textu je transformovat vědecké poznatky v této oblasti na didaktickou úroveň s dopadem do praxe s ohledem na teritoriální legislativu a kontexty. Studijní materiál je tedy určen nejen pro studenty bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, kteří se s metodou ošetřovatelský proces a jeho dokumentování teprve seznamují, ale také pro ty, kteří s metodou ošetřovatelského procesu jsou již obeznámeni, pracují s ní, nicméně pociťují potřebu doplnit si nové poznatky v této oblasti. Vybrané aktivity se budou procvičovat v rámci cvičení.

Cílem publikace je i motivovat studenty i další potenciální čtenáře ke kritickému myšlení, nechat jim prostor pro rozhodování, posílit jejich sebedůvěru k realizaci kvalitní ošetřovatelské péče. Tato studijní opora je zpracována s cílem podněcovat studenta k samostatnému, průběžnému a soustavnému studiu, osvojit si žádoucí znalosti a kompetence v oblasti ošetřovatelské péče. K zpětné reflexi pro studenta jsou zařazeny kontrolní otázky a úkoly a úkoly k zamyšlení.

Na úvod si dovoluji použít citát, který mne velice oslovil:

„Nestačí jen něco vědět, je třeba to i využít, nestačí něco chtít, je třeba to i vykonat.“

Johann Wolfgang von Goethe

Přeji vám, aby se vám to podařilo

Pavla Kudlová

Vysvětlivky k používaným symbolům



Průvodce studiem - vstup autora do textu, specifický způsob, kterým se se studentem komunikuje, povzbuzuje jej, doplňuje text o další informace



Pojmy k zapamatování.



Shrnutí - shrnutí předcházející látky, shrnutí kapitoly.



Literatura - použitá ve studijním materiálu, pro doplnění a rozšíření poznatků.



Úkoly – cvičení - prověřují, do jaké míry studující text a problematiku pochopil, zapamatoval si podstatné a důležité informace, a zda je dokáže aplikovat při řešení problémů



Úkoly k zamyšlení.



Cíle studia a osvojení poznatků.



Klíčové pojmy.

ÚVOD DO OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU A JEHO DOKUMENTOVÁNÍ

Cílem publikace je budovat systematické poznatky a dovednosti studentů v oblasti metody ošetřovatelský proces. V publikaci je nastíněn vznik ošetřovatelského procesu, charakterizovány jsou jeho jednotlivé fáze, od posouzení až po vyhodnocení dosaženého výsledku. Popsány jsou vybrané potřeby a jejich konkrétní deficity (ošetřovatelské problémy), na které se zaměřuje ošetřovatelská diagnostika. Dále je zde objasněna ošetřovatelská dokumentace výstupů jednotlivých kroků ošetřovatelského procesu. Zejména konstrukce posouzení (posuzovací struktury založené na důkazech), ošetřovatelského plánu, požadavků na jejich součásti, zásady správné dokumentace, legislativní ukotvení aj. Publikace je doplněna průběžnými úkoly, které by měly studentovi pomoci rozvinout jeho dovednost pracovat metodou ošetřovatelského procesu.

Student by měl být po prostudování publikace a splnění dílčích úkolů schopen:

- popsat a vysvětlit koncepci současného ošetřovatelství postavenou na holismu a ošetřovatelském procesu;
- charakterizovat poslání, funkce a kompetence všeobecné sestry;
- popsat základní fáze ošetřovatelského procesu;
- umět vysvětlit význam jednotlivých složek;
- popsat výhody ošetřovatelského procesu pro P/K i pro sestru;
- identifikovat ošetřovatelské problémy P/K;
- používat objektivizované metody posuzování stavu potřeb při příjmu do ošetřovatelské péče i v jejím průběhu;
- formulovat dvou i tříložkové ošetřovatelské diagnózy za pomoci moderní ošetřovatelské terminologie;
- využít získané poznatky při plánování ošetřovatelské péče, při hodnocení účinnosti péče poskytnuté podle individuálního plánu;
- nepřesahovat své kompetence a uznávat činnosti dalších odborníků multidisciplinárního zdravotnického týmu;
- posoudit, diagnostikovat a naplánovat péči u vybraného P/K.

Průvodce studiem

Předpokladem je, že student si získanou schopnost pracovat metodou ošetřovatelského procesu bude v dalším studiu a v rámci klinické praxe prohlubovat a zdokonalovat.



KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ, POSLÁNÍ A FUNKCE SESTRY

Po prostudování kapitoly byste měli být schopni:

- objasnit základní pojmy (ošetřovatelství, holistická filosofie, všeobecná sestra, ošetřovatelská péče, ošetřovatelský proces, ošetřovatelská dokumentace)
- popsat a vysvětlit koncepci současného ošetřovatelství postavenou na holismu a ošetřovatelském procesu
- objasnit poslání, funkce a kompetence sestry
- vysvětlit a rozlišit tři způsoby poskytování ošetřovatelské péče a objasnit role sestry v těchto typech péče



Klíčová slova

Ošetřovatelství, koncepce, filosofie, pojmy v ošetřovatelství, ošetřovatelský proces, ošetřovatelská dokumentace



Průvodce studiem

V oblasti zdravotnictví působí 5 regulovaných profesí – lékaři, zubní lékaři, farmaceuti, všeobecné sestry a porodní asistentky. K povoláním se vztahují evropské směrnice (směrnice 93/16/EHS, 78/686/EHS, 78/687/EHS, 80/154/EHS, 80/155/EHS, 77/452/EHS, 77/453/EHS, 85/432/EHS a 85/433/EHS), které byly v ČR transportované do zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění zákona č. 125/2005 Sb., a „malé novely“ – zákona č. 105/2011 Sb., vyhlášky č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů - (vyhláška č. 2/2016 Sb.), nařízení vlády č. 31/2010 Sb. a do zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění zákona č. 125/2005 Sb.



Pojmy k zapamatování

Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocných a zajištění klidného umírání a smrti. Významně se podílí na prevenci, diagnostice, terapii, rehabilitaci a edukaci.

Holistická filosofie je filosofický směr, který prezentuje filosofii celistvosti (chápe živé organizmy (člověka) jako celky, které fungují ve vzájemné interakci s okolím).

Ošetřovatelská péče je péče, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti.



Ošetřovatelský proces je systematická, racionální a individualizovaná metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetřovatelské péče, která je uskutečňována v určitém logickém pořadí.

Ošetřovatelská dokumentace je systematické zaznamenávání plánované a poskytované péče pacientovi kvalifikovanou sestrou a ostatními členy ošetřovatelského týmu, kteří pod odborným vedením kvalifikované sestry/porodní asistentky pracují. Kvalitní vedení záznamů v ošetřovatelské dokumentaci může ovlivnit ošetřovatelskou praxi a porodní asistenci.

Všeobecná sestra je osoba, která absolvovala obor Všeobecná sestra a získala tak profesní kvalifikaci, je registrovaná a vlastní licenci (zákonné povolení) pro poskytování ošetřovatelské péče (Kutnohorská, 2010; Plevová a kol., 2011; Kolektiv autorů, 2007 aj.).

Současné ošetřovatelství

Ošetřovatelství tvoří zcela specifickou a samostatnou součást systému zdravotní péče. Hlavním cílem současného ošetřovatelství je pomoci jednotlivci, rodinám, skupinám, komunitám uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby, které se v různých životních a zdravotních situacích mění.

Charakteristické rysy ošetřovatelství:

- poskytování aktivní ošetřovatelské péče;
- poskytování individualizované péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu;
- poskytování ošetřovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem;
- holistický přístup k nemocnému;
- preventivní charakter péče;
- poskytování péče ošetřovatelským týmem složeným z různě kvalifikovaných pracovníků (vícestupňový způsob).

K moderním trendům ošetřovatelství patří, mimo jiné, **poskytování ošetřovatelské péče vícestupňovým způsobem**, jehož předpokladem je ošetřovatelský tým, složený z ošetřovatelského personálu s různou úrovní kvalifikace. *Kompetence těchto pracovníků jsou vymezeny podle stupně dosaženého vzdělání a specializace.*

Koncepce ošetřovatelství České republiky uvedená ve věstníku MZ ČR, částka 9, klade **důraz na náročnější a samostatnější práci** ošetřovatelského personálu. Zdůrazňuje nutnost **práce metodou ošetřovatelského procesu** doprovázeného **řádně vedenou zdravotnickou dokumentací** jako základního metodického postupu ošetřovatelského personálu při práci se zdravým i nemocným člověkem, jeho rodinou a sociálním prostředím (Česko, 2004a). Zdůrazňuje také uplatňování ošetřovatelských norem, vědecky zdůvodněných ošetřovatelských metod, postupů a technik při ošetřovatelských činnostech (viz praxe založená na důkazech – Evidence Based Practice - EBP).

Koncepce ošetřovatelství a ošetřovatelské péče se od koncepce medicínských oborů liší právě svým zaměřením na lidské potřeby. Ošetřovatelství vyhledává a odstraňuje, či zmírňuje problémy v oblasti lidských potřeb a podporuje odborné zaměření dalších profesí multidisciplinárního zdravotnického týmu ve prospěch zdraví populace. Respektuje tak definici zdraví WHO „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci či vady.“

Holistická filosofie

Filosofický směr, který prezentuje filosofii celistvosti. Člověka chápe jako mikrovesmír, který žije a funguje v souvislosti s celým vesmírem. Tvrdí, že **zákon o zachování rovnováhy a harmonie** platí jak pro člověka jako jedince, tak pro společnost.

Tato filosofie:

- chápe živé organizmy (člověka) jako celky, které fungují ve vzájemné interakci s okolím;
- vnímá jedince, rodinu, komunitu jako neredukovatelné celky;
- říká, že pokud je celek rozdělen, celistvost zaniká;
- vyjadřuje, že celek (např. jedinec, rodina, skupina, komunita) není pouhým souhrnem jednotlivých izolovaných částí/struktur (např. orgány, tkáně, osobnost, potřeby, prostředí, rodina, společnost), ale je výsledkem jejich vzájemné interakce.

Koncepce holismu, aplikovaná na člověka a jeho zdraví, zdůrazňuje péči člověka

„o sebe sama“, angl. **self-healing, self-care**, za podpory cvičení, správné výživy, adekvátního spánku, pobytu na zdravém vzduchu aj.

Obor ošetřovatelství využívá a upřednostňuje právě filosofii holismu.

Ošetřovatelská péče je péče, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevyлéčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti – viz zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách (Česko, 2011c).

Úkol k zamyšlení - cvičení

Zamyslete se, a zkuste vlastními slovy popsat vaši definici „ošetřovatelství“ a definici „sestry“.



Poslání, funkce a kompetence sestry

Posláním sestry je pomáhat jednotlivcům, rodinám a skupinám uspokojovat aktuální potřeby a dosahovat jejich maximální tělesné, psychické a sociální shody v souladu s prostředím, ve kterém žijí a pracují. Sestra poskytuje základní a speciální ošetrovatelskou péči, kooperuje na diagnosticko-terapeutických činnostech, vede administrativu a dokumentuje ošetrovatelskou péči, která se poskytuje metodou ošetrovatelského procesu.

Funkce sestry jsou přímo odvozeny z poslání ošetrovatelství ve společnosti. Měly by být zakotveny v legislativních normách upravujících podmínky poskytování ošetrovatelské péče každé země.

Průvodce studiem

Dvě nelékařské profese – všeobecné sestry a porodní asistentky - poskytují individuální cílenou péči uživatelům zdravotnických služeb. Všeobecné sestry poskytují péči ošetrovatelskou a porodní asistentky péči porodní asistence. Obě tyto profese jsou vzdělávány dle požadavků Evropské unie a plní ve své praxi čtyři funkce. Mezi ně patří 1/ funkce autonomní, 2/ kooperativní, 3/ výzkumná a rozvojová a 4/ koordinační a řídicí.

V ČR je profese sestry regulovaná jak v rovině akreditací sesterských pregraduálních i postgraduálních vzdělávacích programů, tak v rovině samotného výkonu profese systémem opakovaných individuálních profesních registrací (Špirudová, 2015, s. 11).



Úkoly - cvičení

Která platná legislativa upravuje podmínky poskytování ošetrovatelské péče v ČR?



Hlavní funkce sestry:

- **poskytování a řízení ošetrovatelské péče**, která dodržuje logický sled kroků známých jako ošetrovatelský proces;
- **vzdělávání pacientů/klientů** a dalších zdravotnických pracovníků;
- **být přínosným členem zdravotnického týmu;**
- **rozvoj ošetrovatelské praxe** prostřednictvím kritického myšlení a výzkumu (Staňková [Ed.], 1991, s. 48-49).

Profese všeobecné sestry zahrnuje čtyři základní funkce: 1/ autonomní, 2/ kooperativní, 3/ v oblasti výzkumu a vývoje, 4/ v oblasti řízení ošetrovatelské péče (více viz např. Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005 Sb., částka 6 (Česko, 2005).

Úkol k zamyšlení - cvičení

Co si představíte pod pojmy „autonomní“ a „kooperativní“? Zkuste najít synonyma pro tyto pojmy.



Úkoly - cvičení

Aby byly všeobecné sestry schopny tyto funkce plnit, musí absolvovat tzv. pregraduální (kvalifikační) studium.

1. Které studijní programy a obory musí absolvovat, aby získaly pracovní zařazení a kompetence všeobecných sester?
2. Víte, jaká je standardní doba studia a kolik musí v rámci takového programu absolvovat nejméně hodin teoretické a praktické výuky?



Kompetence

Kompetence sester a porodních asistentek v České republice upravuje Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. Prováděcím předpisem Zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních je Vyhláška č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Česko, 2004a; Česko, 2011a).

Všeobecná sestra vykonává činnosti:

1. bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou klienta stanovenou lékařem, přičemž základní a specializovanou péči zajišťuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. V rámci komplexní ošetrovatelské péče sestra vykonává samostatně jednotlivé úkony a činnosti zaměřené na uspokojování potřeb, řešení problémů a zlepšování stavu jedinců i skupin. Přitom zejména může např. vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, pozorovat, hodnotit a zaznamenávat stav pacienta, hodnotit a ošetřovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřovat stomie, centrální a periferní žilní vstupy aj.
2. Pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může vykonávat činnosti spadající pod vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči, které jsou uvedené pod odstavcem 1 písm. b) až i) Vyhlášky č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů.
3. Na základě indikace lékaře se podílí bez odborného dohledu na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich (např. podávání léčivých

přípravků s výjimkou nitrožilních injekcí nebo infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak, provádění screeningových a depistážních vyšetření, odebírání biologického materiálu a orientační hodnocení, zda jsou výsledky fyziologické, provádění ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů aj.)

4. Pod odborným dohledem lékaře může např. aplikovat nitrožilně krevní deriváty.

Vysoce specializovanou ošetrovatelskou péčí může vykonávat všeobecná sestra, která získala specializovanou způsobilost. Některé vysoce specializované činnosti vykonává pod přímým vedením lékaře.

K tomu, aby všeobecná sestra (VS) mohla vykonávat své povolání samostatně, tedy bez odborného dohledu, musí splňovat podmínky pro výkon povolání bez odborného dohledu a zároveň vlastnit osvědčení vydané Ministerstvem zdravotnictví ČR.

Úkoly - cvičení

1. Nastudujte v zákonu č. 96/2004 Sb. (popř. reagujte aktivně a nastudujte nový zákon, který se právě připravuje) odbornou způsobilost všeobecné sestry a ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. činnosti všeobecné sestry. Uveďte příklady dalších činností (tabulka 1), které mohou všeobecné sestry vykonávat bez odborného dohledu a bez indikace, a které bez odborného dohledu a na základě indikace lékaře.
2. Uveďte do tabulky nové činnosti všeobecné sestry dle vyhlášky č. 2/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb. (Česko, 2004a; Česko, 2011a; Česko, 2016).



Tabulka 1. Příklady činností všeobecné sestry dle platné legislativy

Požadované činnosti:	Příklady činností:
Činnosti, které mohou VS vykonávat bez odborného dohledu a bez indikace	
Činnosti, které mohou VS vykonávat bez odborného dohledu a na základě indikace lékaře	
Nové činnosti VS dle vyhlášky č. 2/2016 Sb.	



Činnosti sestry v různých kategoriích ošetrovatelské péče

Můžeme rozlišit 3 kategorie poskytování ošetrovatelské péče 1/ sebeděči (tj. péče zajišťovaná vlastními silami), 2/ laickou pomocí okolí, 3/ profesionální péči (Staňková [Ed.], 1996).

Sebeděče

Za normálních okolností je schopen člověk si sám sátovat své potřeby (např. příjem potravy a tekutin, hygienu, oblékání aj.). Je schopen si udržovat dobrou kondici, zvládat každodenní aktivity, nepotřebuje pomoc profesionála. Úkolem sestry je povzbuzovat a vést takového člověka k soběstačnosti a sebeděči a včas rozeznat, kdy potřebuje profesionální péči.

Úkoly - cvičení

Uveďte příklady hodnotících a měřících technik zaměřených na posouzení soběstačnosti a zvládnání denních aktivit, které jsou nejvíce používány v praxi.



Laická pomoc okolí

Péče poskytoaná rodinnými příslušníky, přáteli, sousedy aj., která umožňuje P/K nebo handicapovaným osobám žít v domácím prostředí. Tito klienti nepotřebují přímou profesionální péči, sestra však může být požádána o radu.

Profesionální péče

Profesionální péče vyžaduje speciální vědomosti, dovednosti a postoje kvalifikované sestry. Může být poskytována v různých zařízeních (v nemocnicích, jiných institucích, v komunitě). Každý P/K by měl v rámci možností vždy spolurozhodovat o vlastní péči.

Úkoly – cvičení

Rozdělte se do dvojic. Každá dvojice si vybere jednu ze základních potřeb (viz tabulka 2). Nyní najděte tři P/K, z nichž každý v této potřebě potřebuje jiný stupeň péče (sebeděče, laická pomoc, profesionální péče). Můžete se nechat inspirovat nesaturovanými potřebami v rodině, ve svém okolí, v dokumentaci, v odborné literatuře nebo z jiných zdrojů. Jaké informace potřebujete k tomu, abyste mohli rozhodnout, jaký stupeň péče P/K potřebuje? Určete, jak jim může pomoci sestra.



Tabulka 2. Činnosti sestry v různých kategoriích ošetrovatelské péče

Potřeba	Činnosti sestry		
	Sebepéče	Laická péče	Profesionální péče
dýchání			
hydratace			
výživy			
vyprazdňování			
fyzické aktivity			
být bez bolesti			
pohody			
spánku/ odpočinku			
hygieny			
sexuální			



Shrnutí

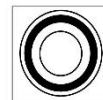
Hlavním cílem současného ošetrovatelství je pomoci jednotlivci, rodinám, skupinám, komunitám uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby, které se v různých životních a zdravotních situacích mění. Je to umění i věda, která vyžaduje porozumění a aplikaci specifických vědomostí a dovedností. Opírá se o poznatky humanitních, lékařských a přírodních věd. Kompetence a role sestry jsou přímo odvozeny z poslání ošetrovatelství ve společnosti. Měly by být zakotveny v legislativních normách upravujících podmínky poskytování ošetrovatelské péče jako je zákon 96/2004 Sb., novelizace č. 105/2011 Sb.; věstník MZ ČR, částka 9, z roku 2004 a vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb. (Česko, 2004a; Česko, 2011a; Česko, 2011b).



OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Po prostudování kapitoly byste měli být schopni:

- vysvětlit pojem ošetřovatelský proces
- charakterizovat ošetřovatelský proces
- podat krátký přehled o historii ošetřovatelského procesu ve světě a v ČR
- vyjmenovat fáze ošetřovatelského procesu
- popsat typické činnosti, které sestry provádí v jednotlivých fázích ošetřovatelského procesu
- zdůvodnit výhody práce touto metodou a předpoklady pro realizaci ošetřovatelského procesu v praxi
- určit, jakým způsobem může ošetřovatelský proces zkvalitnit péči o P/K
- z praxe určit nedostatky nebo bariéry poskytování ošetřovatelské péče touto metodou
- charakterizovat 4 způsoby organizace práce sester



Klíčová slova

ošetřovatelský proces, fáze, historie ošetřovatelského procesu, organizace práce



Úkoly - cvičení

Předpokladem pro zvládnutí následujícího oddílu je znalost různých organizačních systémů práce sester (funkčního, skupinového, primárních sester, týmové práce). Proto **vaším úkolem je popsat práci sestry v těchto organizačních systémech**. Setkali jste se na praxi s funkčním systémem práce, popř. s náznakem funkčního systému práce?



Definice ošetřovatelského procesu

Cílem ošetřovatelského procesu je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů/klientů (jedinců, rodin, skupin a komunit). Je zaměřený na jejich tělesné, psychické, sociální a duchovní potřeby. Lze jej použít jako rámec pro poskytování péče ve všech typech zařízení, kde se poskytuje ošetřovatelská péče, u pacientů všech věkových kategorií a s rozdílnými diagnózami (Česko, 2004a).

Krátký historický úvod do ošetrovatelského procesu

Před zavedením ošetrovatelského procesu (dále jen procesu) do praxe se sestry řídily zejména písemným příkazem lékaře a ošetrovatelské činnosti poskytované nezávisle na lékaři byly podloženy spíše intuicí a zkušeností sester než vědeckou metodou. Termín ošetrovatelský proces poprvé použila v roce 1955 Lydia Hallová (obrázek 1) (Kozierová a Erbová, Olivierová, 1995, s. 165).



Obrázek 1 Lydia Eloise Hall, RN, M.A. (1906—1969) zdroj: <http://nurseslabs.com/lydia-e-hall>

Od této doby proces popsalo mnoho ošetrovatelských profesionálek různými způsoby. V klinické praxi se využití ošetrovatelského procesu poprvé legitimizovalo v USA v roce 1973, kdy Americká asociace sester (American Nursing Association, ANA) uveřejnila „Standardy ošetrovatelské praxe“ a uvedla 5 součástí ošetrovatelského procesu: zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení (ANA, 1973).

V České republice ošetrovatelský proces nebyl používán do konce 80. let minulého století. Až díky řadě u nás realizovaných zahraničních projektů, jako např. PHARE, HOPE, USAID, AIHA aj., došlo k jeho zavedení do praxe. Doc. PhDr. Marta Staňková, CSc. (obrázek 2) přeložila řadu odborných ošetrovatelských publikací (obrázek 3). Také došlo na středních, vyšších a vysokých školách s ošetrovatelským zaměřením k úpravě učebních osnov.



Obrázek 2 doc. PhDr. Marta Staňková, CSc. (1938—2003)

zdroj: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/130027863/?lang=cs>



Obrázek 3 Odborné publikace z 80let minulého století vysvětlujících metodu proces (*Lemon 1, Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe, Jak provádět ošetrovatelský proces, Koncepce českého ošetrovatelství*) – zdroj: autorka

Od roku 2004 je metoda procesu zakotvena ve věstníku MZ ČR, částka 9, 2004, a ve vyhlášce MZ ČR č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků: „*Ošetrovatelský proces je hlavní pracovní metoda ošetrovatelského personálu. Jeho cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů/klientů. Je to racionální metoda poskytování a řízení ošetrovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které profesionálové v ošetrovatelství používají...*“. Podle tohoto legislativního rámce má proces pět fází: 1) zhodnocení stavu individuálních potřeb klienta (rodiny nebo komunity); 2) stanovení ošetrovatelských problémů (ošetrovatelských diagnóz); 3) plánování ošetrovatelské péče; 4) realizace plánu ošetrovatelské péče; 5) vyhodnocování efektivity ošetrovatelské péče (Česko, 2004a; Česko, 2011a).

Průvodce studiem

Další informace z historie procesu můžete nastudovat v přehledovém článku „Historie ošetrovatelského procesu a ošetrovatelských diagnóz NANDA“ (Kudlová, 2011, s. 28-41).



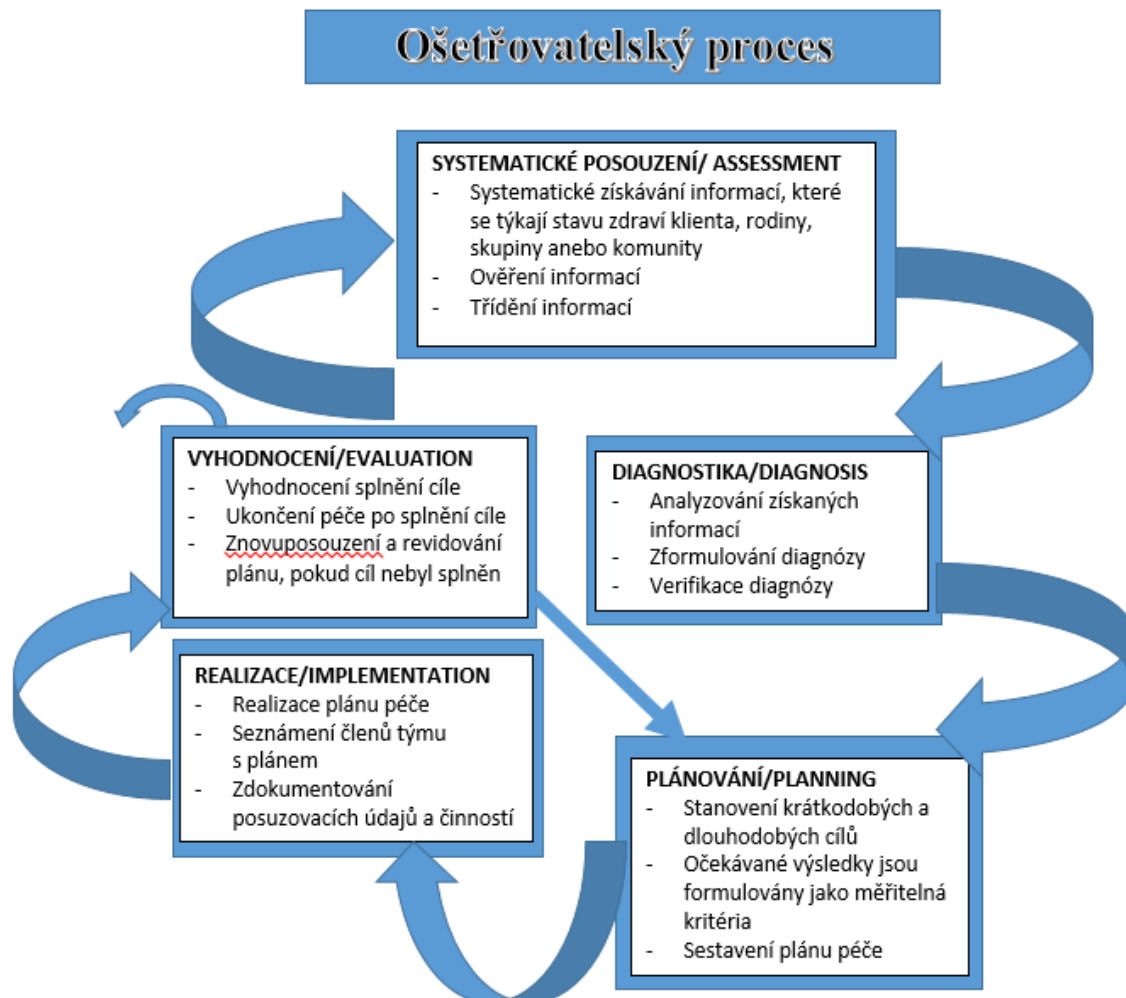
Úkoly – cvičení

1. Vysvětlíte zkratku ANA. Čím se tato organizace zabývá?
2. Kolik dílů publikace LEMON vyšlo a jakými tématy se zabývaly?
3. Vyjmenujte další známé osobnosti českého ošetrovatelství 80let.
4. Kdo byla Lydia Hallová?



Fáze ošetřovatelského procesu

Proces je série vzájemně propojených činností, které sestra provádí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce. Proces se skládá z pěti, vzájemně propojených a cyklicky se opakujících kroků (obrázek 4): 1/posouzení/hodnocení (assessment), 2/stanovení diagnózy (diagnosis), 3/plánování (planning), 4/realizace (implementation) a 5/vyhodnocení (evaluation) (Kozierová a Erbová, Olivierová, 1995, s. 162b; Herdman [Ed.], 2009, p. 3; ANA, 2010 aj.).



Obrázek 4 Pět fází ošetřovatelského procesu (Kudlová, 2016)

Ad 1/ **Posouzení** (zhodnocení stavu zdraví, saturovanosti potřeb a soběstačnosti klienta) - pomocí rozhovoru, pozorování, testování, měření:

- shromažďování dat;
- uspořádání dat;
- prokázání validity/platnosti dat;
- dokumentování dat.

Ad 2/ **Stanovení ošetrovatelské diagnózy** (určení ošetrovatelských problémů) - problémy pocíťované P/K, diagnostikované sestrou:

- třídění a analyzování dat;
- určení zdravotních problémů, rizik a jejich projevů;
- formulování ošetrovatelských diagnóz.

Ad 3/**Plánování** (plánování ošetrovatelské péče) - stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče, návrh vhodných opatření pro jejich dosažení, dohoda s klientem o pořadí naléhavosti jejich provedení:

- stanovení prioritních problémů/diagnóz;
- formulování cílů/ očekávaných výsledků;
- výběr a rozepsání ošetrovatelských intervencí;
- rozložení kompetencí k realizaci naplánovaných intervencí;
- stanovení termínů dílčích evaluací jednotlivých ošetrovatelských problémů;

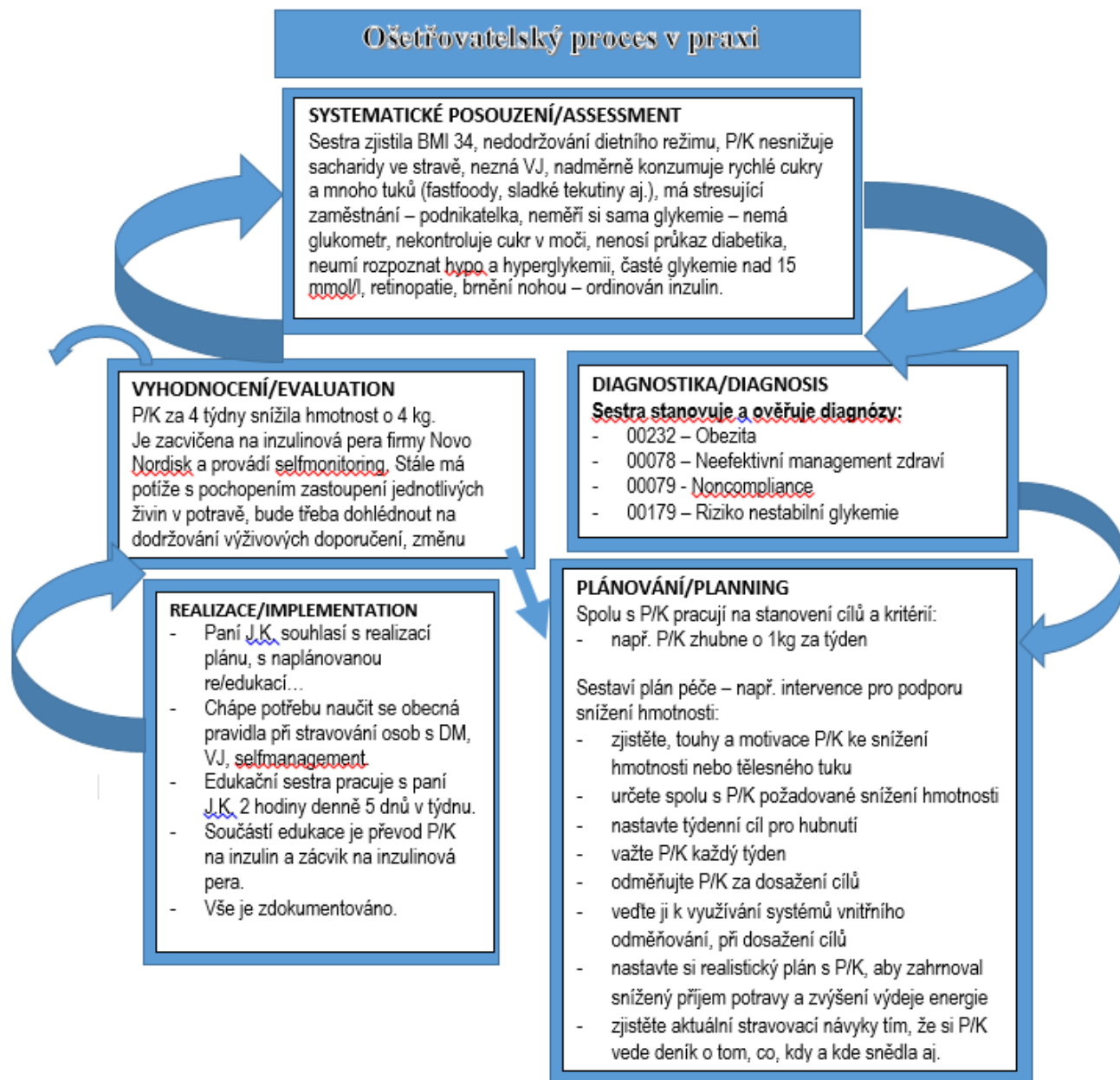
Ad 4/**Realizace** (aktivní individualizovaná péče) - uplatnění plánovaných ošetrovatelských zásahů na pomoc P/K při dosahování ošetrovatelských cílů:

- kontrolní posouzení P/K;
- rozhodování sestry o potřebě asistence;
- realizování ošetrovatelských intervencí;
- dohlížení nad delegovanou péčí;
- dokumentování ošetrovatelských činností;
- kontrola efektu ošetrovatelské intervence – stavu pacienta po intervenci.

Ad 5/**Vyhodnocení** (zhodnocení = evaluace efektu poskytnuté péče) - objektivní změřeni účinku péče, zhodnocení fyzického i psychického komfortu klienta: průběžné (dílčí) X finální (výstupní hodnocení)

- shromažďování dat k naplánovaným ošetrovatelským cílům;
- porovnávání dat s dosaženými výsledky;
- posuzování ošetrovatelské činnosti, dosažených výsledků u P/K a jeho aktuálního stavu;
- vyvozování závěru o stavu ošetrovatelských problémů;
- pokračování, korekce nebo ukončení plánu péče o P/K.

Viz implementace ošetrovatelského procesu v praxi (obrázek 5).



Obrázek 5 Implementace ošetrovatelského procesu v praxi - Paní Jana K, 47 let, vdaná, 2 děti. Před 4 lety diagnostikována diabetes mellitus 2. typu na dietě. Přijata pro dekompenzaci diabetu (Kudlová, 2016)

Úkoly - cvičení

Procesy, které pracují s problémy lidí (např. ošetrovatelský, edukační, managerský aj.), mají mnoho společného. Nalezněte v odborné literatuře strukturu edukačního procesu a proved'te do pomocné tabulky (tabulka 3) komparaci ošetrovatelského a edukačního procesu.



Tabulka 3 Komparace struktury ošetrovatelského a edukačního procesu (úkol pro studenty)

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	Rozdíly:	EDUKAČNÍ PROCES
Zvolená literatura:		Zvolená literatura:
1. fáze		
2. fáze		
3. fáze		
4. fáze		
5. fáze		



Předpoklady pro realizaci ošetrovatelského procesu v praxi

Předpokladem pro poskytování individuální péče metodou oš. procesu v praxi je:

1. Legislativní zakotvení - viz věstník MZ ČR, částka 9, 2004 a vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů (Česko, 2004a; Česko, 2011a);
2. Vzdělávání všeobecných sester – získání znalostí, dovedností a způsobilosti v oblastech:
 - *interpersonální* (komunikace, naslouchání, projev zájmu a empatie, získání důvěry aj.);
 - *technické* (manuální zručnost při ošetrovatelských výkonech);
 - *intelektové* (řešení problémů, kritické myšlení a schopnost vytváření adekvátních úsudků), aj.;
 - *přijetí osobní profesní odpovědnosti za svá samostatná rozhodnutí*;
 - *adekvátní organizace práce a personální zabezpečení na oddělení*.

Výhody ošetrovatelského procesu

Metoda je základem pro poskytování individualizované a vstřícné ošetrovatelské péče. Mezi její výhody řadíme především to, že sestra zná lépe pacienta, což jí pomáhá snáze pochopit příčiny jeho chování. Zajišťuje kontinuitu péče a vyžaduje konkrétní odpovědnost od každého člena ošetrovatelského týmu. Metoda má také pozitivní význam pro pacienta, neboť aktivně zapojuje do péče nejen pacienta samotného, ale i jeho blízké (tabulka 4).

Tabulka 4. Výhody práce metodou ošetrovatelského procesu

pro P/K:	pro sestru:
<ol style="list-style-type: none">1. péče, kterou sestra poskytuje je specificky zaměřena na uspokojování potřeb jedince (rodiny, skupiny, komunity);2. zlepšuje se návaznost a kontinuita péče;3. ošetrovatelský plán poskytuje informace všem členům ošetrovatelského týmu a dalším zdravotnickým pracovníkům;4. povzbuzuje pacienty/klienty a jejich blízké k aktivní účasti na vlastní péči;5. udržuje (zlepšuje) soběstačnost P/K.	<ol style="list-style-type: none">1. zvyšuje profesní pravomoc a tvořivost sester a přináší jim lepší pocit pracovní spokojenosti a seberealizace;2. dává příležitost k důslednému a systematickému ošetrovatelskému vzdělávání;3. investice do individuálně plánované péče vede k celkové úspoře času sestry (zamezuje provádění nepotřebných a časově zatěžujících rutinních výkonů jako např. pravidelné zapisování TT, TK, počtu stolic aj., které pro určité pacienty nemají klinický význam;4. pomáhá sestře zdůvodnit ošetrovatelské činnosti, popř. umožňuje uvědomit si ne/účinnost různých ošetrovatelských aktivit;5. pomáhá realizovat standardy ošetrovatelské praxe a splnit standardy akreditovaného pracoviště;6. vyhnouti se rozporu se zákonem.

Úkoly – cvičení

V čem lze spatřit výhody práce metodou ošetrovatelského procesu pro sestru, v čem pro samotného pacienta a v čem pro ostatní členy ošetrovatelského týmu?



Ošetrovatelský proces a různé způsoby organizace práce sester

Po mnoho let byla ošetrovatelská péče založena na rutinní práci odvozené z pacientova zdravotního stavu a lékařské diagnózy a z ní vyplývajících výkon. Tento systém rutinní ošetrovatelské péče se popisuje jako **funkční systém**. Individualizovaná péče není založena na hodnocení/posouzení potřeb P/K a jeho aktivní účasti na péči. Ošetrovatelské výkony (např. jedna sestra provádí hygienu u všech pacientů, další aplikuje injekce, jiná provádí převazy operačních ran aj.) jsou obvykle řízeny a kontrolovány staniční sestrou.

V **týmovém způsobu organizace ošetrovatelské péče** za ošetrovatelské aktivity zodpovídá především pacientova primární sestra. Individualizovaná péče je založená na hodnocení/posouzení potřeb P/K a jeho aktivní účasti na péči. Kontinuita péče je pečlivě plánovaná.

Skupinová ošetrovatelská péče se někdy nazývá „komplexní péče“. Každá sestra se stará o skupinu pacientů po dobu své služby. V každé službě může mít sestra jinou skupinu pacientů.

Primární ošetřovatelství. Při příjmu je P/K přidělen určité kvalifikované sestře. Tato sestra odpovídá trvale za to, že plánovaná péče bude poskytnuta touto „primární“ sestrou nebo jinou konkrétní sestrou, která ji u pacienta střídá (sekundární sestra). Primární sestra zodpovídá za péči poskytovanou P/K po celou dobu jeho pobytu v nemocnici (Nettina [ed.], 2014).

Úkol k zamyšlení - cvičení

Projděte si v mysli vámi absolvované ošetřovatelské praxe nebo stáže na jednotlivých klinických pracovištích. Jakými způsoby byla organizována práce sester na těchto pracovištích?



Shrnutí

Ošetřovatelský proces je racionální metoda poskytování a řízení ošetřovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které profesionálové v ošetřovatelství používají. Zajišťuje kontinuitu péče a vyžaduje konkrétní odpovědnost od každého člena ošetřovatelského týmu. Metoda má také pozitivní význam pro pacienta, neboť aktivně zapojuje do péče nejen pacienta samotného, ale i jeho blízké.



OŠETŘOVATELSKÉ POSOUZENÍ

Cíl

Po prostudování kapitoly byste měli být schopni:

- vysvětlit a rozlišit pojem potřeba, problém a ošetřovatelská diagnóza
- vysvětlit význam posouzení P/K pro diagnostiku a plánování ošetřovatelské péče
- určit čtyři hlavní činnosti v posuzovací fázi
- zjistit problémy P/K a provést jejich analýzu
- rozlišit objektivní a subjektivní údaje a zdroje primárních a sekundárních dat
- určit metody získávání informací a objasnit jejich prospěšnost
- použít hodnotící nástroje k posouzení stavu zdraví, soběstačnosti a rizika komplikací
- pochopit nutnost pečlivého posouzení stavu P/K
- k ošetřovatelskému posouzení použít posuzovací strukturu založenou na důkazech



Klíčová slova

potřeba, saturace, dysfunkce, problém, ošetřovatelské posouzení, klasifikace potřeb



Klinické posouzení je definováno jako „interpretace nebo závěr o potřebách, obavách nebo zdravotních problémech pacienta anebo rozhodnutí přijmout (nebo nepřijmout) opatření, využít nebo modifikovat standardní postupy, nebo nově dle potřeby improvizovat na základě reakce pacienta“ (Tanner, 2006, s. 204).

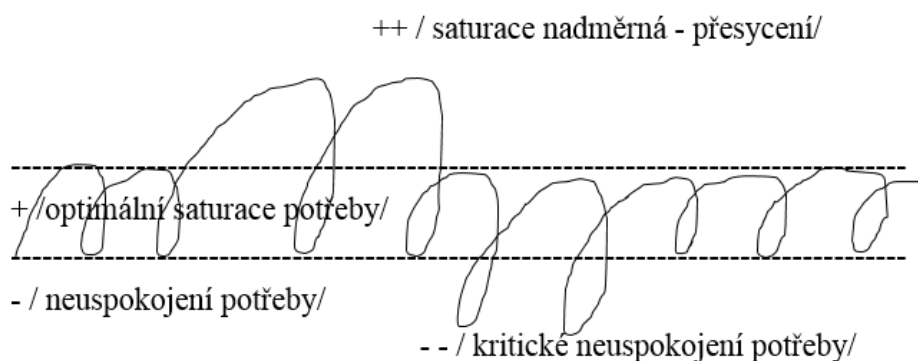
Průvodce studiem

Předpokladem pro zvládnutí následující kapitoly je znalost ošetřovatelských modelů, potřeb člověka, praktická znalost projevů (subjektivních a objektivních) nesaturovaných potřeb, znalost pyramidy potřeb Maslowova (Chloubové domu potřeb aj.) ve vztahu k ošetřovatelství, které zde budou pouze zopakovány.



Potřeby člověka

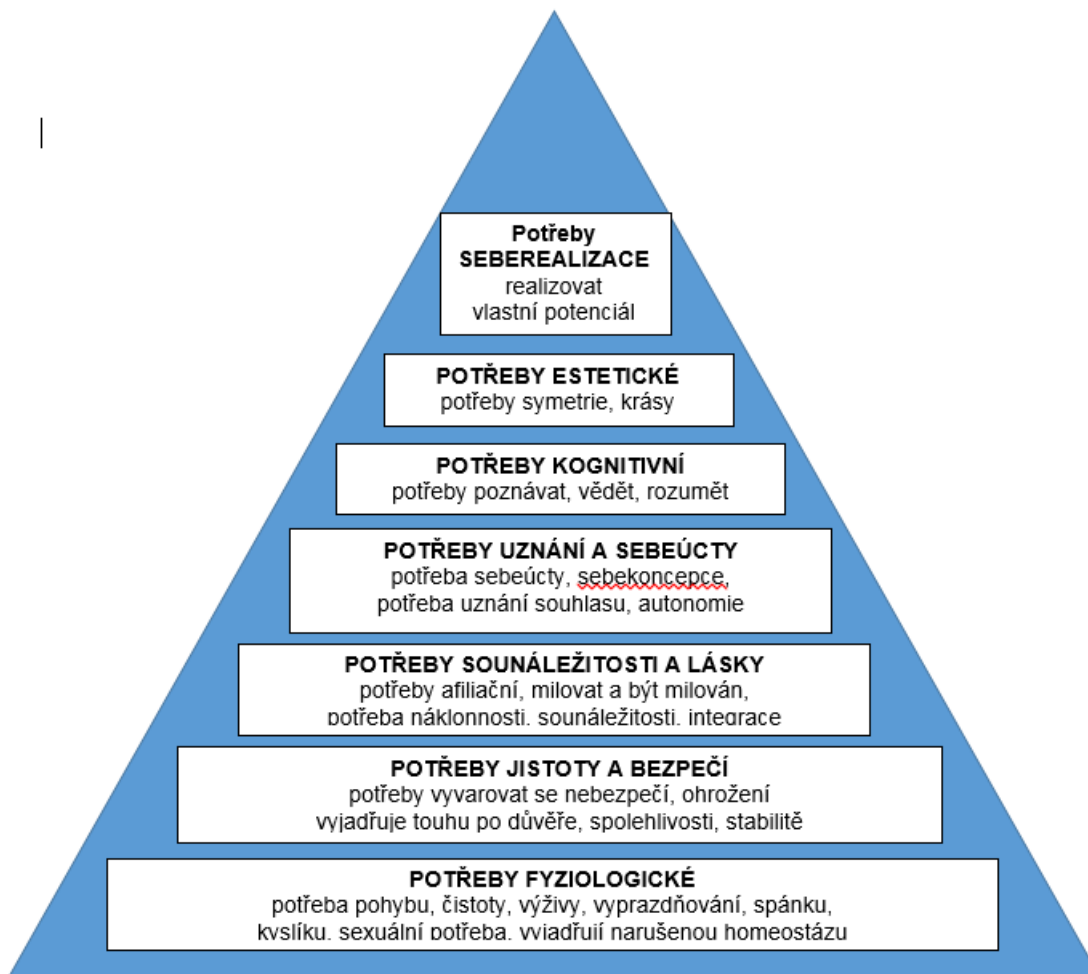
Pojem **lidská potřeba** je chápán jako **stav** nedostatku nebo nadbytku v různých oblastech života, jednání, vnímání, konání a prožívání jedince, rodiny, komunity (obrázek 6). Tento stav je charakteristický napětím (negativním emocionálním podbarvením) a je výběrovou připraveností k činnosti. Jedná se o stav, ve kterém může dojít k **odchylce od individuálního životního optima**. Jednotlivec s odchylkou – dysfunkcí v určité potřebě se stává na určitý druh podnětů citlivější než na ostatní (Trachtová a kol., 2001, s. 15; Kozierová, a Erbová, Olivierová, 1995, s. 68).



Obrázek 6 Proces, který se odvíjí od potřeby je cyklický a dočasný (Kudlová, 2016)

Úkolem profesionální ošetrovatelské péče je zajišťování a uspokojování potřeb pacienta. Pokud nalezneme odlišnosti od vhodného fungování potřeb (od jejich funkčního vzorce odpovídajícího věku, vývoji a kultuře), stanoví u pacienta jejich konkrétní deficity. K označení těchto deficitů se užívá pojem **ošetrovatelský problém**.

Lidskými potřebami se zabývala celá řada psychologů, mezi nimi také americký psycholog *Abraham Harold Maslow* (1908—1970), představitel humanistické psychologie. Do své hierarchie lidských potřeb (Maslowova hierarchická klasifikace potřeb člověka - obrázek 7) zahrnul jak biologické tak psychosociální potřeby a seřadil je podle významu pro přežití. Podle Maslowa jsou lidské potřeby organizovány dle jejich naléhavostí. Člověk netouží po tom např. být dobře oblečen, pokud se cítí být ohrožován akutní zdravotní událostí nebo má-li prázdný žaludek. Hierarchické uspořádání potřeb objasňuje princip přednostního vnímání, prožívání a reagování klienta na ošetrovatelský problém existující v oblasti základních potřeb. Ošetrovatelské problémy v *základních* (fyziologických) *potřebách* se v porovnání s problémy ve *vyšších potřebách* stávají pro člověka dominantní, převládají a v konkurenci s jinými vítězí. Teprve je-li nižší potřeba uspokojena, je-li pod ni spadající ošetrovatelský problém zmírněn nebo odstraněn, může do popředí vnímání a prožívání člověka vstoupit problematika ošetrovatelských problémů potřeb vyšší kategorie. To však neznamená, že potřeby jedince musí být na každé úrovni hierarchie zcela naplněny. Naopak stížnosti na nedostatečné uspokojení potřeb mohou být ve skutečnosti známkou přání postoupit dál na následující úroveň hierarchie potřeb (Mastiliaková, 2012c).



Obrázek 7 Maslowova hierarchie potřeb (Trachtová a kol., 2001, s. 15)

Tento princip determinuje chování jednotlivců. Helena Chloubová zpracovala klasifikaci potřeb do „Domu životních potřeb“ (obrázek 8). Každé podlaží domu prezentuje podlaží (patro) Maslowy pyramidy.

POTŘEBY ČLOVĚKA										
seberealizace	sebe-aktualizace	duchovní potřeby	estetické	kulturní	pohybové	různé pracovní	různé zájmy			
uznávání sebe sama	důstojnosti	neudělat ostudu	úspěchu	poznávání sebe sama	sociální postavení (role)	učení				
lásky (pozitivní vztah)	důvěra	kommunikace	přátelství	moci – dominance	podřízenosti – submise	pečovat o druhé	rodiny			
bezpečí	jistoty	zdraví (FF)	vyhnout se ohrožení	soběstačnosti	ekonom. jistoty	potřeba informací	míru a klidu			
O ₂	H ₂ O	výživy	vyprazdňování moči stolice	fyzická aktivita duševní	spánek odpočinek	teplo pohodlí	vyhýbání se bolesti	hygiena	sexuální potřeby	

Obrázek 8 Dům životních potřeb (převzato z: Chloubová 1992)

Lidským potřebám se věnuje také diagnostika NANDA International (dále NANDA-I). Ty, se kterými pracuje, vychází z Maslowova rozlišení na **potřeby základní a vyšší** (tabulka 5 a 6).

Tabulka 5. Základní potřeby prezentované třídami taxonomie II NANDA-I

Základní lidské potřeby	Třídy taxonomie II NANDA-I
Potřeba tělesného růstu	Růst
Potřeba přirozeného vývoje	Vývoj
Potřeba přijímat potravu	Příjem potravy
Potřeba vhodného trávení	Trávení
Potřeba vhodného vstřebávání	Vstřebávání
Potřeba vhodného metabolismu	Metabolismus
Potřeba dostatku tekutin	Hydratace
Potřeba funkčního močení	Funkce močového systému
Potřeba zdravého zažívání	Funkce gastrointestinálního systému
Potřeba vhodné funkce pokožky	Funkce kožního systému
Potřeba O ₂ a CO ₂	Funkce dýchacího systému
Potřeba spánku a odpočinku	Spánek/odpočinek
Potřeba aktivity a pohybu	Aktivita/cvičení
Potřeba přiměřené kardiovaskulární a pulmonální funkce	Kardiovaskulární/pulmonální reakce
Potřeba akceptovat svou sexuální identitu	Sexuální identita
Potřeba odpovídající sexuální funkce	Sexuální funkce
Potřeba reprodukce (mít děti)	Reprodukce
Potřeba zvládat reakce mozku a nervů	Neurobehaviorální stres
Potřeba nemít infekci	Infekce
potřeba nemít tělesné poškození	Tělesné poškození
Potřeba vyhnout se rizikům prostředí	Environmentální rizika
Potřeba přiměřených obranných procesů	Obranné procesy
Potřeba termoregulace	Termoregulace
Potřeba tělesné pohody/komfortu	Tělesný komfort
Potřeba pohodlného prostředí	Komfort prostředí
Potřeba pečovat sám o sebe	Sebepéče

Tabulka 6. Vyšší potřeby prezentované třídami taxonomie II NANDA-I

Vyšší lidské potřeby	Třídy taxonomie II NANDA-I
Potřeba mít informace o svém zdraví	Uvědomování si zdraví
Potřeba řídit své zdraví	Management zdraví
Potřeba energetické rovnováhy	Rovnováha energie
Potřeba pozornosti ke všem	Pozornost
Potřeba orientace v čase, prostoru a osobě	Orientace
Potřeba cítit a vnímat	Pocitování/vnímání
Potřeba poznávat	Kognice
Potřeba komunikovat	Komunikace
Potřeba účelného sebepojetí	Sebepojetí
Potřeba přiměřené sebeúcty	Sebeúcta
Potřeba akceptovat obraz těla	Obraz těla
Potřeba o někoho pečovat	Role pečovatелů
Potřeba rodinných vztahů	Rodinné vztahy
Potřeba zvládat role	Plnění rolí
Potřeba zvládnout odezvu na trauma	Posttraumatické reakce
Potřeba zvládnout zátěž	Reakce na zvládání zátěže
Potřeba preference určitého myšlení a chování	Hodnoty
Potřeba názoru, mínění a očekávání	Přesvědčení
Potřeba rovnováhy mezi hodnotami a činy	Soulad hodnot/přesvědčení/ jednání
Potřeba vyhnout se násilí	Násilí
Potřeba sociální pohody/komfortu	Sociální komfort

Jaký je rozdíl mezi potřebou, problémem, ošetřovatelským problémem a ošetřovatelskou diagnózou?

V ošetřovatelství **potřebou** nazýváme pociťovaný, resp. prožívaný nedostatek nebo nadbytek něčeho. Potřeby mají všichni lidé (fyziologické, emocionální, kognitivní, sociální, duchovní – viz Maslowova hierarchie potřeb). Zdravý člověk své potřeby uspokojuje péčí o sebe sama v interakci se svým prostředím.

Problém/y (celostní, psychosomatické reakce) nastávají, když člověk z jakýchkoli důvodů své potřeby nemůže uspokojit.

Ošetřovatelský problém (celostní, psychosomatická reakce) je jakýkoli stav nebo situace, ve které člověk zdravý/nemocný potřebuje pomoc pro udržení nebo znovunabytí zdraví (nebo podporu při klidném umírání). Např. obtížné vykašlávání sputa, dušnost, neschopnost udržet tělesnou rovnováhu, slabost

dolních končetin, omezený pohyb, neschopnost se umýt, žízeň, hlad, tělesné nepohodlí – bolest hlavy, nauzea, zvracení, svědění, alergie, strach aj.

Ošetrovatelská diagnóza *“je klinický závěr o reakcích jedince (rodiny, komunity) na aktuální nebo potencialní zdravotní problémy nebo životní proces“* (Gordon, 1994; Herdman a Kamitsuru [Eds.], 2015, přel. Kudlová).

Ošetrovatelské posouzení/hodnocení

Posouzení/hodnocení [assessment] je prvním a nejdůležitějším krokem ošetrovatelského procesu. Pokud v tomto kroku dojde k pochybení, ztratí sestry kontrolu i nad dalšími kroky ošetrovatelského procesu.

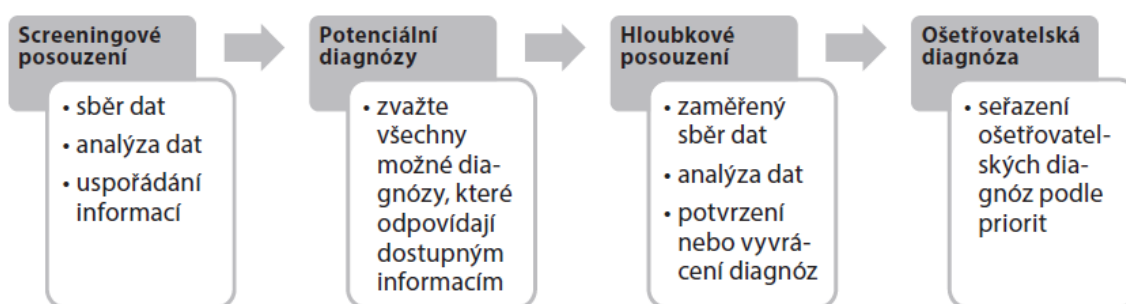
Během posuzování a diagnostických kroků ošetrovatelského procesu sbírá sestra data od pacienta (nebo rodiny/skupiny/komunity), zpracovává je do informací a poté tyto informace uspořádává do smysluplných kategorií znalostí, známých také jako ošetrovatelské diagnózy. Posouzení poskytuje sestřím nejlepší příležitost navázat efektivní terapeutický vztah s pacientem/klientem.

Úkoly - cvičení

Uvedte činnosti všeobecné sestry podle § 3 odst. 1 Vyhlášky MZ ČR č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů, které může vykonávat v rámci posouzení P/K.



Posouzení se skládá z více kroků (obrázek 9). Cílem těchto kroků je diagnostikovat a seřadit stanovené diagnózy podle priorit (některé z těchto kroků se stanou v naší mysli během okamžiku).



Obrázek 9 Kroky od posouzení k diagnóze (Herdman a Kamitsuru [Eds.], 2015, přel. Kudlová, 2015, s. 29)

Jak správně posuzovat

Sestry musí posuzovat P/K z ošetrovatelského hlediska a to tak, aby diagnostikovaly aktuální či potenciální P/K lidské reakce na zdravotní stav/životní procesy nebo náchylnost k takové reakci. Diagnostikovat P/K jen na základě jeho lékařské diagnózy nebo lékařských zpráv není vhodné a ani bezpečné. Takto zjednodušeně provedený diagnostický závěr by mohl vést k nevhodným ošetrovatelským intervencím a k prodloužení hospitalizace. Je možné, že mohou existovat těsné vztahy mezi některými ošetrovatelskými diagnózami a zdravotním stavem, avšak dosud nemáme dostatečné vědecké důkazy, abychom jednoznačně spojili ošetrovatelské diagnózy s konkrétními diagnózami lékařskými (Herdman, Kamitsuru [Eds.], 2014, přel. Kudlová 2015, s. 29). Nelze ani předpokládat, že každý P/K s určitou lékařskou diagnózou "zareaguje na situaci" stejně: např. ne každý pacient, který je po operaci štítné žlázy a má na krku jizvu, trpí *Narušeným obrazem těla* (00118). Nebo ne každý pacient, který má podstoupit operaci, trpí úzkostí a je třeba u něj řešit ošetrovatelskou diagnózu *Úzkost* (00146). Někdy postačí předoperační instruktáž a k tomuto stavu u pacienta/ klienta nedojde. Reakce člověka na danou situaci závisí na mnoha faktorech: genetice, fyziologii, zdravotním stavu a prodělaných nemocech/zraněních. Jsou však rovněž ovlivněny kulturou pacienta, jeho národností, náboženstvím/duchovními hodnotami, pohlavím a výchovou v rodině.

Typy posouzení

Existují dva typy posouzení: **screeningové** a **hloubkové/systematické posouzení**. I když oba typy vyžadují sběr dat, slouží jiným účelům. Při *prvotním screeningovém posouzení* sestra zmapuje (shromáždí) základní informace podle určité struktury (vyplní všechny kolonky příslušného formuláře připravené pro tato data), změří fyziologické funkce, popř. provede základní antropometrická měření a jejich vyhodnocení a zapíše je do příslušných kolonek posouzení. Poté, kdy sestra začne *přezkoumávat (hloubkově)* sesbíraná data a začne rozpoznávat „potenciální diagnózy“, bude pomocí doplňujících informací určit, zda jde o diagnózu aktuální (zaměřenou na problém), rizikovou nebo určenou k podpoře pacientova zdraví. Sestra bude rovněž muset stanovit etiologii nebo rizikové faktory. Hloubkové posouzení je více zaměřené a umožňuje sestře zkoumat informace, které byly zjištěny během prvotního/screeningového posouzení, a doplnit informace, které by mohly podpořit nebo vyvrátit možné ošetrovatelské diagnózy.

V průběhu hospitalizace provádí sestra:

a/ **vstupní posouzení** by mělo být provedeno do 24 hodin po přijetí nebo při prvním kontaktu v domácí péči.

b/ **průběžné posouzení** – zachycuje nové informace v průběhu ošetrovatelského procesu. Umožňuje aktualizaci či upřesnění ošetrovatelské diagnostiky a korekci plánu péče.

c/ **závěrečné posouzení/hodnocení** – zajišťuje kontinuitu ošetrovatelské péče při předávání P/K jinému ošetrovatelskému týmu (tz. sesterská překládová a propuštění zpráva – např. na jiné oddělení, do jiného zdravotnického zařízení, do domácí péče aj.). Souhrnné závěrečné posouzení provádí sestra v případě, že končí péči o P/K, který se uzdravil, nebo předává P/K do péče jiné instituci nebo osobě, nebo v případě úmrtí P/K. Zahrnuje celkový pohled sestry i pacienta (ne v případě úmrtí) na péči, která je mu poskytována a hodnocení jednotlivých cílů. Na stručném formuláři sestra přehledně předává své následnici nejdůležitější informace o P/K.

Vstupní posouzení

Pro zahájení kvalitní individualizované ošetrovatelské péče potřebuje sestra znát/ověřit si řadu vstupních informací. Vstupní posouzení se skládá z *ošetrovatelské anamnézy*, z *posouzení aktuálního stavu pacienta a dokumentování*.

a/ Získávání anamnestických údajů = ošetrovatelská anamnéza

Ošetrovatelská anamnéza by měla obsahovat informace a údaje a) o základních potřebách pacienta či jeho rodiny, komunity (fyziologických, psychických, sociálních i duchovních), b) o problémech pacienta spojených se saturací potřeb, c) o neuspokojených potřebách, d) o změnách a problémech ve zdravotním stavu pacienta, e) o zvláštnostech důležitých pro sestavení plánu ošetrovatelské péče.

Informace a údaje obsažené v ošetrovatelské anamnéze:

1. identifikační údaje;
2. hlavní potíže nebo důvod návštěvy (k získání dalších informací je vhodné postupovat podle schématu **PQRST**);
3. anamnéza nynějšího onemocnění – potíže v časovém sledu (druh, trvání, zvláštnosti vzniku, vedlejší potíže apod.);
4. anamnéza předcházejících onemocnění: předcházející onemocnění, psychické změny, poruchy paměti, typ porodu (spontánní, klešťový), úrazy, předcházející hospitalizace, užívání léků;
5. rodinná anamnéza: výskyt dědičných onemocnění, nervově svalové poruchy, cévní onemocnění, rizikové faktory chorob;
6. životní styl: návyky, stravování, typ spánku, aktivity denního života, rekreace záliby;
7. sociální údaje: vzdělání a zaměstnání, působení rizikových faktorů prostředí, sociální interakce;
8. psychologické údaje: stresující faktory, běžné zvládání stresových situací, seberealizace, nálada;
9. spirituální anamnéza: vyznání víry, náboženské praktiky.

Činnosti sestry v této fázi:

- vede **anamnestický rozhovor** s pacientem/jeho blízkými za účelem získání informací souvisejících s předchozím obdobím (před přijetím do ošetrovatelské péče);
- získává údaje ze **zdravotnické dokumentace**.

Průvodce studiem

Co je to schéma PQRST?

P – provocative or paliative – zhoršující nebo zmírňující: Co zhoršuje příznaky? Co pomáhá? Mění se stav v závislosti na poloze nebo vlivem stresu?

Q – quality or quantity – kvalita nebo kvantita: O jaké symptomy jde, jak vypadají, jak jdou slyšet, jak je pacient cítí? Vnímá je i během rozhovoru? Jakým způsobem ovlivňují jeho běžné denní činnosti?

R – region or radiation – oblast nebo vyřazování: Kde na těle se příznaky objevují? Postihují i jinou oblast?

S – severity – intenzita: Jak intenzivní je tento symptom na škále od 1 do 10 (kdy 10 je nejvyšší intenzita)? Zlepšuje se, zhoršuje se nebo zůstává stejný?

T – time – čas: Kdy to začalo? Začalo to náhle nebo postupně? Jak často se příznak objevuje? Jak dlouho trvá? (Ackley a Ladwig, 2002).



b/ Posouzení aktuálního stavu potřeb jedince, rodiny, skupiny či komunity

Při posouzení aktuálního stavu potřeb zjišťujeme, zda jsou u P/K přítomny tzv. diagnostické prvky ošetrovatelských diagnóz, to jsou určující znaky (UZ), související (SF) nebo rizikové faktory (RF). Je přípravou na diagnostiku, ke které může být využita klasifikace ošetrovatelských diagnóz NANDA International.

Činnosti sestry:

- vede strukturovaný **rozhovor** s pacientem (jeho blízkými, s rodinou);
- provádí **pozorování**;
- provádí cílené **vyšetření** pomocí **hodnoticích nástrojů** – tzv. **testů a škál** (např. Test nikotinové závislosti, Barthelové test základních všedních činností - ADL (*activity daily living*), Test instrumentálních všedních činností (*IADL – Instrumental Activity Daily Living*), Dotazník na přítomnost autonomní neuropatie, Zkrácený mentální bodovací test podle Gainda aj., Nottinghamský screeningový dotazník pro hodnocení rizika malnutrice, Klasifikace dle Fontaina aj.);
- provádí **fyzikální vyšetření** (měření fyziologických funkcí, antropometrická měření, objektivní popis chování pacienta, příznaků choroby aj.).

c/ Dokumentování vstupního posuzování stavu potřeb

Všechny posouzením zjištěné informace jsou **zdokumentovány** v ošetrovatelské dokumentaci. Závaznou dobu, dokdy musí sestra provést a zadokumentovat posouzení pacienta, určuje zdravotnické zařízení. Nejčastěji je to do 8 hodin, nejpozději do 24 hodin od přijetí pacienta do péče.

Sestra do ošetrovatelské dokumentace zapisuje:

- zjištěné anamnestické údaje;
- nalezené subjektivní i objektivní UZ ošetrovatelských problémů, jejich SF;
- RF ošetrovatelských problémů;
- výsledky užitých testů a škál;
- výsledky fyzikálního vyšetření.

Průvodce studiem

Ošetrovatelská dokumentace se v České republice postupně zavedla do zdravotnických zařízení v 90. letech minulého století a dále se rozvíjí a zdokonaluje. S ukázkovými formuláři se můžete seznámit v publikaci „Ošetrovatelská dokumentace v nemocnici“ autorů Ivany Vašátkové a kolektivu z roku 2001. Např. formuláře ošetrovatelské dokumentace z Fakultní nemocnice v Hradci Králové jsou vypracované podle struktury Funkčního vzorce zdraví M. Gordon, který zajišťuje holistický pohled na P/K. Proto je využijeme ve cvičeních.



Jak již bylo uvedeno výše, většina zdravotnických zařízení poskytuje sestřám standardizovaný formulář v papírové podobě nebo elektronicky. Tento záznam/formulář se musí u každého P/K v dané lhůtě vyplnit. Některé organizace používají formuláře, které jsou vytvořeny podle konkrétní ošetrovatelské teorie nebo jiné posuzovací struktury pro uspořádání dat a informací, které sestra během posuzování sbírá.

Posuzovací struktura

Pro přesné stanovení ošetrovatelské diagnózy stejně jako pro bezpečnou péči o P/K bychom měli používat posuzovací strukturu založenou na důkazech. V některých organizacích jsou používány nástroje, které umožňují vyplnit posuzovací formulář podle konkrétní ošetrovatelské teorie nebo modelu (např. adaptační model Callisty Roy, Dorothey Orem, Virginie Henderson, Wandy Horta aj.). Známa je *Struktura funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordon (FHP – Gordons' Functional Health Patterns)* nebo *Struktura třinácti domén dle NANDA-I* (známa také jako taxonomie II ošetrovatelských diagnóz NANDA-I) (Gordon, 2007; NANDA-I, 2010). Tyto struktury umožňují utřídit velká množství dat a informací do souvisejících vzorců nebo kategorií.



Úkoly - cvičení

Vaším úkolem je:

1. nalézt dokumentace obsahující anamnestické/posuzovací dle modelů/teorií M. Levin, D. Orem, V. Henderson. Vyučující vám poradí, v jakých materiálech máte hledat;
2. provést srovnání vámi zvoleného formuláře se strukturou FHP a třinácti domén NANDA-I.

Jaký je rozdíl mezi taxonomií 11 ošetřovatelských diagnóz NANDA-I a posuzovací strukturou funkčních vzorců zdraví M. Gordon?

Taxonomie NANDA-I vznikla na základě práce M. Gordon, proto obě tyto struktury vypadají na první pohled podobně (tabulka 7). Jejich účel a funkce jsou však naprosto odlišné.

Taxonomie NANDA-I slouží ke kategorizaci (třídění) ošetřovatelských diagnóz. Na druhé straně Struktura 11 funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordon (příloha 2) byla vědecky vytvořena pro standardizované strukturované posouzení (Gordon, 1994). Je návodem pro odebrání anamnézy a fyzikálního vyšetření sestrou. Používání této posuzovací struktury založené na důkazech se doporučuje pro přesné ošetřovatelské posouzení i bezpečnou péči o pacienta (Poziční prohlášení NANDA-I, 2010).

Tabulka 7 Srovnání struktury funkčních vzorců zdraví M. Gordon a Struktury 13 domén oš. diagnóz dle NANDA-I

Struktura funkčních vzorců zdraví M. Gordon	Struktura 13 doména dle NANDA-I
1. Vnímání zdraví – vzorec řízení zdraví	Doména 1 Podpora zdraví
2. Nutričně-metabolický vzorec	Doména 2 Výživa
3. Vzorec vylučování	Doména 3 Vylučování a výměna
4. Vzorec aktivity – cvičení	Doména 4 Aktivita/odpočinek
5. Vzorec spánku – odpočinku	Doména 5 Percepce/kognice
6. Kognitivně – percepční vzorec	Doména 6 Sebepercepce
7. Vzorec vnímání sebe sama – sebepojetí	Doména 7 Vztahy mezi rolemi
8. Vzorec role – vťah	Doména 8 Sexualita
9. Vzorec sexuality – reprodukce	Doména 9 Zvládání/tolerance zátěže
10. Vzorec zvládání a tolerance zátěže/stresu	Doména 10 Životní principy
11. Vzorec hodnot a víry	Doména 11 Bezpečnost/ochrana
	Doména 12 Komfort
	Doména 13 Růst/vývoj

Analýza dat

Druhým krokem v tomto procesu je *převod dat na informace*, jehož účelem je pomáhat nám posoudit, co data sesbíraná během screeningového posouzení mohou znamenat, nebo pomoci identifikovat další data, která je zapotřebí sesbírat. Pojmy „informace“ a „data“ se občas zaměňují, ale vlastní charakteristiky dat a informací jsou velmi odlišné. Data jsou elementární údaje, informace z nich vznikají jejich skládáním a zasazením do kontextů a na tom má podíl také mimo jiné znalost sestry. Je důležité si uvědomit, že stejná data lze interpretovat různě podle kontextu nebo sběru dat nových. Při zdokumentování posouzení je proto důležité uvádět jak data, tak informace. Informace nelze potvrdit, pokud nejsou k dispozici původní data. Například pouze stanovit, že „*paní Jana měla horečku*“, není klinicky užitečné. Jak silná byla ta horečka? Jak byla data sesbírána (orálně, měřením v podpaží)? Dokumentace, která zachycuje, že pan W měl horečku 37,5 °C naměřenou v podpaží, umožňuje další sestře srovnat nově naměřenou teplotu oproti předchozí, a tak zjistit, že se pacientův stav zlepšuje (Herdman a Kamitsuru [Eds.], 2015, s. 32-35, přel. Kudlová).

Subjektivní versus objektivní data

Sestry sbírají a dokumentují dva typy dat týkajících se P/K: subjektivní a objektivní. Zatímco lékaři pro své lékařské diagnózy upřednostňují objektivní data, pro stanovení ošetrovatelských diagnóz si sestry cení obou typů dat (Gordon, 2008).

Jaký je rozdíl mezi subjektivními a objektivními daty?

Subjektivní data vycházejí ze slovních sdělení P/K ohledně jeho vjemů a myšlenek o svém zdraví, každodenním životě, komfortu, vztazích aj. Například pacient může sdělovat, že ho už týden trápí silná bolest hlavy. Někdy však pacient není schopen sám uvést subjektivní data, pak musíme spoléhat na jiné zdroje (např. rodiče nebo jiné blízké osoby). Rodiče uvádějí užitečné informace o chování svých dětí na základě každodenního pozorování a znalostí. Např. Janička má poslední dva dny nejl a je velmi podrážděná, plačtivá aj. Sestry sbírají tato subjektivní data a informace pomocí odebrání anamnézy nebo rozhovoru.

Objektivní data jsou taková, která sestry pozorují na P/K. Objektivní data jsou sbírána pomocí fyzikálních vyšetření a výsledků diagnostických testů.

Zdroje informací a dat

Zdroje informací a dat mohou být **primární** nebo **sekundární**. Primárním zdrojem je P/K sám. Sekundárními zdroji mohou být rodinní příslušníci a jiné blízké osoby, jiní zdravotničtí pracovníci, zdravotnická dokumentace a jiné zprávy, výsledky laboratorních testů a diagnostických vyšetření, odborná literatura aj.

Hodnocení/posouzení se vždy orientuje na **potřeby pacienta**. Pokud některá z lidských potřeb pacienta není v normě odpovídající jeho věku, vývoji a kultuře, hovoříme o **ošetřovatelském problému**.

Úkoly - cvičení

Jaký je rozdíl mezi potřebou, problémem, ošetřovatelským problémem a ošetřovatelskou diagnózou?



Typy informací a dat a metody jejich získávání

Typy informací a dat

- *subjektivní – symptomy* (vnitřní pocity, prožívání a vnímání), udává je a popisuje konkrétní osoba (nebo je popisuje druhá osoba, ale nemá je podloženy fakty, jde jen pouze o domněnku aj.) - např. svědění, pocit nepohodlí, bolest, strach, obavy, pocit napětí); představují subjektivní vnímání zdravotního stavu nebo životní situace.
- *objektivní – příznaky* (vnější projevy), zjistíme je pozorováním, měřením nebo srovnáním s danou normou nebo standardem, můžeme je vidět, slyšet, hmatat, čichat - např. zápach, cyanóza, pláč, třes, hodnota krevního tlaku, glykemie, pulsu aj. (Herdman a Kamitsuru [Eds.], 2015, s. 32-35, přel. Kudlová).

Metody získávání informací a dat

Mezi metody, které sestra nejvíce používá k získání informací a dat, patří **a/ rozhovor, b/ fyzikální vyšetření, c/ pozorování, d/ hodnotící/měřící nástroje**. Jednotlivé metody je možné kombinovat. Důležitým předpokladem správného použití jednotlivých metod a měřících nástrojů je zručnost výzkumníka (sestry) v jejich používání.

Ad a/ Rozhovor – je záměrný a organizovaný dialog mezi sestrou a pacientem/klientem, který je provázen pozorováním. Mezi hlavní cíle rozhovoru patří získání a doplnění informací, získání a doplnění anamnestických údajů, potřebných pro ošetřovatelskou péči, získat a objektivizovat data o subjektivních potížích a příznacích, edukovat a uklidnit pacienta, uspokojit jeho potřeby získat ho ke spolupráci. *Direktivní forma* rozhovoru se používá k získání specifických informací v limitovaném čase. *Nedirektivní forma* se používá zejména k navázání spolupráce s pacientem nebo skupinou pacientů. Pokud máme dostatek času, přikláníme se k této formě. Rozhovor má být otevřený, vstřícný, východiskem je Rogersovská komunikace. V průběhu ošetřování může přinést nečekaně významné informace. Můžeme vést strukturovaný, ale i nestrukturovaný rozhovor. Důležité je zajistit vhodné prostředí, úvod do rozhovoru, výběr druhu kladených otázek (otevřené, uzavřené) aj.

Úkoly - cvičení

Připravte si do dvojic otázky pro posouzení *polohy P/K na lůžku a pohybové aktivity, pro posouzení spánku a odpočinku a pro posouzení stavu výživy*. Nezapomeňte se na začátku rozhovoru představit, naslouchat pacientovi, nicméně rozhovor vést tak, abyste získali potřebné informace.



Ad b/ Fyzikální vyšetření (screening) – shromažďování objektivních dat, kdy sestra (dle určených kompetencí) pomocí vlastních smyslů a jednoduchých pomůcek systematicky vyšetří jednotlivé orgánové systémy

a zaznamená přítomnost/ nepřítomnost specifických příznaků. Základem fyzikálního vyšetření je postup čtyř P: pohled (inspekce), pohmat (palpace), poklep (perkuse), poslech (auskultace). Navíc lze použít zhodnocení čichem (např. pach po acetonu při těžké diabetické ketoacidóze aj.). Během vyšetření P/K sděluje své pocity. Při vyšetření může použít instrumentarium (např. neurologické kladívko, monofilamentum, kaliper, pásově měřidlo aj.). Může se provádět různými způsoby např. "od hlavy k patě" nebo podle tělesných systémů. Při celkovém vyšetření pozornost zaměřuje i na posouzení psychického stavu (je hodnocen zejména stav bdělosti, u něhož se posuzuje duševní a tělesná čilost a schopnost kontaktu s vnějším prostředím), růstu, stavu výživy, polohy, stoje a chůze, hlasu a řeči, stavu kůže a kožních adnex, teprve poté se zaměřuje na vyšetření jednotlivých orgánových systémů. Sestra provádí měření fyziologických funkcí (pulsu, TK, TT aj.), antropometrická měření (výšky, hmotnosti, obvodu pasu, stavu výživy k věku); objektivní popis chování (chůze, oční kontakt, komunikace, řeč aj.). Vyšetření může také doplnit testy (BMI, WHR, Rombergova zkouška aj.). Při fyzikálním vyšetření může být využit dotazník pro P/K, který je uveden v příloze 1 (viz Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995, s. 358). Další vyšetření je možno provést dle autorů Chrobák, 2003; Nejedlá 2006; Kudlová, 2015 aj. zdrojů.

Úkoly - cvičení

1. Popište, jak provedete fyzikální vyšetření polohy, stoje a chůze.
2. Jak se projeví *pozitivní Rombergův příznak*?



Ad c/ Pozorování – soustavné pozorování, sledování pacienta/ klienta provádí sestra při každé činnosti, kterou u pacienta provádí. Tedy i při vedení rozhovoru a při fyzikálním vyšetření.

Při jakékoliv příležitosti si všímá změn v celkovém stavu, v jeho chování, náladě, pozoruje jeho objektivní příznaky, hodnotí projevy subjektivních příznaků.

Pozorování musí být cílevědomé a systematické, ale také nenápadné. Např. když je třeba pozorovat jeho projevy chování, jeho dýchání aj. Je-li to možné, doplní sestra pozorování měřeními a do pozorování se nesnaží vnášet žádné osobní pocity.

Průvodce studiem

Nastudujte přeložený článek z impaktovaného časopisu *Nursing Times*, 2011, vol. 107, č. 28 Shepherd A. *Measuring and managing fluid balance (Měření a řízení rovnováhy tekutin)*, který byl přeložen do *Florence*, 2011, č. 12, s. 12–16. Pojednává o významu hydratace a zdravotních důsledcích dehydratace a hyperhydratace a také vás seznámí s hodnocením/posouzením rovnováhy tekutin u P/K. Také publikaci Evy Trachtové a kol. (2001). V tomto případě kapitulu 6 a 7.



Úkoly - cvičení

1. Jakým způsobem posoudíte u P/K stav hydratace?
2. Na co se zaměříte v rámci pozorování, klinického/fyzikálního vyšetření, čemu budete věnovat pozornost v rámci laboratorních testů a které záznamy budete sledovat a doplňovat?



Ad d/ Hodnotící/měřicí nástroje – reakce jednotlivce, rodiny, skupiny nebo komunity na zdravotní problémy nebo životní procesy je možné měřit různými metodami a různými typy nástrojů. Posuzování prostřednictvím hodnotících nástrojů je jedna z metod získávání objektivních údajů, ale nenahrazuje klinická vyšetření. Jsou chápány jako doplňující metoda k jiným metodám sběru údajů (Bóriková, Žiaková, 2007, s. 13-18). Jejich využití je nezbytné z důvodu objektivizace některých ošetrovatelských diagnóz dle NANDA-I. Vy/hodnocení s využitím hodnotícího nástroje poskytuje sestře informace, které mohou být rozhodující

pro vypracování návazného plánu péče. Padilla (1990, s. 178) uvádí několik typů metod a nástrojů, které se používají ve validizačních studiích: 1/ přímé měření, 2/ měření vyžadující intervenci sestry, 3/ pozorování, 4/ sebeposuzování, používání škál (citováno ze Zeleníková, Žiaková, 2012).

Ad d1/ Přímé měření je způsob práce, kdy nástroj měří a zaznamenává reakce jednotlivce přímo. Příkladem ošetrovatelských diagnóz NANDA-I, které mohou být měřeny tímto typem nástroje je **Snížený srdeční výdej** – kód 00029 nebo **Intolerance aktivity** - 00092. Kdy sestra natočí EKG záznam (mezi její činnosti patří uložení pacienta do správné polohy, umístění elektrod, kalibrace EKG přístroje, odstranění rušivých vlivů, vyhodnocení záznamu); **Neefektivní periferní tkáňová perfuze** – 00204 - jednoduché zjištění indexu kotník/paže (ABI index) pomocí přístroje BOSO ABI 100.

Ad d2/ Měření vyžadující intervenci sestry je hodnotící nástroj, který také měří reakce jednotlivce přímo, ale vyžaduje intervenci sestry ve formě pozorování a záznamu reakce pacienta, kalibraci, nastavení

a vyhodnocení měření. Příklad ošetrovatelské diagnózy NANDA-I vyžadující tento typ hodnotícího nástroje je *Neefektivní periferní tkáňová perfuze – 00204* (bledost kůže při elevaci končetin, opětovné naplnění kapilár > 3 s; měření ABI (ankle-brachial index) pomocí tužkového doppleru a jeho vyhodnocení < 0,90 aj).

Ad d3/ Přímé standardizované pozorování. *Pozorované reakce pacienta mohou být kategorizované podle položek škály.* Např. *Riziko dekubitu - 00249* – záznam pozorování změn na kůži podle škály (Barbary Braden – viz. příloha 4g), skóre fyzického stavu pacienta ASA (příloha 4f), počet bodů funkční klasifikace NYHA (příloha 4d). Důležitým předpokladem je příprava sestry na pozorování – její teoretické a praktické schopnosti správně vyhodnotit a popsat pozorované jevy.

Ad d4/ Sebeposouzení. Tento způsob získávání informací od pacienta vyžaduje schopnost zodpovědět dotazy. Často se využívají standardní hodnotící škály (IADL, vizuální analogová škála bolesti aj.). Tímto způsobem mohou být měřeny ošetrovatelské diagnózy *Deficit sebekpěče, Akutní bolest - 00132* aj. Úskalí této metody může spočívat v tom, že pacient neporozumí instrukci nebo položkám v dotazníku (např. McGillský dotazník bolesti – příloha 4h), nesoustředí se na vyplnění nebo není v emocionální a psychické pohodě v době vyplňování.

Úkoly – cvičení

Uveďte výhody a nevýhody používání hodnotících nástrojů v klinické praxi.



Příklady nástrojů k objektivnímu posuzování stavu zdraví, měření individuálních zdravotních problémů, potenciálních rizik a schopností klientů/ pacientů uvedené v 10. vydání „ošetrovatelských diagnóz“

- Index tělesné hmotnosti - BMI - body mass index (v kg/m²);
- Bristolská škála forem stolice - používá se ke srovnání frekvence vyprazdňování stolice a formy/ vzhledu stolice;
- Římská klasifikace III - kritéria pro potvrzení funkční zácpy;
- Funkční klasifikace podle NYHA;
- Glasgowská stupnice kómatu (GCS – Glasgow Coma Scale);
- Skóre fyzického stavu pacienta dle ASA (*American Society of Anesthesiologists*);
- Škála hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Barbary Braden;
- Wongova-Bakerova škála bolestivých výrazů v obličeji;
- vizuální analogová škála nebo numerická škála intenzity bolesti aj.

Průvodce studiem

Ukázky vybraných škál jsou uvedeny v příloze (příloha 4), další testy a škály vám budou poskytnuty na kontaktní hodině, kdy se budete učit tyto nástroje efektivně používat.



Úkoly – cvičení

Proveďte posouzení stavu výživy u paní Jany K, 47 let, u které byl před 4 lety diagnostikován diabetes mellitus 2. typu (DM2T). Je na dietě a na PAD - biguanidy. Na interní oddělení byla přijata pro rozvoj retinopatie, neuropatie a vysoké glykemie ke kompenzaci diabetu. Všechny naměřené hodnoty glykemie má nad 15 mmol/l. Sama glukometr nevlastní, glykemie měří jen při kontrole u lékaře. Tvrdí, že nebyla dostatečně edukována o dietě. Měří 173 a váží 94 kg. K posouzení použijte např. metodu ABCD. Vyberte vhodné měřicí techniky. Jaké laboratorní vyšetření lékař nejčastěji naordinuje?



Průvodce studiem

ABCD přístup je jednou z metod hodnocení stavu výživy pacienta. Zaměřuje se na: 1. antropometrické měření poskytující informace o hmotnosti a složení těla; 2. biochemické údaje sledující laboratorní hladiny určitých látek a metabolitů; 3. klinické příznaky; 4. výživová anamnéza.

Fyzikální vyšetření, nejčastější laboratorní vyšetření a také hodnotící a měřicí techniky u osoby s diabetem naleznete v monografii Ošetřovatelská péče v diabetologii (Kudlová, 2015).



Úkoly – cvičení

Proveďte posouzení u konkrétního P/K. Využijte při tom Strukturu funkčních vzorců zdraví dle M. Gordon a doplňte vhodné hodnotící a měřicí škály: Pacient 49 let, léčící se s hypertenzí 2. stupně 6 let a hypercholesterolemii na medikaci. Nyní opocený, dušný, slabý, TK 170/110, P 100, nauzea. Hmotnost 120 kg, tělesná výška 178 cm. Uvádí, že jí nepravidelně, často jídla z tzv. rychlých občerstvení, protože je podnikatel a nemá čas na „normální“ stravu. Sportuje málo, spíše tráví volný čas u televize s pivkem. Kouří tak 10 cigaret denně, někdy více. Alkohol nepije, pouze pivo. Má rád buček, uzeniny, přílohy - brambory, špagety aj. Seznam léků nemá u sebe.



Shrnutí

Ošetřovatelské posouzení musí sestra provést nejpozději do 24 hodin od přijetí pacienta do péče. Při posouzení je vhodné postupovat podle zvolené struktury (např. FHP M. Gordon aj.). Sestra informace získává pomocí: pozorování, rozhovoru, fyzikálního a antropometrického vyšetření a dalších hodnotících technik. Se získanými daty dále pracuje, provádí jejich analýzu, utřídění, seskupení. Stanovuje priority, které je schopna v rámci svých kompetencí řešit. Toto vyřídění informací označujeme jako ošetřovatelský souhrn. Stručně vystihuje současný stav a potřeby pacienta.



STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Cíl

Po prostudování kapitoly byste měli být schopni:

- definovat ošetřovatelskou diagnózu
- charakterizovat druhou fázi ošetřovatelského procesu
- charakterizovat rozdíly mezi ošetřovatelskou a medicínskou diagnózou
- určit komponenty ošetřovatelské diagnózy
- zhodnotit získané informace, správně zformulovat ošetřovatelské diagnózy a seřadit je podle naléhavosti řešení (podle priorit)
- provést záznam vybraných ošetřovatelských diagnóz včetně určujících znaků, souvisejících znaků nebo rizikových faktorů

Klíčová slova

ošetřovatelská diagnóza, definice, klasifikace, NANDA International, komponenty, naléhavost řešení

Diagnostický proces

Diagnostický proces je proces analýzy a syntézy získaných poznatků, při němž se uplatňuje řada myšlenkových procesů (každý odborník ve svém oboru, pokud vyvozuje určitý závěr o povaze problému nebo stavu *diagnostikuje* - lékař chorobu, automechanik poruchu na autě, kadeřnice stav kadeří, sociální pracovník sociální situaci klienta, sestra saturaci potřeb nebo odchylku/dysfunkci v saturaci potřeb aj.)

Základní principy diagnostického uvažování spojeného s ošetřovatelským posouzením

1. **Sběr dat** (*collect data*) - sběr relevantních dat a jejich analýza pro stanovení diagnózy
2. **Klinické příznaky a projevy** (*cues/patterns*) - změny stavu organismu (např. snížené množství moči)
3. **Hypotézy/předpoklady** (*hypothesis*) - odhadované alternativy příčin, které mohly vést k uvedeným změnám
4. **Validizace hypotéz/předpokladů** (*validation*) - realizace nezbytných kroků k vyloučení jiných hypotéz nebo vyčlenění dílčího problému
5. **Stanovení - diagnózy** (*diagnosis*) - pojmenování problému klienta na základě validizace.
6. **Strategie** (*strategies*) - realizace činností nezbytných k řešení zjištěného problému anebo poskytnutí odpovídající ošetřovatelské péče (Herdman [Ed.], 2013, přel. Kudlová, s. 81-83).

Definice a historie vzniku ošetrovatelské diagnózy

Nejstarší definici ošetrovatelské diagnózy formulovala Faye Glenn Abdellah (*1919) v roce 1957: „*Je to určení charakteru a rozsahu ošetrovatelských problémů, které vznikly u jednotlivých pacientů nebo rodin, kterým se poskytuje ošetrovatelská péče.*“

Definice ošetrovatelské diagnózy, schválené na 9. konferenci NANDA v roce 1990, doplněná v roce 2009 a 2013, zní takto: „*Ošetrovatelská diagnóza je klinickým posouzením lidské reakce na zdravotní problémy/ životní procesy nebo náchylnost k takové reakci jedince, rodiny, skupiny nebo komunity. Ošetrovatelská diagnóza poskytuje základ pro výběr ošetrovatelských intervencí k dosažení výsledků, za které je sestra zodpovědná*“ (Herdman a Kamitsuru [Eds.], 2015, s. 424, přel. Kudlová).

Ošetrovatelskou diagnózu NANDA-I vymezuje: *Název, definice, související faktory (příčina vzniku) a určující znaky (charakteristické projevy)* (Herdman [Ed.], 2013, přel. Kudlová).

Průvodce studiem

Další informace z historie ošetrovatelských diagnóz NANDA můžete nastudovat v přehledovém článku „Historie ošetrovatelského procesu a ošetrovatelských diagnóz NANDA“ (Kudlová, 2011, s. 28-41). Tyto materiály vám budou poskytnuty na kontaktní hodině.



Proč by se měly ošetrovatelské diagnózy (OD) používat?

- OD se používají ke stanovení vhodného plánu péče o P/K a řídí výsledky a intervence P/K;
- nemůžeme standardizovat ošetrovatelskou diagnózu, ale je možné standardizovat ošetrovatelské intervence, jakmile zvolíme vhodný výsledek pro ošetrovatelskou diagnózu, protože intervence by měly být založeny na důkazech vždy, kdy to je možné;
- OD také dávají možnost používat standardní jazyk využívaný v elektronických zdravotních záznamech, což umožňuje jasnou komunikaci mezi členy pečovatelského týmu a sběr dat pro neustálé zlepšování péče o pacienta.

Stanovení ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelskou diagnózu sestra stanoví na základě vyhodnocení získaných informací. Termín diagnóza je odvozen z řeckého *diagignoskein* = rozeznávat, odlišovat, označovat.

V diagnostické fázi sestra stanovuje ošetrovatelské diagnózy (závěry provedené sestrou po pečlivém posouzení a systematickém sběru dat o pacientovi) a ty pojmenuje pomocí tzv. normalizovaného jazyka. Takovouto diagnózu můžeme i zpětně ověřit a platnými a relevantními nástroji příslušného oboru také efektivně, bezpečně, a kvalitně řešit. V oboru ošetrovatelství jsou tyto formalizované nástroje teprve vyvíjeny (Vörösová, 2007; Gurková, Žiaková, Čáp, 2009; Kudlová, 2012; Zeleníková, Žiaková, 2012 aj.).

Vývojem taxonomie na úrovni mezinárodního standardizovaného systému ošetřovatelských diagnóz s kódy se ve světě zabývá NANDA - North American Nursing Diagnosis Association.

NANDA byla založena v roce 1982 a byla složena z členů Národní pracovní skupiny Spojených států a Kanady. První prezidentkou této organizace se stala Dr. Marjory Gordon, která byla znovuzvolena v roce 1986 a ve vedení NANDA byla až do roku 1988 – obrázek 10 (Kudlová, 2011, s. 28-41).



Obrázek 10 Marjory Gordon, PhD, RN, FNI, FAAN (1931—2015) zdroj: <http://www.nanda.org>

NANDA (přejmenovaná v roce 2002 na NANDA International) pořádá konference a pracovní jednání širokého týmu odborníků z celého světa. Z těchto jednání a ze schvalovacích procesů pak vychází od roku 2001 v dvouletém cyklickém období publikace *NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*, která vždy obsahuje schválené, revidované a vyřazené ošetřovatelské diagnózy k určitému datu (Kudlová, 2013, s. 51—55). V České republice vyšel první oficiální překlad této publikace až v roce 2010 pod názvem *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace NANDA International 2009—2011* (Herdman [Ed.], 2010, přel. Kudlová) a v roce 2015 vyšel zatím poslední (třetí) český překlad textu *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2015—2017* (Herdman, Kamitsuru [Eds.], 2015, přel. Kudlová). Nejpropracovanější variantou komplexní ošetřovatelské terminologie je **terminologie Aliance 3N**. Lze ji využít v oblasti ošetřovatelské diagnostiky (tzv. mezinárodní klasifikace ošetřovatelských diagnóz NANDA International (*North American Nursing Diagnosis Alliance*), v oblasti ošetřovatelských výstupů (cílů) je to klasifikace ošetřovatelských výsledků - NOC (*Nursing Outcomes Classification*), v oblasti ošetřovatelských intervencí je to klasifikace ošetřovatelských intervencí - NIC (*Nursing Intervention Classification*). Pro potřeby praktikujících sester jsou z těchto samostatných taxonomií vytvářeny také souborné manuály (např. Bulechek et al., 2008; Morhead et al, 2008; Johnson et al., 2011).

Průvodce studiem

NANDA International spolupracuje se společnostmi pro ošetřovatelskou terminologii po celém světě, jako jsou Japonská společnost pro ošetřovatelské diagnózy (JSND), Evropská společnost pro jednotné ošetřovatelské diagnózy, intervence a výsledky (ACENDIO), Španělská společnost pro názvosloví a diagnostickou taxonomii v ošetřovatelství (AENTDE) a Evropská frankofonní společnost pro diagnostiku, intervence a výsledky v ošetřovatelství (AFEDI), Klasifikace ošetřovatelských intervencí (NIC) a Klasifikace ošetřovatelských výsledků (NOC). Více najdete na www.nanda.org.



NANDA International třídí ošetrovatelské problémy do třinácti domén. Každá doména je vnitřně členěná do tříd (tabulka 8) (Herdman, Kamitsuru [Eds.], 2015, přel. Kudlová).

Tabulka 8. Domény a třídy Taxonomie II NANDA International (Herdman, Kamitsuru [Eds.], 2015, přel. Kudlová)

PODPORA ZDRAVÍ	VÝŽIVA	VYLUČOVÁNÍ/ VÝMĚNA	AKTIVITA/ ODPOČINEK	PERCEPCE/ KOGNICE	VNÍMÁNÍ SEBE SAMA	VZTAHY MEZI ROLEMI
Uvědomování si zdraví	Příjem potravy	Funkce močového systému	Spánek/ Odpočinek	Pozornost	Sebepojetí	Role pečovateli
Management zdraví	Trávení	Funkce gastrointestinálního traktu (GIT)	Aktivita/ Cvičení	Orientace	Sebeúcta	Rodinné vztahy
	Vstřebávání	Funkce kožního systému	Energetická rovnováha	Pociťování/ Vnímání	Obraz těla	Plnění rolí
	Metabolismus	Funkce dýchacího systému	Kardiovaskulární/ pulmonální reakce	Kognice		
	Hydratace		Sebepéče	Komunikace		

Tabulka 8 pokračování

SEXUALITA	ZVLÁDÁNÍ/ TOLERANCE ZÁTĚŽE	ŽIVOTNÍ PRINCIPY	BEZPEČNOST/ OCHRANA	KOMFORT	RŮST/ VÝVOJ
Sexuální identita	Posttraumatické reakce	Hodnoty	Infekce	Tělesný komfort	Růst
Sexuální funkce	Reakce na zvládání zátěže	Přesvědčení	Fyzické poškození	Komfort prostředí	Vývoj
Reprodukce	Neurobehaviorální stres	Soulad hodnot/ Přesvědčení/ Jednání	Násilí	Sociální komfort	
			Environmentální rizika		
			Obranné procesy		
			Termoregulace		

Charakteristiky ošetrovatelské diagnózy

- Ošetrovatelská diagnóza je diagnostický závěr provedený sestrou na základě pečlivého a systematického posouzení.
- Ošetrovatelská diagnóza zahrnuje pouze ty oblasti, které je sestra schopna a kompetentní ovlivnit. Např. sestra není dostatečně vzdělána a oprávněna diagnostikovat diabetes mellitus, to patří do kompetencí lékaře. Může však diagnostikovat změny v příjmu potravy - **Obezita** – 00232, **Nadváha** – 00233, Riziko **nadváhy** – 00234; změny v metabolismu – Riziko **nestabilní glykemie** – 00179; nedostatečnou podporu zdraví – Sedavý **způsob života** – 00168, Neefektivní **management zdraví** – 00078, **Noncompliance** - 00079; změny v kardiovaskulární/pulmonální reakci – Neefektivní periferní **tkáňová perfuze**; změny v kognici – Akutní **zmatenost** – 00128, Nedostatečné **znalosti** – 00126 aj.
- Za ošetrovatelskou diagnózu jsou odpovědné sestry i přes to, že se na jejím stanovení podílejí i jiní zdravotničtí pracovníci.
- Ošetrovatelská diagnóza může popisovat jak současné zdravotní problémy, tak problémy, které mohou teprve nastat.

Jaký je rozdíl mezi lékařskou a ošetrovatelskou diagnózou?

Lékařská diagnóza se zabývá onemocněním, nemocí nebo zraněním, zatímco ošetrovatelská diagnóza se zabývá aktuálními nebo potenciálními lidskými reakcemi, zdravotními problémy a životními procesy.

Příklad: lékařská diagnóza *cévní mozková příhoda* (CMP nebo-li mrtvice) uvádí informace o patologii pacienta. Ošetrovatelské diagnózy – jako např. *Riziko neefektivní cerebrální tkáňové perfuze* – 00201, *Deficit sebek péče při koupání* – 00108, *Zhoršená paměť* – 00131, *Zhoršená verbální komunikace* - 00051, *Opomíjení jedné strany* – 00123, *Zátěž v roli pečovatele* – 00161, *Riziko pádů* - 00155, *Chronická bolest* – 00133 a *Bezmocnost* – 00125 aj. směřují ošetrovatelské intervence k dosažení konkrétních výsledků u daného pacienta. Přináší holističtější chápání dopadu mrtvice na konkrétního pacienta a jeho rodinu (pokud by se sestry zaměřily pouze na mrtvici, může jim uniknout *chronická bolest*, kterou pacient trpí, jeho pocit *bezmocnosti* aj.). To vše má dopad do procesu jeho uzdravování, možné propuštění P/K domů, jeho schopnost zvládat nový léčebný režim a jeho celkovou kvalitu života. Úkolem ošetrovatelské diagnostiky není určovat nemoc, ale *identifikovat ošetrovatelské problémy pacienta, které jsou svázány se změněným zdravotním stavem* (tabulka 9).

Tabulka 9. Odlišnosti mezi ošetrovatelskou a lékařskou diagnózou (Staňková [Ed.], 1996 - modifikovaná Kudlovou)

Odlišnosti mezi ošetrovatelskou a lékařskou diagnózou	
Ošetrovatelská diagnóza:	Lékařská diagnóza:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ popisuje reakci nemocného na nemoc, situaci, změnu, zjišťuje, do jaké míry zasahuje nemoc do normálního života nemocného ▪ je orientována na člověka jako jedince, na poruchu jeho zdraví, stupně soběstačnosti ▪ mění se podle změn pacientových reakcí a schopností ▪ provázejí ji samostatné oš. činnosti: plánování, hodnocení péče ▪ nemá zavedený standardní mezinárodní klasifikační systém 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ popisuje specifický chorobný proces ▪ orientuje se na patologii ▪ vychází z modelu nemoci ▪ zůstává konstantní v průběhu trvání nemoci ▪ ovlivňují ji ordinace lékaře, z nichž některé provádí sestra ▪ má zavedený jednotný mezinárodní klasifikační systém

Stanovit relevantní diagnózu, tedy identifikovat zcela konkrétní problém, který máme u daného jedince řešit pomocí specifických nástrojů a kompetencí, je velmi odpovědná a komplexní činnost, která vyžaduje kromě znalostí, také zkušenost sestry.

Formulování ošetrovatelské diagnózy

K pojmu ošetrovatelská diagnóza autorka Marjory Gordon uvádí dva přístupy definování:

1/ definice konceptuální, která se zabývá ohniskem pozornosti a sděluje význam pojmu „ošetrovatelská diagnóza“. M. Gordon uvádí, že ošetrovatelské diagnózy jsou tvořeny profesionálními sestrami, popisují aktuální nebo potenciální zdravotní problémy, které jsou sestry při respektování jejich vzdělání a zkušeností způsobilé a oprávněné nezávisle ošetrovat (Gordon, 2001; Gordon, 2002). Hovoří také o tom, že mezi nezávislé kompetence sester nepatří zdravotní problémy, které jsou právně vymezeny v rámci lékařské praxe (např. ordinace léčiv či provádění chirurgických výkonů).

2/ definice strukturální, která popisuje, z jakých komponent se ošetrovatelská diagnóza skládá.

Mezinárodně ověřené a NANDA-I doporučené Ošetrovatelské diagnózy mají několik částí: název/označení diagnózy, definici a posuzovací kritéria použitá pro diagnostikování, určující znaky a související faktory nebo rizikové faktory (Herdman a Kamitsuru [Eds.], 2015, přel. Kudlová).

Komponenty ošetrovatelské diagnózy

Označení (název) diagnózy

Dává diagnóze název, který zahrnuje přinejmenším diagnostické ohnisko (z osy 1) a ošetrovatelské posouzení (z osy 3) – viz multiaxiální systém níže.

Definice [diagnózy]

Dává jasný, přesný popis; nastiňuje její význam a pomáhá ji odlišit od podobných diagnóz.

Určující znaky

Pozorovatelné signály/inference, které se seskupují jako projevy aktuální diagnózy nebo diagnózy vedoucí k podpoře zdraví či syndromu.

Rizikové faktory

Faktory prostředí a fyziologické, psychogenní, genetické či chemické prvky, které zvyšují náchylnost jedince, rodiny, skupiny nebo komunity vůči nezdravé události. Pouze rizikové diagnózy mají rizikové faktory.

Související faktory

Faktory, které mohou vykazovat určitý typ vzorového vztahu k ošetrovatelské diagnóze. Takové faktory lze popsat jako předcházející, spojené s, související s, přispívající nebo napomáhající. Pouze „aktuální“ ošetrovatelské diagnózy a syndromy zaměřené na problém musí mít související faktory. Diagnózy pro podporu zdraví mohou mít související faktory, pokud pomáhají objasnit diagnózu.

Výběr diagnózy ze seznamu nebo vymyšlení si pojmů u lůžka pacienta jsou nebezpečné praktiky z těchto vážných důvodů:

- komunikace mezi členy zdravotního týmu musí být jasná, stručná a konzistentní
- bez jednotné terminologie nemůžeme posuzovat validitu diagnózy nebo schopnost sestry diagnostikovat.
- mohou nastat situace, kdy bude potřebné, aby sestra věrohodně obhájila svá rozhodnutí, (forenzní důvody) jsou také argument, proč používat mezinárodně doporučenou a výzkumem podloženou taxonomii (NANDA, NIC, NOC, NNN).

Co je PES struktura?

„PES“ je akronym, který znamená **P**roblém, **E**tiologie (související faktory) a známky/**S**ymptomy (určující znaky). Struktura PES byla poprvé použita Dr. M. Gordon, zakladatelkou a bývalou prezidentkou NANDA-I. Součástí diagnóz NANDA-I jsou nyní označovány jako *související faktory a určující znaky* nebo *rizikové faktory*. Výraz „struktura PES“ se v současných knihách NANDA-I nepoužívá. Stále je ovšem používána v několika zemích a mnoha publikacích. **Struktuře PES odpovídá PFZ struktura (problém, související faktor, určující znak)** (Gordon, 2001; Herdman a Kamitsuru [Eds.], 2015, přel. Kudlová).

Multiaxiální systém

Diagnózy NANDA-I jsou pojmy vytvořené *pomocí multiaxiálního systému*. Tento systém se skládá z os, jejichž komponenty jsou zkombinovány tak, aby si diagnózy byly v podstatě rovny ve své formě a odpovídaly modelu ISO.

Existuje sedm os:

Osa 1: ohnisko (kořen) ošetřovatelské **diagnózy** (popisuje „lidskou reakci“, která je jádrem diagnózy)

Osa 2: předmět diagnózy (osoba/y, pro kterou je ošetřovatelská diagnóza určena; např. jedinec, rodina, skupina, pečovatel, komunita aj.)

Osa 3: posouzení (deskriptor nebo modifikátor, který vymezuje nebo specifikuje význam diagnostického ohniska – např. zhoršený, neefektivní aj.)

Osa 4: umístění (popisuje části/oblasti těla nebo funkce s nimi spojené; např. měchýř, sluchový aj.)

Osa 5: věk (odkazuje na věk osoby, která je předmětem diagnózy; např. kojeneček, dítě, dospělý aj.)

Osa 6: čas (popisuje trvání ošetřovatelské diagnózy; např. akutní, chronická, přerušovaná)

Osa 7: stav diagnózy (odkazuje na aktuálnost, možnost problému/syndromu nebo na kategorizaci diagnózy zaměřené na podporu zdraví). *Zaměření na problém*: nežádoucí lidská reakce na zdravotní podmínky/životní procesy, které v dané chvíli existují (včetně syndromových diagnóz zaměřených na problém). *Podpora zdraví*: motivace a touha zlepšit well-being [pohodu] a aktualizovat potenciál lidského zdraví, který v dané chvíli existuje (Pender, Murduagh, Parsons, 2006). *Riziko*: náchylnost k vytváření budoucích nežádoucích reakcí na zdravotní podmínky/životní procesy (což zahrnuje rizikové syndromové diagnózy). Díky tomu NANDA-I rozeznává **tři kategorie ošetřovatelských diagnóz**:

1/ **zaměřené na problém**, 2/ **rizikové**, 3/ **diagnózy podpory zdraví**. V rámci těchto kategorií jsou zařazeny **syndromy** (Herdman, Kamitsuru [Eds.], 2015, přel. Kudlová).

Ad 1/ Diagnóza zaměřená na problém - klinické posouzení ohledně *nežádoucí lidské reakce* na zdravotní stav/životní proces, které existují u jedince, v rodině, skupině nebo komunitě.

Skládá se z: *kódu, označení diagnózy, určujícího znaku/znaků (UZ), souvisejícího faktoru/faktorů (SF)*.

Příklad 1

Kód: 00232

Označení diagnózy: **OBEZITA**

Určující znak/y (UZ): dospělý BMI > 30 kg/m²

Související faktor/y (SF): konzumace slazených nápojů, nepravidelné stravovací návyky, průměrná denní fyzická aktivita je nižší než doporučená pro dané pohlaví a věk, gestační diabetes mellitus, častý příjem potravy, větší porce než je doporučeno, nadváha v kojeneckém věku aj.

Příklad 2

Při využití PFZ struktury začněte s vlastní diagnózou (**P**) a poté uveďte etiologické faktory (**SF**) v diagnóze zaměřené na problém. Nakonec identifikujte hlavní známky/symptomy - (**UZ**):

Obezita (P - problém) **související s** konzumací slazených nápojů, nepravidelnými stravovacími návyky... (F - související faktory), **což se projevuje** BMI 31 (Z - určující znaky).

Ad 2/ Riziková diagnóza - klinické posouzení ohledně *náchylnosti jedince, rodiny, skupiny nebo komunity k vytváření nežádoucí lidské reakce* na zdravotní stav/životní procesy.

Skládá se z: *kódu, označení diagnózy, rizikového faktoru/faktorů (RF)*.

Příklad 1

Kód: 00179

Označení diagnózy: RIZIKO NESTABILNÍ **GLYKEMIE**

Rizikový/é faktor/y (RF): nedostatek znalostí o léčbě diabetu, nedostatečné monitorování glykemie, farmakoterapie, nedodržování léčebného režimu, stres, přírůstek hmotnosti

Příklad 2

Při využití PRF struktury začněte s diagnostikováním potenciálního problému (**P**) a poté uveďte rizikové faktory (**RF**):

Riziko nestabilní **glykemie** (P - náchylnost k potenciálnímu problému), „**související s/spojený s**“ nedostatkem znalostí o léčbě diabetu, nedostatečným monitorováním glykemie, nedodržováním léčebného režimu, stresem, přírůstkem hmotnosti aj. (RF – rizikové faktory).

Ad 3/ Diagnóza podpory zdraví - klinické posouzení ohledně *motivace a touhy* zlepšovat well-being a aktualizovat potenciál lidského zdraví. Tyto reakce jsou vyjádřeny snahou zlepšit konkrétní chování týkající se zdraví, a lze je využít v případě jakéhokoliv zdravotního stavu. Reakce na podporu zdraví se mohou projevovat u jedinců, v rodině, skupině nebo komunitě.

Skládá se z: *kódu, označení diagnózy, určujícího znaku/znaků (UZ)*, mohou mít i související faktory, pokud napomáhají k objasnění diagnózy

Příklad 1

Kód: 00160

Označení diagnózy: SNAHA ZLEPŠIT **ROVNOVÁHU TEKUTIN**

Určující znak/y (UZ): vyjadřuje touhu zlepšit rovnováhu tekutin

Příklad 2

Při využití PZ struktury začněte s diagnostikváním problému (P) a poté uveďte určující znak/y (Z), jelikož diagnózy pro podporu zdraví nevyžadují související faktor, jako důkaz touhy pacienta zlepšit svůj aktuální zdravotní stav jsou uvedeny určující znaky.

Snaha zlepšit **rovnováhu tekutin** (P), **což je doloženo** vyjádřenou touhou zlepšit rovnováhu tekutin (UZ).

Syndrom je klinickým posouzením týkajícím se konkrétního *souboru/shluku ošetrovatelských diagnóz*, které se vyskytují společně a nejlépe je se jimi zabývat společně pomocí podobných intervencí.

Skládá se z: *kódu, označení diagnózy, určujícího znaku/určujících znaků (UZ) – ošetrovatelských diagnóz. Související faktory mohou být použity v případě, že pomáhají vyjasnit definici (SF).*

Příklad:

Kód: 00255

Označení diagnózy: **SYNDROM CHRONICKÉ BOLESTI**

Určující znak/y (UZ): *Narušený vzorec spánku (00198), Společenská izolace (00053), Únava (00093), Obezita (00232), Narušená fyzická pohyblivost (00085).*

Průvodce studiem

Uvědomte si však, že pouhé zhlédnutí názvu diagnózy a „zvolení diagnózy“ neznamena, že jste správně a bezpečně diagnózu určili! U každé potenciální diagnózy, kterou stanovíte, musíte přezkoumat její definici a diagnostické indikátory (určující znaky, související faktory nebo rizikové faktory).



Mezi otázky používané pro stanovení a validaci správné diagnózy patří:

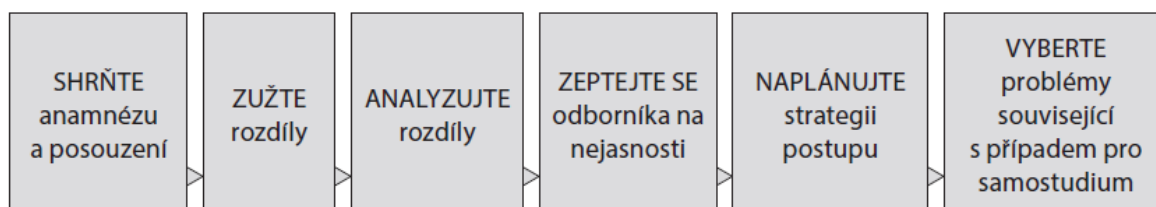
1. Jsou u pacienta ve velké míře přítomny určující znaky/rizikové faktory?
2. Jsou u pacienta evidentní etiologické faktory („související faktory“) pro danou diagnózu?
3. Validovali jste diagnózu s pomocí pacienta/rodiny nebo jinou sestrou na vaší úrovni (pokud je to možné)?

Rozlišování mezi podobnými ošetřovatelskými diagnózami

Přesnost diagnózy je naprosto zásadní. Nevyvoďte závěry příliš rychle a pro reflexi svého postupu rozhodování použijte jednoduché nástroje jako je např. diagnostická pomůcka, která se používá pro rozlišení mezi diagnózami v medicíně: **SNAPPS** (Rencic, 2011); viz obrázek 11 (NANDA-I ošetřovatelské diagnózy (Herdman, Kamitsuru [Eds.], 2015, s. 29, přel. Kudlová). Zkratka je sestavena z pojmů: **S – summarize, N – narrow, A – analyze, P – probe, P – plan, S – select.**

Postup diagnostikování pomocí pomůcky SNAPPS

Pomocí tohoto nástroje shrňte data, která jste sesbírali ve fázi posouzení pomocí rozhovoru s pacientem, stejně jako všechna další relevantní data např. z dokumentace pacienta. Poté se snažte zúžit rozdíly mezi diagnózami – vyloučit data, která odpovídají oběma diagnózám, takže vám zůstanou pouze data, která se liší. Tato data analyzujte – vidíte nyní nějaký vzorec, když se díváte na užší množinu dat? V případě pochybností nebo nezodpovězených otázek se zeptejte kolegy nebo odborníka. Požádejte je, ať s vámi projdou svůj proces uvažování, aby vám pomohli stanovit vhodnější diagnózu. Naplánujte si řídicí strategii, která by měla obsahovat četné přehodnocení, obzvláště na začátku plánování tak, aby vaše diagnóza byla opravdu přesná. Na konec zvolte problémy týkající se daného případu pro další zkoumání a studium. Najděte si článek, případovou studii v odborném časopise nebo informace z nedávného textu, jež mohou prohloubit vaše chápání lidské reakce, kterou jste právě diagnostikovali (Rencic, 2011; Herdman, Kamitsuru [Eds.], 2015, přel. Kudlová).



Obrázek 11 Diagnostická pomůcka **SNAPPS** (Rencic, 2011)

Průvodce studiem

Pro sesternskou praxi se používá Model reflexivního klinického uvažování OPT (Špirudová, 2015, s. 90-91).



Taxonomie diagnóz

Každá profese může mít společný jazyk, který používá k popisu a kódování svých znalostí. Lékaři používají taxonomii Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD-10), psychologové, psychiatři a další zdravotničtí pracovníci zabývající se duševním zdravím využívají Diagnostickou a statistickou příručku pro duševní poruchy (DSM-V). Tyto dvě klasifikace se používají standardizovaně. Ošetřovatelství

taxonomii, která by obsahovala jednotnou a mezinárodně schválenou a používanou terminologii, prozatím nemá. Nejpropracovanější variantou je taxonomie ošetřovatelských diagnóz NANDA International, Inc. (NANDA-I). Tato taxonomie II má tři úrovně: domény, třídy a ošetřovatelské diagnózy a obsahuje v současnosti 235 ošetřovatelských diagnóz seskupených do 13 domén a 47 tříd - viz příloha 3.

Výhody taxonomie

- systém jednotné klasifikace je užitečný pro vytvoření společného odborného ošetřovatelského jazyka
- má-li sestra k dispozici taxonomii, při hodnocení P/K mnohem snadněji najde a definuje problém
- taxonomie umožňuje snazší dorozumění v ošetřovatelském týmu při předávání informací o P/K.

Průvodce studiem

Taxonomie se v průběhu času vyvíjejí a mění. Ke změnám se chystá také NANDA-I. V loňském roce Dr. Gunn von Krogh předložila návrh taxonomie III členům NANDA-I. V následujících letech bude tato taxonomie testována a případně zdokonalována. Informace o této navržené taxonomii naleznete v publikaci Ošetřovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2015-2017 a také na webové stránce www.nanda.org.



Pokyny pro stanovení ošetřovatelské diagnózy

1. Stanovte problém, ne potřebu.
2. Používejte ošetřovatelskou terminologii (např. NANDA-I).
3. Nezaměňujte ošetřovatelskou diagnózu s intervencí.
4. Je velice důležité **neustále** posuzovat svého P/K a stanovit, jestli je daná diagnóza pro P/K stále tou nejpřesnější v jakémkoliv čase (před operací, po operaci).

Úkoly - cvičení

1. Definujte pojem ošetřovatelská diagnóza a uveďte důvody, proč by měla sestra diagnostikovat (stanovovat ošetřovatelské diagnózy)?
2. Popište proces stanovení ošetřovatelské diagnózy.
3. Jaké typy ošetřovatelských diagnóz jsou obsaženy v klasifikaci NANDA-I?
4. Lze ošetřovatelskou diagnózu bezpečně použít i jinde než na nemocniční jednotce, tzn. např. na operačním sále nebo v ambulanci?
5. Uveďte komponenty ošetřovatelské diagnózy.
6. K čemu používá NANDA-I tzv. multiaxiální systém?
7. Uveďte komponenty oš. diagnózy zaměřené na problém a aplikujte je alespoň na 3 příkladech.
8. Uveďte komponenty rizikové diagnózy a aplikujte je alespoň na 3 příkladech.
9. K čemu slouží klasifikace ošetřovatelských diagnóz?



V České republice používání ošetrovatelské diagnostiky ve zdravotnických zařízeních určuje vyhláška č. 98/2012Sb. o zdravotnické dokumentaci, která stanovuje, že záznam ošetrovatelské péče musí obsahovat popis ošetrovatelského problému pacienta nebo ošetrovatelskou diagnózu (Česko, 2012).

I přes to, že v zahraničí existují taxonomie ošetrovatelských diagnóz (např. klasifikace ošetrovatelských diagnóz NANDA-I, v Evropě je přístupná ACENDIO aj.), které sestry ve své praxi používají, pro ošetrovatelskou praxi v České republice zatím žádná taxonomie oficiálně vybrána nebyla. Sestry proto stanovují diagnózy samostatně a bez podpory. Při stanovení ošetrovatelských diagnóz se pak můžeme setkat s jejich chybnými formulacemi. Proto je nutné se alespoň v rámci organizace domluvit na jednotné terminologii a ve správném diagnostikování se vzdělávat.

Úkoly - cvičení

1. Formulujte ošetrovatelské diagnózy u konkrétního pacienta dle vybrané kazuistiky.
2. Společně s vyučujícím proveďte jejich ověření.



Nejčastější chyby ve formulaci ošetrovatelských diagnóz:

1. stanoví se potřeba a ne problém;
2. stanoví se problém sestry nikoliv P/K;
3. v jedné ošetrovatelské diagnóze jsou zahrnuty dva nebo více ošetrovatelských problémů;
4. při formulaci problému se používá lékařská terminologie, lékařské diagnózy, komplikace onemocnění nebo vedlejší účinky léčby;
5. zaměňuje se ošetrovatelská diagnóza s ošetrovatelskou intervencí;
6. ošetrovatelské diagnózy jsou stanoveny na základě irelevantních nebo nevalidních údajů;
7. v ošetrovatelské diagnóze jsou použity tzv. "právnícké termíny nebo formulace", i když by mohly vystihnout pravou podstatu problému;
8. ošetrovatelskou diagnózou také nejsou jevy, které neznamenaají patologii a nesvědčí samy o sobě o psychologické či psychiatrické poruše;
9. do ošetrovatelských diagnóz nepatří ani příkazy pro ostatní sestry;
10. ošetrovatelská diagnóza není ani pokyn pro činnost či aktivity pacienta aj.



Úkoly - cvičení

Určete, zda se jedná o správně formulovanou diagnózu. Pokud ne, uveďte, proč se domníváte, že je chybně formulovaná a pokuste se ji opravit:

- | | |
|---|--------|
| 1. Strach z operace | Ano/Ne |
| 2. Nevolnost a zvracení | Ano/Ne |
| 3. Bolest a strach vztahující se k operačnímu zákroku | Ano/Ne |
| 4. Nausea v důsledku chemoterapie | Ano/Ne |
| 5. Tromboflebitida vztahující se k dlouhodobému ležení | Ano/Ne |
| 6. Snaha zlepšit výživu, což je doloženo touhou zlepšit výživu | Ano/Ne |
| 7. Dekompenzovaný diabetes mellitus zaviněný nedodržováním léčebného režimu | Ano/Ne |
| 8. Nutná péče o kolostomii u pacienta po operaci tlustého střeva | Ano/Ne |
| 9. Pacient zanedbává osobní hygienu - denně kontrolovat zda se myje | Ano/Ne |
| 10. Bezmocnost zapříčiněná tím, že se dcera odmítá o otce starat | Ano/Ne |
| 11. Cucání prstů u tříletého dítěte | Ano/Ne |
| 12. Pacient je rozrušený a má strach | Ano/Ne |
| 13. Tachypnoe a hypertenze III. stupně | Ano/Ne |

Správné odpovědi: 1) ano; 2) ne; 3) ne; 4) ano; 5) ne; 6) ano; 7) ne; 8) ne; 9) ne; 10) ne; 11) ne; 12) ne; 13) ne.

Shrnutí

Ošetrovatelská diagnóza je klinické posouzení lidské reakce na zdravotní problémy/životní procesy nebo náchylnost k takové reakci jedince, rodiny, skupiny nebo komunity. Poskytuje základ pro výběr ošetrovatelských intervencí k dosažení výsledků, za které je sestra zodpovědná. Je složena z několika částí: *název/označení diagnózy, definici a posuzovací kritéria použitá pro diagnostikování, určující znaky a související faktory nebo rizikové faktory.*

K sestavení diagnózy je vhodné postupovat dle diagnostického algoritmu, který popisuje např. Pacovský (1994) nebo se držet rad udělených v publikaci NANDA-I. Na stanovení ošetrovatelské diagnózy se podílejí i ostatní zdravotničtí pracovníci, přesto odpovědnost za ošetrovatelskou diagnózu nese sestra. Diagnózy by měly být validovány s co největší přesností. Sestra se vyhýbá předčasně stanovené diagnóze, dokud nejsou k dispozici dostatečné údaje pro podporu diagnostického úsudku. Sestry musí identifikovat ty diagnózy, které jsou vhodné pro jejich oblast zájmu, patří do jejich rozsahu praxe nebo zákonných nařízení a k nimž mají kompetence. Pokud dospěje k závěru, že není dostatek důkazů, pak



musí hledat další indicie. Pokud jsou zvažovány nové diagnózy, pokračuje cílený sběr dat do té doby, dokud revidovaná řada diagnóz není potvrzena nebo vyloučena pomocí podpůrných důkazů. Je-li to možné, pak je jedinec (rodina, skupina, komunita) zapojen do hodnotících diagnostických procesů od samotného začátku až do konce. Následně musí sestry také učinit rozhodnutí ohledně stanovení priorit. Přes to, že v České republice není doporučena taxonomie ošetřovatelských diagnóz, jediná cesta jak zvýšit odbornou úroveň ošetřovatelského procesu i dokumentací a jak docílit snadnou dostupnost relevantních argumentací, je zajímat se o aktuální podoby mezinárodních ošetřovatelských taxonomií, a možnosti jejich aplikace do ošetřovatelské praxe v ČR.



PLÁNOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Cíl

Po prostudování kapitoly byste měli být schopni:

- definovat proces plánování ošetrovatelské péče
- popsat charakteristiky plánování
- uvést součásti/komponenty plánování
- aplikovat kritéria, která pomáhají sestře a pacientovi vytýčit priority
- obhájit význam vymezení pacientových cílů
- aplikovat pokyny pro formulování cílů a výsledných kritérií
- popsat charakteristiky plánování ošetrovatelských intervencí
- vytvořit plán ošetrovatelské péče pro konkrétního P/K



Průvodce studiem

Předpokladem pro zvládnutí této kapitoly je schopnost správně zformulovat ošetrovatelskou diagnózu.



Klíčová slova

Plánování, definice, strategie, součásti plánu, formulování cílů, intervence, výsledná kritéria, vytýčení priorit



Než se dostaneme k samotnému plánování, vysvětlíme si důležité pojmy:

Pojmy k zapamatování

Plán - je obecný pojem, kterým obvykle popisujeme časovou i věcnou posloupnost budoucích možných dějů. Může ale jít i o konkrétní písemný dokument, který znázorňuje stávající strukturu nějakého území – např. plán budovy, plán města aj.

Plánování – lidská činnost zabývající se tvorbou plánů.

Strategie (z řeckého *strategos*, generál < *stratos* (vojsko, výprava) + *agein*, vést) je dlouhodobý plán činností zaměřený na dosažení nějakého cíle.

Intervence - zásah, zákrok v něčí prospěch, přímluva.

Priorita - věc mající přednost

Cíl - je žádoucí výsledek nebo jeho změna na jeho cestě za zdravím. V odborné literatuře týkající se ošetrovatelského procesu se někdy rozlišuje termín cíl a účel, někdy se používají tyto pojmy jako synonyma, jiní autoři používají termíny výsledky a výsledná kritéria (viz klasifikace NOC).

Kritérium – objektivní měřítko, hodnota, podle níž pak posuzujeme nějaký objekt. Jeho kategorizace se pak dosáhne rozhodnutím, posouzením či porovnáním, zda aktuální hodnota sledované veličiny u daného objektu překonala nastavenou posuzovací (kritériální) hodnotu. Měřítko pro srovnávání, hledisko při posuzování.



Definice a proces plánování

Ošetrovatelský plán je proces vytýčení ošetrovatelských intervencí s cílem prevence, redukce nebo eliminace pacientových zdravotních problémů, které byly zjištěny a validizovány v diagnostické fázi. Jde tedy o zpracování cílů ošetrovatelské péče a plánu intervencí (činností), kterými budou tyto cíle dosaženy (Kozierová a Erbová, Olivierová, 1995).

Sestra vytváří plán činností, který je návodem pro specifické chování všech členů ošetrovatelského týmu. Na plánování se podílí i pacient, jeho blízcí, členové jiných zdravotnických profesí. Proces plánování využívá údaje získané z prvních dvou fází ošetrovatelského procesu (posouzení a stanovení ošetrovatelské diagnózy).

Při plánování sestra bere v úvahu individualitu každého P/K, jeho schopnosti i omezení. Prostřednictvím plánu je péče poskytována komplexně, kvalitně, bezpečně a také působí pozitivně na psychiku P/K.

Strategie plánu vychází:

- z ošetrovatelské diagnózy;
- z charakteristiky ošetrovatelské péče v příslušném klinickém oboru;
- z rysů moderního ošetrovatelství;
- z lékařské diagnózy a ze všeho, co z ní vyplývá (např. plnění ordinací lékaře, sledování vedlejších účinků aj.).

Ošetrovatelské plány se mohou lišit formou (tištěná, elektronická verze) obsahem, grafickou úpravou aj., protože pro různé skupiny P/K je potřeba vypracovat diferencované typy plánů (neexistuje univerzální tiskopis). Vždy však musí být praktické a srozumitelné. Ošetrovatelský plán by měl být konstruován tak, aby bylo možné jeho obsah podle potřeby měnit a doplňovat. Každý člen ošetrovatelského týmu by měl být schopen z plánu vyčíst, jakou péči pacient potřebuje.

Úkol k zamyšlení

Zamyslete si nad věkem pacientů, chronicitou onemocnění a jinými determinantami, které mohou ovlivnit variabilitu skupiny, pro niž je vhodné vypracovat diferencovaný typ plánu.



Význam ošetrovatelských plánů

- plány slouží jako podklady k vyhodnocování kvality poskytované ošetrovatelské péče;
- plány představují spolu s dalšími oddíly sesterské dokumentace oficiální právní doklad o kvalitě i kvantitě, vhodnosti a přiměřenosti poskytované ošetrovatelské péče danému P/K v dané fázi onemocnění;
- plány lze využít i v oblasti ošetrovatelského výzkumu.

Kategorizace plánů ošetrovatelské péče:

- dlouhodobé** - zahrnují celé období péče o P/K, včetně období rekonvalescence (plány prognostické);
- střednědobé** (v aktuální ošetrovatelské klinické praxi se často ne zcela přesně označují jako dlouhodobé). Jejich trvání je omezeno stavem P/K, mění se při změně jeho zdravotního stavu či při změně jeho ošetrovatelských problémů a potřeb. V průběhu péče se tyto plány aktualizují a je-li průběžných změn tolik, že je stále obtížnější se v dlouhodobém plánu orientovat, vypracuje se nový plán s vyšším pořadovým číslem (viz obrázek 12);
- krátkodobé** (běžněji označované jako denní plány). Může se dle potřeb konkrétního pracoviště jednat také o plány vypracované pouze pro jednu směnu;
- standardní** – jejich pozitivem je úspora času v denní ošetrovatelské realitě. Musí být pravidelně revidovány a obnovovány. Základ tvoří ošetrovatelskou komunitou respektovaný obsah. Standardní plány je nutné vždy pro klienta individualizovat;
- vstupní ošetrovatelské plány** - vznikají při přijetí klienta do ošetrovatelské péče na oddělení nebo v terénní péči. Zahrnují výstupy prvních 3 kroků ošetrovatelského procesu a plánovaná data pro zhodnocení výsledků poskytnuté péče;
- průběžné ošetrovatelské plány**. Vstupní plány jsou v průběhu ošetrovatelské péče korigovány a doplňovány. Zahrnují výstupy i 5. kroku oš. procesu - výsledky zhodnocení.

Průvodce studiem

Při plánování se sestra soustřeďuje zejména na stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů P/K. Určuje výsledná kritéria a podle zformulovaných problémů, plánuje nezávislé, závislé a součinné sesterské intervence na řešení zdravotních problémů P/K v oblasti prognózy, diagnostiky, terapie a edukace.



Ošetrovatelský plán č. 1		Platný od 15. 2. 2016 Platnost ukončena 26. 2. 2016		
Jméno a příjmení P/K: Jan Z., 1965				
Problém P/K - ošetrovatelská diagnóza	Ošetrovatelské cíle	Plánovaná péče/ intervence	Realizace	Vyhodnocení
1. Deficit sebeděže při koupání (00108) UZ - zhoršená schopnost dostat se do koupelny, umýt si a usušit si tělo, regulovat vodu pro koupání SF – neuromuskulární poškození (RS), slabost	- P/K dojde do koupelny s doprovodem a s oporou (chodítka) - P/K je osprchován nejméně 4x týdně a dále dle potřeby	- dohodnete se s P/K na době koupání a na rozsahu hygienické péče - zajistíte doprovod do koupelny s požadovanou oporou - zajistíte potřebné pomůcky k umytí těla - před samotným sprchováním ověřte teplotu vody - pomozte P/K do sprchy dle potřeby pomozte P/K umýt potřebné části těla a usušit je dle potřeby pomozte s ostříháním nehtů - zajistíte doprovod na pokoj - zajistíte úklid pomůcek a úklid koupelny	R-O	Datum: 24.2.2016 Sestra: Janděčková P/K došel do koupelny s pomocí chodítka a za doprovodu ošetrovatele P/K byl okoupán ve sprchovém koutě 4x týdně P/K byla poskytnuta asistence při sprchování a dokončení hygieny
2.				

Obrázek 12 Zjednodušený příklad střednědobého ošetrovatelského plánu

Průvodce studiem

V praxi existují tzv. standardizované ošetrovatelské plány, které vychází ze specifické problematiky ošetrovatelského procesu u určité skupiny pacientů (např. pacientů s cévní mozkovou příhodou nebo péče o fyziologického novorozence aj.). Tyto plány obsahují nejtypičtější ošetrovatelské diagnózy, cíle a intervence. Nicméně vždy je třeba ke každému P/K přistupovat individuálně (u P/K s určitou medicínskou diagnózou může sestra určit naprosto odlišné ošetrovatelské diagnózy a také je jinak priorizovat).



Cíle/ očekávané výsledky ošetrovatelské péče

Cíl je žádoucí výsledek nebo jeho změna na jeho cestě za zdravím. Cílem ošetrovatelské péče je uspokojení potřeb pacienta, odstranění nebo zmírnění definovaného problému (Kozierová a Erbová, Olivierová, 1995). Cíle mohou odrážet navrácení zdraví, udržení zdraví nebo upevnění zdraví. Podle možností by měla cíl znát nejen sestra, popř. jiný člen ošetrovatelského týmu, ale také P/K.

Průvodce studiem

Pokud sestra pracuje s klasifikací ošetrovatelských diagnóz NANDA-I, určitě bude znát i klasifikaci NOC (Nursing Outcomes Classification) - Klasifikaci ošetrovatelských výsledků. Klasifikace nabízí pro každou ošetrovatelskou diagnózu NANDA International soubor NOC výsledků s hodnotícími škálami – viz např. 1619 – Selfmanagement diabetu nebo 2300 - Vybrané laboratorní ukazatele sledované při diabetu mellitu (Kudlová, 2015, s. 48-52).



Krátkodobé a dlouhodobé cíle

Cíle lze stanovit krátkodobé a dlouhodobé. *Krátkodobý cíl* se týká bezprostředně následujícího období (příštích hodin nebo dnů). Krátkodobý cíl má mít stanoven každá ošetrovatelská diagnóza.

Krátkodobé cíle by měly být:

- **specifické** – k tomu využíváme sloves, kterými vyjadřujeme dosažení cíle (pacient řekne, vypije, cítí, provede, uvádí, napíše, rána secernuje, se zmenší aj.)
- **měřitelné** – obsahují očekávané měřené, časové nebo jiné upřesňující hodnoty
- **realistické** – je třeba si zodpovědět otázku: zda je P/K skutečně schopen cíle dosáhnout, např. večer se umýt sám u umyvadla po laparoskopické operaci apendixu aj.

Dlouhodobý cíl se vztahuje k delšímu časovému období, např. ke konci hospitalizace. Také se využívají u P/K s chronickými obtížemi, v domácí péči a v doléčovacích zařízeních.

Dlouhodobý cíl může být stanoven:

1. *pro P/K s akutním onemocněním*, u něhož se neočekává chronicita ani trvalé postižení – P/K se plnohodnotně vrátí do svého života;
2. *pro P/K s chronickým onemocněním* nebo s různým stupněm poruchy soběstačnosti – P/K se adaptuje na limitovaný/omezený život;
3. *pro P/K v terminálním stádiu* – P/K bude mít zajištěno klidné a důstojné umírání a smrt;

4. pro blízké P/K – např. pro maminku resp. rodiče malého dítěte s chronickým onemocněním, nebo pro rodinného pečovatele, pro rodinu umírajícího aj.

Průvodce studiem

Vzhledem k tomu, že se sestra v běžné praxi většinou zaměřuje na bezprostřední potřeby P/K, je většina cílů krátkodobých.



Plánování ošetrovatelských činností/ intervencí

Po stanovení ošetrovatelských cílů plánuje sestra (nejlépe ve spolupráci s pacientem a jeho blízkými, s ošetrujícím lékařem, nutričním terapeutem aj.), jakým způsobem lze nejlépe stanovených cílů dosáhnout. Naplánování skutečně účinné péče je založeno na těchto požadavcích:

1. sestra je schopna správně identifikovat problémy pacienta
+ uplatňuje kritické myšlení a umí identifikovat příčinné souvislosti mezi stanoveným cílem a indikovanými intervencemi;
2. při plánování péče bere sestra v úvahu i ošetrovatelské problémy a rizika vyplývající z lékařské diagnózy;
3. sestra má dostatek odborných znalostí a zkušeností, aby plánovala skutečně to, co je pro pacienta nejprospěšnější.

Co to v praxi znamená?

Ne všechny ošetrovatelské intervence/zásahy jsou založeny na ošetrovatelských diagnózách (tzn., sestry jsou také povinny zajistit všechny lékařské ordinace, rovněž provádí intervence, které vyplývají z organizačních protokolů – jde o tzv. tripartitní model ošetrovatelské praxe) (Herdman a Kamitsuru [Eds.], 2015, přeložila Kudlová).

Tripartitní model ošetrovatelské praxe

Tripartitní model se týká ošetrovatelské praxe jako celku, což zahrnuje nejen přímou péči o pacienta, ale také kooperaci a mezioborovou spolupráci a organizační zabezpečení péče. Existují tři základní „pilíře“ tohoto modelu, z nichž každý představuje různá teoretická východiska/standards, jež uvádí odůvodnění pro ošetrovatelské intervence: 1/ lékařské standards péče, 2/ ošetrovatelské standards péče a 3/ organizační standards. To vše vede k ošetrovatelským intervencím nebo činnostem, z nichž některé jsou a/ závislé (pod přímým vedením), jiné b/ částečně závislé (pod odborným dohledem) nebo c/ nezávislé (bez odborného dohledu a indikace).

Průvodce studiem

Osvěžte si znovu kompetence sester (viz kapitola 1 - Koncepce ošetrovatelství, poslání a funkce sestry).



Jakým způsobem se tvoří intervence?

Intervence by měly být zaměřeny na související (etiologické) faktory, kdykoliv je to možné. Avšak někdy to možné není, a proto se intervence volí tak, aby potlačovaly nebo alespoň zmírnily určující znaky (symptomy).

Např. ošetřovatelská diagnóza **Akutní bolest** - 00132, u které se budou intervence zaměřovat na jiné body zájmu. V prvním případě na související faktory, ve druhém případě pouze na zmírnění určujících znaků.

a/ **Akutní bolest** – 00132; *související faktory*: nevhodná technika při zvedání těžkých předmětů, vadné držení těla; *určující znaky*: uvádí ostrou bolest zad, ochranné chování a pozice ve snaze vyhnout se bolesti. *Intervence* může sestra směřovat k symptomům/ k určujícím znakům (intervence ke zmírnění bolesti), ale také k etiologii/souvisejícím faktorům (edukace ohledně správných technik zvedání, správné mechaniky těla a cvičení k posílení zádových svalů).

b/ **Akutní bolest** – 00132; *související faktory*: operace; *určující znaky*: uvádí ostrou řezavou bolest, VAS 6, ochranné chování a pozice ve snaze vyhnout se bolesti. *Intervence* nemůže sestra směřovat s cílem odstranit kauzativní faktor (operace), takže všechny intervence jsou směřovány k potlačení symptomů (intervence ke zmírnění bolesti) a prevenci příp. komplikace, která by bolest prohloubila a prodloužila – např. dehiscence operační rány.

Volba intervencí pro konkrétního P/K je také ovlivněna závažností a trváním ošetřovatelské diagnózy, účinností intervencí, ordinacemi lékaře, preferencemi P/K, směrnicemi organizace a schopností intervenci provést (např. zda je intervence reálně možná).

Průvodce studiem

Zapamatujte si, že **nepotřebujete mít ošetřovatelskou diagnózu pro každou ošetřovatelskou aktivitu** a rozhodně nepřejmenovávejte lékařské diagnózy nebo pojmy tak, abyste vytvářeli ošetřovatelské diagnózy!



Nejpropracovanější terminologií ošetřovatelských intervencí je klasifikace NIC (Nursing Intervention Classification). Pro každou ošetřovatelskou diagnózu NANDA International jsou v NIC klasifikaci uvedeny vhodné ošetřovatelské intervence a pod ně spadající činnosti.

Při plánování ošetřovatelské péče si sestra vybere pouze takové intervence a činnosti, které jsou směrem k UZ, SF a RF účelné – viz např. 2120 - *Postup při hyperglykémii dle NIC nebo při hypoglykémii* - 2130 (Kudlová, 2015, s. 45-47).

Fáze plánování

Fáze plánování má šest částí

1. vytyčení/stanovení priorit
2. vytyčení/stanovení pacientových cílů a výsledných kritérií (resp. kritériální cíle)
3. plánování ošetrovatelských intervencí
4. záznam sesterských ordinací/intervencí
5. sepsání plánu ošetrovatelské péče
6. konzultování

Každá fáze je charakteristická určitými rysy, které je nezbytné respektovat při plánování péče v klinické praxi.

ad 1/ Vytýčení/stanovení priorit

Vytýčení priorit znamená stanovení nebo určení preferenčního pořadí ošetrovatelských diagnóz. Ošetrovatelské diagnózy jsou seřazené do skupin podle **vysoké** (problémy ohrožující život), **střední** (problémy ohrožující zdraví) a **nízké** (ohrožující vývoj osobnosti) důležitosti/ **priority**. Ke stanovení míry důležitosti se používá Maslowova hierarchie potřeb nebo ošetrovatelské modely/teorie. Stanovené *priority* se musí měnit podle aktuálního stavu P/K, také podle vývoje pacientovy terapie. Na stanovení priorit by se měl podílet také pacient. Při ohrožení pacientova života přebírá iniciativu sestra.

Příklady priorit

- **vysoká priorita** – Riziko infekce (močových cest) pro zavedený močový katetr (možnost sepse);
- **střední priorita** - Riziko dehydratace pro zvýšenou TT a pocení (pokud nebudou včas hrazeny tekutiny, hrozí dehydratace);
- **nižší priorita** – Nedostatečné znalosti o nežádoucích účincích ATB léčby – (UZ – nedostatečné znalosti o nežádoucích účincích – např. průjem, alergie aj.; SF – nedostatek informací. Po dobu pacientovy hospitalizace nežádoucí účinky sleduje zdravotnický personál. Před propuštěním do domácí péče bude pacient edukován...).

Faktory, které mohou ovlivňovat stanovení priorit u pacienta i u sestry:

- *hodnota a názory na zdraví P/K*: hodnoty týkající se zdraví, které jsou podstatné pro zdravotnický personál, nemusí být důležité pro pacienta (*rozdílná hierarchie potřeb*);
- *dostupné prostředky a materiální a personální vybavení*: např. pokud není dostatečně vybaven materiály vlhkého hojení, pomůcky nejsou dostatečně hrazeny nebo nedostane pacient příspěvek na dietu, nemůže nebo nebude chtít adekvátně dodržovat doporučený léčebný režim (sám nebude

motivován k dodržování diety, k výměně aplikační jehly/setu, k výměně obvazu aj., dojde ke komplikacím, k dekompenzaci aj.);

- *čas potřebný na ošetrovatelské výkony*: u jednotlivých P/K je velmi individuální;
- *naléhavost zdravotního problému a plán léčebné péče*: priority sesterské péče musí být v souladu s léčbou ostatních zdravotnických pracovníků, zejména s lékařskou ordinací.

ad 2/ Vytýčení/stanovení pacientových cílů a výsledných kritérií

Cíl je očekávaný výsledek nebo změna. Cíle *směřují k navrácení* zdraví, **udržování** zdraví nebo **upevňování** zdraví. Jsou vytyčovány v termínech *očekávaného chování pacienta, očekávané změny pacientova stavu* po ošetrovatelských zásazích/intervencích, ne v termínech ošetrovatelských činností (Kozierová a Erbová, Olivierová, 1995).

Pacientovy cíle **se odvozují od ošetrovatelské diagnózy**, tj. od očekávané specifické pacientovy odpovědi. Pro jejich formulace se doporučuje používat slova jako např. *zvyšování, snižování, zlepšování, znovuzískávání, obnovení, upravení, zachování, rozvíjení* aj.

Příklady:

Akutní bolest – *zmírnění bolesti*, Riziko infekce – *omezení rizika infekce*, Zhoršená paměť – *zlepšení paměti*, Nedostatečné znalosti – *zlepšení znalostí*, Obezita – *snížení hmotnosti/BMI* aj.

Cíle **jsou široce vymezovány**, proto **je třeba je dále specifikovat**. K tomu slouží **výsledná kritéria**, ta *jsou specifická a měřitelná* (tabulka 10).

Kriteriální cíle – formulace verifikovaných očekávaných výsledků s jejich kvantifikací a odhadovanými časovými limity.

Charakteristiky dobře stanovených výsledných kritérií:

- každé výsledné kritérium souvisí s daným cílem;
- výsledek stanovený kritériem je dosažitelný;
- každé výsledné kritérium se týká jediného specifického výsledku;
- každé výsledné kritérium má být co nejvíce specifické a konkrétní - to pak ulehčuje měření;
- každé kritérium je zhodnotitelné nebo měřitelné - výsledek můžeme vidět, slyšet, cítit nebo změřit jinou osobou.

Součásti výsledných kritérií:

1. **podmět** = pacient nebo jeho část, vlastnost aj., může se vynechat, pokud se předpokládá a je zřejmé

2. **sloveso** = činnost, kterou má pacient vykonat, označují se jimi přímo sledovatelné výkony, např. *předvede, ukáže, chodí, pije, uvede...*

3. **podmínky nebo modifikátory** = předmět, místo, čas, způsob, které se přidávají ke slovesu pro vysvětlení okolností, za kterých se činnost děje, vysvětlují **co, kde, kdy a jak**

Příklady

- *pacient chodí s oporou (hůlka, berle aj.)* = jak;
- *po absolvování skupinové edukace osoba s DM vyjmenuje alespoň 5 příznaků DM* = kdy, co;
- *v léčebně dlouhodobě nemocných si pacient udrží soběstačnost...* = kde, co;
- *pacient konzumuje jídlo s nižším obsahem soli než doposud* = co, jak;

Tyto podmínky **není třeba uvádět**, pokud jasně vyplývají z norem nebo ze standardizované činnosti.

4. **kritéria očekávaných výsledků** = **vzor**, pomocí kterého můžeme hodnotit výkon = **úroveň**, na které bude pacient výkon provádět

- specifikují čas, rychlost, přesnost, vzdálenost, kvalitu
- sestra si klade otázky: „**Jak dlouho? Za jaký čas? S jakou přesností? Jak daleko? Jaká je očekávaná norma?**“

Příklady:

- *sníží hmotnost 0,5-1 kg za týden* = kvantita, čas;
- *určí 4 z 5 příznaků diabetu* = přesnost;
- *projde se k umyvadlu 3x/den* = čas, vzdálenost;
- *při aplikaci inzulínu dodržuje aseptický postup* = kvalita.

Další příklady jsou uvedeny v tabulce 10.

Tabulka 10. Součásti výsledných kritérií

Podmět	sloveso	Podmínky/modifikanty	Plánovaná úroveň výkonu
P/K	vypije	2000 ml tekutin	denně (čas)
P/K	si aplikuje	správnou dávku inzulínu	asepticky (kvalita)
P/K	provádí	cvičení dolních končetin	dle instrukcí rehabilitačního pracovníka (způsob provedení)
P/K	užívá	Klacid 500 mg (ATB) per os	co 12 h (čas)
P/K	vyjmenuje	alespoň 3 příznaky střední hypoglykemie	po edukaci (přesnost)
P/K	provádí	dechová cvičení (prodloužený výdech, otevřený výdech a štěknutí)	od 1. pooperačního dne 3× denně (čas)
P/K	vybere	ze seznamu jídla s vysokým glykemickým indexem	po individuální edukaci před propuštěním ze (forma edukace, čas)
Hodnota BMI P/K	klesne	z 31 na 30 bodů	za 2 týdny pomocí redukční diety a cvičení (čas, způsob/metoda redukce hmotnosti)
Akutní rána nebo čerstvě očištěná chronická rána	secernuje	maximálně	prvních 24 hodin (kvantita, čas)
P/K	střídá	místa vpichu pro s.c. aplikaci inzulínu	systematicky dle doporučeného schématu (a s využitím vhodné šablony) (způsob, metoda)
Tlak u pacienta	nepřekračuje	130/80 Torr	večer (čas)
P/K	sníží	svou hmotnost	ze 78 na 75 kg za měsíc (kvantita a čas)
P/K	chodí	kolem svého lůžka	4× za den (čas, vzdálenost)

Pokyny pro psaní cílů a výsledných kritérií:

1. **pište** cíle a výsledná kritéria v termínech výkonů P/K (co bude vykonávat P/K a ne sestra);
2. **dbejte**, aby cíl odpovídal ošetřovatelské diagnóze a výsledná kritéria cíli, validizujte výsledky;
3. **dbejte**, aby byly výsledná kritéria splnitelná vzhledem k schopnostem P/K, jeho vnějším (peníze, vybavení, pomoc rodiny, sociální služby atd.) a vnitřním omezením a určenému času;
4. **dbejte**, aby P/K přisuzoval cílům význam, který odpovídá jeho hodnotové oblasti, do které patří. Teprve pak budou cíle motivačním činitelem. Jen motivovaný pacient, který považuje cíl za významný, je ochoten vynaložit energii na jeho dosažení;
5. **dbejte**, aby cíle a výsledná kritéria byly v souladu s prací ostatních zdravotníků (např. s léčbou atd.);

6. **dbějte**, aby se cíl odvozoval vždy od jedné ošetrovatelské diagnózy, při psaní výsledných kritérií používejte objektivní, měřitelné pojmy; vyhýbejte se nic neříkajícím výrazům - *zvýšená účast na společenských aktivitách, časté denní cvičení* aj. (Kozierová a Erbová, Olivierová, 1995).

ad 3/ Plánování ošetrovatelských intervencí

Ošetrovatelské zásahy/intervence jsou činnosti sester, které se zaměřují na **odstranění** nebo **zmenšení příčiny** problému. Pokud sestry volí zásahy pro potencionální ošetrovatelské diagnózy, musí být tyto intervence zaměřené na **omezení faktorů**, které přispívají ke vzniku obtíží.

Výběr ošetrovatelských intervencí = rozhodovací proces, sestra vybírá různé alternativy řešení pacientových problémů, zvažuje důsledky těchto možností a nakonec jednu z nich zvolí. Pacient a sestra mohou v této fázi používat více metod na vytváření alternativ ošetrovatelských intervencí: např. brainstorming, používání hypotéz, domněnek, odvozování údajů ze známých faktů (extrapolace). Doporučuje se vytvořit asi 3-5 alternativ ošetrovatelských intervencí.

Zvážení důsledků ošetrovatelských intervencí včetně posouzení rizik.

Např. *strategie „poskytnout přesné informace“ může u pacienta vyvolat různé reakce - zvýšení úzkosti, snížení úzkosti, potřebu kontaktu s lékařem, snahu opustit nemocnici, úlevu aj.* Aby mohla sestra správně předvídat důsledky, musí mít znalosti a zkušenosti.

Výběr ošetrovatelských intervencí

- sestra volí jednu nebo více neúčinnějších ošetrovatelských intervencí;
- na volbě by se měl podílet i pacient.

Pomocná kritéria pro výběr intervence:

1. bezpečná a odpovídající věku, zdravotnímu stavu klienta atd.;
2. dosažitelná s použitím existujících prostředků;
3. slučitelná s pacientovým systémem hodnot a víry;
4. slučitelná s jinými léčebnými metodami;
5. založená na vědomostech a zkušenostech ošetrovatelství nebo příbuzných věd;
6. odpovídající zákonům, normám a standardům platným v dané zemi.

ad 4/ Záznam sesterských ordinací

- aktivity sestry, příkazy = specifické zásahy konané sestrou (zdrav. asistentem) pro dosažení vytýčených cílů ošetrovatelské péče
- to, jak podrobně jsou sesterské ordinace uváděny, závisí na specializaci pracovníků, kteří je budou vykonávat, měly by být ale co nejpřesnější.

Pět součástí sesterských ordinací:

1. **Datum**, kdy byly napsané a je třeba je pravidelně kontrolovat podle potřeb pacienta, frekvence kontrol závisí na péči, kterou pacient potřebuje,
např. na JIP plán péče monitorujeme a revidujeme neustále, v primární péči je dostačující provádět kontroly např. jednou týdně
2. **Akční sloveso**, začíná se jím příkaz, musí být přesné
3. **Obsahová oblast** – specifikace „**kde**“ a „**co**“ v daném příkaze, *např.: přiložit elastický obvaz na obě DK*
4. **Časový prvek** odpovídá na otázky „**kdy**“, „**jak dlouho**“ a „**jak často**“ se má oš. aktivita vykonávat
5. **Podpis** sestry je zákonné převzetí zodpovědnosti za ordinaci.

Sesterské ordinace můžeme rozdělit na:

- ordinace sesterského řešení problému (jeho odstranění, zmírnění, prevenci), toto je náplň většiny sesterských ordinací;
- ordinace vedoucí k získání dodatečných údajů pro přesnější definování problému a ulehčení jeho řešení;
- ordinace k předávání informací o řešení problému.

ad 5/ Dokumentace plánu ošetrovatelské péče

Dokumentace je písemný návod, který podává organizované informace o pacientově zdraví v logickém celku. Zaměřuje se na zásahy, které musí sestra provést jako odpověď na zjištěné ošetrovatelské diagnózy ke splnění stanovených cílů pacienta.

Formulář by měl obsahovat:

- individuální **ošetrovatelské diagnózy**;
- očekávané výsledky péče - **ošetrovatelské cíle**;
- plánované ošetrovatelské výkony - **ošetrovatelské intervence a činnosti**;
- **plán realizace péče** - (hodina, datum, služba frekvence, odpovědný oš. pracovník);
- **data pro zhodnocení** dílčích a finálních výsledků poskytované péče.

Kdy je třeba revidovat plán ošetrovatelské péče?

Neexistuje standard pro četnost revizí. Záleží to na stavu pacienta, závažnosti a složitosti péče stejně jako standardech organizace. Obecně platí, že minimální četnost má být každých 24 hodin, ale na jednotkách intenzivní péče (JIP) a v případě složitého stavu pacienta by se měla provádět revize jednou i vícekrát za směnu (Herdman a Kamitsuru [Eds.], 2015, s. 106, přel. Kudlová).

Co znamená „revidovat“ plán péče?

Je to opětovné posouzení aktuálního stavu pacienta a identifikování současných lidských reakcí, které vyžadují ošetrovatelskou intervenci, což znamená revizi těch, které se už předtím měly stanovit:

1. Přetrvávají dříve identifikované diagnózy?
2. Jsou stále vysoce prioritní?
3. Zlepšují se, nemění se, zhoršují se?
4. Jsou současné intervence účinné? Bylo dosaženo/částečně dosaženo požadovaného výsledku?
5. Identifikovali jste správnou reakci na hrozbu (diagnostikovali jste přesně)?

Všechny tyto otázky vyžadují pokračující posuzování pacienta. Když se pomocí intervence nedaří dosáhnout stanovených výsledků, nemá smysl v této intervenci pokračovat. Je možné, že se nám nepodařilo něco zaznamenat? Jaká další data musíte sesbírat, abyste identifikovali další problémy? Souhlasí s vámi pacient v otázce prioritizace péče? Existují jiné intervence, které mohou být efektivnější? Toto všechno je součástí přezkoumávání a revize plánu péče.

Posouzení a vyhodnocení by se měla dělat vždy, když se na pacienta díváte, hovoříte s ním nebo se jej dotýkáte, a pokaždé, když jste v kontaktu s jeho rodinou a s daty v jeho záznamu pacienta (Herdman a Kamitsuru [Eds.], 2015, s. 104, přel. Pavla Kudlová).

Cílem plánu (ošetrovatelské) péče je:

1. usměrňovat individualizovanou péči o pacienta, i když mohou být vypracovány standardizované plány péče. Ty ale zajišťují poskytování minimálních přijatelných standardů péče, proto musí být individualizovány;
2. zabezpečovat kontinuitu péče;
3. pomáhají určit, které z potřeb pacienta je třeba dokumentovat v jeho záznamu, tzn., které oš. zásahy se provedou, jaké informace se podají pacientovi nebo rodině aj.;
4. sloužit jako měřítko pro přidělování oš. personálu pacientovi;
5. slouží jako podklad pro úhradu zdravotnických služeb např. pro pojišťovny.

Formuláře pro plány péče: např. HINZ, obsahují různé údaje o pacientovi.

POKYNY PRO PSANÍ plánu péče:

1. uvést datum a podpis sestry;
2. používat názvy dle částí oš. procesu;
3. stvrdit podpisem splnění nebo změnu cílů;
4. uvádět oš. zásahy samostatně pro každý cíl a dle pořadí důležitosti;
5. používat medicínské symboly a uznávané zkratky pro vyjádření klíčových slov;
6. uvést v plánu zdroje informací o procedurách místo jejich podrobného popisu - odkazy na standardy;
7. přizpůsobit plán jedinečným charakteristikám pacienta, včetně jeho volby priorit;
8. zajistit, aby plán obsahoval nejen léčebné, ale i preventivní a zdraví chránící aspekty;
9. zahrnout do plánu i koordinační aktivity a spolupráci s ostatními profesemi;
10. součástí plánu by mělo být i propuštění pacienta a potřeby domácí péče, toto je třeba často konzultovat s jinými pracovníky a agenturami.

Každý ošetrovatelský pracovník by měl získat následující informace o péči o konkrétního P/K:

- jaké má P/K hlavní problémy;
- jaké jsou krátkodobé a dlouhodobé cíle naplánované péče;
- jaká péče by se měla poskytnout k zajištění potřeb P/K;
- které výkony již byly provedeny;
- jak dalece P/K pokročil ke stanovenému cíli (či naopak).

Tyto informace jsou zachyceny v písemných plánech a sestry si je poskytují při předávání služeb nebo na krátkých poradách ošetrovatelských týmů.

ad 6/ Konzultace

konzultace je proces, kdy se sestra radí o odborných otázkách, může vyhledávat radu a objasnění nebo je naopak zdrojem informací pro jiné zdravotnické pracovníky. Sestry většinou ověřují své nálezy, uplatňují změnu a získávají další informace, protože žádná sestra ve svém oboru nemůže ovládat vše.

Proces konzultací zahrnuje 6 stupňů:

1. identifikace problému;
2. získání příslušných údajů o P/K;
3. výběr konzultanta;
4. komunikace o problému a příslušných informacích, pacientových pozitivěch, negativěch, jasných a objektivních informacích;
5. diskuze s konzultantem o jeho doporučeních;
6. začlenění doporučení do plánu péče a vyhodnocení jejich účinnosti.

Úkol - cvičení

Zpracujte plán pro dvě vybrané ošetrovatelské diagnózy: akutní bolest, riziko zácpy u pacienta: Nemocný 48 let je třetí den po operaci kýly, má dietu č. 3, stěžuje si na bolesti břicha, nadýmání. Vzhledem k těmto obtížím polehává na lůžku a málo chodí. Obával se komplikací v operační ráně. Na stolici zatím nebyl. Z důvodu nadýmání se mu obtížně dýchá.

Plánování propuštění pacienta

Plánované propouštění pacienta (PPP) je důležitým nástrojem v programu kontinuálního zvyšování kvality a v systému řízené péče. Je proces, jehož okamžitým krátkodobým cílem je předvídat změny v potřebách pacienta a dlouhodobým cílem je zajistit kontinuitu péče. Vychází z předpokladu, že P/K má nejen právo na informaci týkající se své diagnózy a léčby, ale také právo spolurozhodovat o způsobu péče během hospitalizace a po svém propuštění (Škrla, Škrlová, 2003).

PPP je plánováno od začátku hospitalizace. Velký důraz je kladen na spolupráci koordinátora, samotného pacienta a jeho příbuzných či laických ošetrovatelů. Všichni profesionálové dokumentují svou činnost, upřednostňuje se společná dokumentace. Ve zdravotnickém zařízení by měly být vypracovány přesně definované směrnice pro překlad pacienta do jiných typů léčebných zařízení (Škrla, Škrlová, 2003).

Koordinátorka

- musí mít přehled o skutečném stavu P/K před propuštěním (obrázek 13)
- musí znát veškeré zdroje (organizace, instituce, charity, sdružení) nabízející formy neakutní péče v komunitě, jejich kritéria přijetí nebo péče a jejich kapacitu
- musí vyhodnotit podpůrný systém P/K a přesvědčit se, zda prostředí, do kterého se P/K vrací, je schopno zajistit potřebnou péči, v jakém rozsahu, a s jakými podmínkami (obrázek 13)
- musí co nejdříve zajistit informovaný souhlas P/K a jeho rodiny s realizací další etapy léčby.

Příklady P/K, kteří potřebují zajistit kontinuitu péče:

- P/K potřebuje pomoc se sebed péčí;
- P/K je starší než 65 let, obzvláště 75 a více;
- P/K trpí chronickým onemocněním nebo jeho nemoc bude mít dlouhodobé následky (rakovina, chronické selhání ledvin, diabetes, CHF);
- P/K má problémy s ubytováním;
- P/K není orientován nebo není schopen se sám rozhodovat;
- P/K má problémy s medikací (nový diabetik-injekce insulínu, nedodržování režimu);
- P/K s kolostomií nebo ileostomií;

- P/K vyžadující následnou rehabilitaci;
- P/K na kyslíku;
- P/K s kanylou nebo dlouhodobě na IV terapii (Škrla, Škrlová, 2003).

Výhody efektivního a včasného PPP:

PPP snižuje hospitalizační dobu, snižuje čekací dobu P/K na umístění v LDN nebo jiných institucích, snižuje možné finanční ztráty, zvyšuje kvalitu života P/K i kvalitu a kontinuitu péče.

Záznamová karta PPP — součást ošetrovatelské dokumentace		
Jméno pacienta:	Věk:	Oddělení:
Pacient žije:		
<input type="checkbox"/>	sám	
<input type="checkbox"/>	s následující osobou	
<input type="checkbox"/>	není známo místo pobytu	
Plánované místo pobytu po propuštění:		
<input type="checkbox"/>	domov	
<input type="checkbox"/>	jiné místo	
<input type="checkbox"/>	není ještě určeno	
V minulosti pacient využíval následujících zdrojů/služeb v obci:		
<input type="checkbox"/>	pečovatelská služba	
<input type="checkbox"/>	hospic	
<input type="checkbox"/>	denní stacionář pro dospělé	
<input type="checkbox"/>	sdružení věřících	
<input type="checkbox"/>	jiné zdroje/služby	
Způsob převozu po propuštění:		
<input type="checkbox"/>	vozem	
<input type="checkbox"/>	autobusem	
<input type="checkbox"/>	ambulancí	
<input type="checkbox"/>	taxi službou	
Předpokládají se po propuštění finanční problémy?		
<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		NE
Bude pacient schopen pečovat o sebe?		
<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		NE
Bude pacient po propuštění potřebovat nějaké pomůcky?		
<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		NE
Pacient potřebuje zařídit schůzku s:		
<input type="checkbox"/>	koordinátorkou plánovaného propuštění	
<input type="checkbox"/>	sociální pracovníci	
Poznámky:		
Podpis:		Datum:

Obrázek 13 Záznamová karta PPP – součást ošetrovatelské dokumentace (Škrla, Škrlová, 2003, s. 213)

Shrnutí

Plánování velmi úzce navazuje na ošetrovatelskou diagnózu, pokračuje procesem šesti na sebe navazujících fází od vytýčení/určení priorit, stanovení pacientových cílů a výsledných kritérií, plánování ošetrovatelských intervencí, záznamu sesterských intervencí, dokumentace plánu ošetrovatelské péče a konzultace. Bez kvalitního a zodpovědného plánování nelze zajistit efektivní poskytování individualizované péče.



REALIZACE PLÁNOVANÉ PÉČE

Cíl

Po prostudování kapitoly byste měli být schopni:

- charakterizovat čtvrtou fázi ošetrovatelského procesu
- chápat význam realizace plánované péče
- pochopit a prosazovat potřebu koordinace ošetrovatelských i léčebných aktivit a vytvořit integrovaný plán péče
- poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči v rámci multidisciplinárního týmu
- plnit svoji roli a úkoly dané ošetrovatelským plánem



Klíčová slova

intervence, realizace, práva pacientů, ošetrovatelské postupy



Realizace (implementation) propojuje všechny fáze ošetrovatelského procesu. Ve fázi realizace je činnost sester zaměřena na dosažení naplánovaných cílů. Je to uplatnění ošetrovatelských intervencí zaznamenaných v ošetrovatelském plánu. V této fázi je poskytována cílená individuální ošetrovatelská péče, za kterou je sestra přímo odpovědná. Péče by měla vést k odstranění ošetrovatelských problémů nebo minimálně ke snížení jejich intenzity.

Při poskytování péče sestry současně plní lékařské ordinace a spolupracují s lékaři a dalšími zdravotnickými pracovníky v rámci multidisciplinárního týmu (např. s nutričním terapeutem, fyzioterapeutem aj.) (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995).

Průvodce studiem

Předpokladem pro zvládnutí této kapitoly je schopnost stanovit cíle ošetrovatelské péče a vytvořit ošetrovatelský plán pro konkrétního P/K. Dále pak znalost ošetrovatelských postupů, činností aj.



Typy ošetrovatelských činností

Činnost je aktivita související s rolí dané osoby. Rozlišujeme nezávislé, závislé a součinné (interdependentní) činnosti.

Úkol - cvičení

Uveďte příklady nezávislé, závislé a součinné (interdependentní) činnosti.



Realizační proces

Proces realizace ošetrovatelských intervencí běžně zahrnuje následující aktivity sestry:

- znovu posouzení P/K;
- validizaci plánu ošetrovatelské péče (ověření aktuálnosti plánu);
- vymezení potřeby pomoci sestry;
- realizaci ošetrovatelských činností;
- další sběr informací o průběhu ošetrovatelských činností;
- dokumentování (sestra zodpovídá za činnost, kterou provedla, podepisuje ji).

Ošetrovatelské intervence jsou zaměřeny na dosažení stanovených očekávaných výsledků, které vycházejí z obecných cílů (podpora zdraví, ochrana zdraví, navrácení zdraví, péče o umírající).

V samotné realizaci ošetrovatelských intervencí rozlišujeme šest významných aspektů:

1. individualitu P/K (individuální přístup);
2. potřebu pacientovy účasti;
3. prevenci komplikací (zásady asepse a antiseptiky);
4. zachování obranných mechanismů (např. celistvosti kůže polohováním aj.);
5. poskytnutí pohody a podpory P/K a
6. přesné a pečlivé provedení ošetrovatelských činností.

Ad 2/ Důležitou součástí realizace je posouzení schopnosti a možnosti P/K (jeho blízkých) zapojit se aktivně do ošetrovatelské péče.

Práce sestry podle stanoveného plánu přispívá ke komplexnosti péče, vyšší kvalitě péče a pozitivně ovlivňuje psychický stav pacienta. Důležitým faktorem je i to, že každá sestra odpovídá za činnosti, jejichž provedení stvrzuje podpisem.

Ve fázi realizace se můžeme setkat se třemi okruhy ošetrovatelské péče:

- ošetrovatelský tým poskytuje P/K individuální péči podle předem stanoveného plánu a dokumentuje její provedení;
- ošetrovatelský tým dokumentuje péči, která byla sice naplánovaná, ale z různých důvodů nebyla poskytnuta;
- ošetrovatelský tým poskytuje také neplánovanou péči, protože stav P/K i informace o něm se mohou dynamicky v průběhu ošetrovatelského procesu změnit.

Poskytování individuální péče podle plánu musí být dokumentováno v příslušném formuláři (např. "Vývoj stavu pacienta/pozorování"). Ošetřovatelská péče se uskutečňuje prostřednictvím péče, komunikace, pomoci, asistence, odborným poradenstvím, učením, obhajobou práv pacientů, ovlivňováním změn, vedením a řízením (role sestry).

Důležité podmínky pro realizaci ošetřovatelských činností

- ošetřovatelské činnosti jsou založeny na vědeckých poznatcích a výzkumu v ošetřovatelství. Sestra musí znát vědecké zdůvodnění všech zásahů, jako jsou vedlejší účinky nebo komplikace;
- sestra musí rozumět podstatě ošetřovatelských činností, které vyplývají z ordinací lékaře. Pokud má sestra jakoukoliv pochybnost týkající se realizace intervence, konzultuje tuto intervenci s nadřízenou sestrou nebo lékařem;
- ošetřovatelské činnosti je nutné individuálně přizpůsobit. Faktory, které mohou ovlivnit ošetřovatelské činnosti, jsou např. názory, hodnotový systém, pohlaví, věk, zdravotní stav P/K, faktory prostředí aj.;
- ošetřovatelské činnosti by měly být vždy bezpečné (nesmí dojít k poškození P/K);
- ošetřovatelské činnosti mají být vždy holistické (celostní);
- ošetřovatelské činnosti musí respektovat důstojnost P/K a zvyšovat jeho sebevědomí;
- ošetřovatelské činnosti vyžadují aktivní spolupráci a účast P/K.

Úkoly - cvičení

1. Popište, jakým způsobem byste provedli hygienu na lůžku, aniž byste narušili důstojnost P/K.
2. Které ošetřovatelské diagnózy jsou zaměřené na prevenci poškození a prevenci úrazů a jaké činnosti v rámci těchto diagnóz byste realizovali?



Shrnutí

Realizace je uplatnění ošetřovatelských intervencí zaznamenaných v plánu ošetřovatelské péče. Je to činnost zaměřená na dosažení požadovaného výsledku. Při realizaci ošetřovatelské péče se sestry řídí standardy zařízení, metodickými a závaznými pokyny, průvodci, návody a předpisy.



VYHODNOCENÍ

Cíl

Po prostudování kapitoly byste měli být schopni:

- charakterizovat poslední fázi ošetrovatelského procesu
- určit význam vyhodnocení
- určit metody získávání informací a objasnit jejich prospěšnost
- použít hodnotící nástroje k posouzení stavu zdraví, soběstačnosti a rizika komplikací
- chápat význam ošetrovatelského posouzení
- zjistit problémy pacienta a provést jejich analýzu



Klíčová slova

Ošetrovatelská péče, účinnost, specifická kritéria, vyhodnocení, klasifikace ošetrovatelských výsledků



Vyhodnocení

V této (poslední) fázi ošetrovatelského procesu sestra zjišťuje, zda u svěřeného P/K dosáhla stanovených očekávaných výsledků a do jaké míry, zda má plán revidovat nebo změnit. Průběžné hodnocení je cílevědomá činnost, prostřednictvím které sestry odpovídají za svou činnost a nepokračují v neúčinných intervencích. Hodnocení je nezbytné k uzavření každého cyklu ošetrovatelského procesu.

Průvodce studiem

Předpokladem pro zvládnutí následující kapitoly je realizace ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu.



Vyhodnocovací proces

1. Určení (stanovení) očekávaných výsledků (výsledných kritérií do plánu péče), podle kterých můžeme měřit dosažený cíl (stav pacienta).
2. Získání informací, které se týkají očekávaných výsledků (záznam poskytnuté péče a objektivní stav pacienta).
3. Srovnání získaných informací (objektivní stav pacienta) se stanovenými očekávanými výsledky (v plánu péče).
4. Srovnání plánovaných ošetrovatelských činností s výsledky u pacienta (jeho stavem).
5. Revize plánu péče.
6. Modifikace plánu péče.

Vyhodnocení očekávaných výsledků:

1. CÍLE BYLO DOSAŽENO (bolest vymizela).
2. CÍLE BYLO DOSAŽENO ČÁSTEČNĚ (bolest se zmírnila).
3. CÍLE NEBYLO DOSAŽENO (bolest trvá se stejnou intenzitou).

Hledáme také odpovědi na otázky:

- Existuje problém stále?
- Vznikl nový problém?
- Vznikl potenciální problém?
- Změnily se priority?
- Které faktory působily na nesplnění cíle?
- Byly přehlednuty závažné informace?
- Byly údaje nesprávně analyzovány?
- Byly cíle realistické?
- Byla sesterská intervence dostatečně odborná?
- Existují jiné cesty jak dosáhnout cíle?

Pro provedení hodnocení ošetrovatelského zásahu jsou potřebné:

1. Vybrané znalosti sestry:
 - klientovy cíle a kritéria;
 - klientovy reakce na ošetrovatelské zásahy.
2. Vybrané schopnosti sestry:
 - doporučit taktiku k dosažení cílů;
 - získat informace pro srovnání s plánem (Kozierová a Erbová, Olivierová, 1995)

Častost hodnocení závisí na situaci (hodnocení na JIP se provádí častěji).

Hodnocení kvality péče

Pro zajištění kvality péče se vypracovává na mezinárodní úrovni klasifikace ošetrovatelské praxe - ICNP a na národní úrovni standardy ošetrovatelských intervencí, všeobecné péče, péče o pacienty se specifickými potřebami, standardy péče o P/K s konkrétními klinickými stavy aj.

Typy vyhodnocení

Podle toho, kdy se hodnocení provádí, existují **3 typy hodnocení**:

- hodnocení termínované;
- hodnocení průběžné;
- hodnocení souhrnné (závěrečné).

Termínované hodnocení účinnosti ošetrovatelské péče

- týká se základního (vstupního) ošetrovatelského plánu, kde jsou zpravidla stanoveny konkrétní krátkodobé cíle a předpokládaný termín, kdy jich bude dosaženo;
- mělo by ukázat, jakého pokroku bylo dosaženo, popřípadě nebylo dosaženo;
- provádí se na konci prvního cyklu ošetrovatelského procesu;
- sestra využívá opakovaně různé měřicí techniky a testy.

Při termínovaném hodnocení se sestra zaměřuje na otázky:

- do jaké míry se klient přiblížil vytyčeným cílům;
- zda bylo dosaženo očekávaných výsledků;
- zda se objevila potřeba další péče;
- co bylo opomenuto v prvním cyklu ošetrovatelského procesu;
- co se přihodilo nečekaného.

Nedošlo-li k žádnému zlepšení, snaží se sestra najít příčinu:

- v oblasti ošetrovatelských diagnóz;
- v oblasti krátkodobých cílů;
- v oblasti plánovaných intervencí;
- v práci personálu;
- nespolupráci P/K.

Průběžné hodnocení

- Tvoří integrální součást celého ošetrovatelského procesu, protože se provádí neustále (počínaje hodnocením P/K a jeho potřeb a konče propuštěním P/K ze zdravotnického zařízení).
- Sestra hodnotí poskytovanou péči v průběhu všech fází ošetrovatelského procesu, protože součástí každé fáze je i hodnocení.

Závěrečné hodnocení

Souhrnné závěrečné hodnocení provádí sestra v případě, že P/K předává do péče jiné instituci nebo osobě. Zahrnuje celkový pohled sestry i P/K na péči, která je mu poskytována a hodnocení jednotlivých cílů.

Součástí hodnocení je jak *a/ ošetrovatelský souhrn*, který informuje příští sestru (rodinu, pečovatelskou službu aj.) o nejdůležitějších ošetrovatelských problémech pacienta (*překladová ošetrovatelská zpráva*); *b/ přehled dlouhodobých cílů*, na něž by se měli příští pečovatelé zaměřit.

Porovnává dosažené výsledky se stanovenými cíli. Zaměřuje se na efekt plánovaných zákroků. Cíle může být dosaženo zcela, částečně nebo vůbec. Jestliže cíle bylo dosaženo jen částečně nebo vůbec, pátrá po příčinách a eventuálně doporučí upravit plán péče. Frekvence provádění hodnocení sestrami vychází z cílů (dlouhodobé, krátkodobé) a ze specifik pracoviště. Sestry provádí vy/hodnocení průběžně tj. po každé směně, jestliže s daným problémem pracovaly, dále pak podle vlastního naplánování a vždy před propuštěním nebo překladem P/K. Touto analýzou dochází k závěru, zda je potřeba některé plánované činnosti či cíle změnit. Následně vhodnou změnu v plánu ošetřovatelské péče uskuteční. Dílčí zhodnocení je vhodné provádět ke konkrétně stanoveným datům a většinou probíhá průběžně po celou dobu poskytování ošetřovatelské péče. Při propuštění nebo odstranění problému P/K se provádí zhodnocení finální.

Průvodce studiem

Hodnocení jako poslední fáze procesu však bývá sestrami často opomíjeno. V těchto případech chybí zpětná vazba pro další činnost. Jedním z hodnotících prvků je také vyjádření pacienta.



Úkoly - cvičení

1. Jaké podmínky vytvoříte pro práci sester, aby mohly pracovat metodou ošetřovatelského procesu?
2. Jak zajistíte odbornou přípravu ošetřovatelského týmu?
3. Jak budete sestry motivovat ke spolupráci?
4. Jakým způsobem budete jednotlivé kroky realizovat?



Shrnutí

Jde o zhodnocení efektu péče, která byla v návaznosti na posouzení a diagnostiku stavu potřeb daného P/K naplánována. Sestra zjišťuje, zda byly péče efektivní, zda byly cíle plánu realistické, zda byly splněny, a zda byly plánované intervence/zákroky (zásahy) vhodné.



OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

Cíl

Po prostudování kapitoly byste měli být schopni:

- charakterizovat ošetřovatelskou dokumentaci
- vysvětlit, k čemu je důležité vést ošetřovatelskou dokumentaci
- uvést legislativní zakotvení ošetřovatelské dokumentace
- uvést povinné součásti ošetřovatelské dokumentace



Klíčová slova

Ošetřovatelská péče, dokumentace, oprávnění k záznamu



Dokumentování ošetřovatelského procesu

Dokumentace tvoří podstatnou součást ošetřovatelského procesu. Musí odpovídat a akceptovat závazná doporučení legislativy (zákonů, směrnic, vyhlášek), akreditačních a profesních standardů. Ve zdravotnických zařízeních se používá několik způsobů dokumentace (tištěná, elektronická forma záznamů).

Dokumentace je důležitá z mnoha důvodů:

- zdroj úplných informací o potřebách jedince, cílech ošetřovatelské péče, péči samotné, pokrocích a výsledcích;
- důkaz o vývoji zdravotního stavu P/K v čase;
- důkaz prováděných činností;
- nástroj zajištění kontinuity péče;
- studijní materiál;
- zdroj informací o P/K mezi členy multidisciplinárního týmu v rámci jednoho oddělení, jedné organizace, mezi organizacemi;
- zdroj pro hodnocení účinnosti či neúčinnosti ošetřovatelských zákroků;
- zdroj hodnověrných informací pro účely právního vyšetřování (bezpečnostní opatření - dokladovatelnost, průkaznost) = forenzní účely;
- zdroj spolehlivých dat pro ošetřovatelský výzkum;
- zdroj dat a informací pro kontrolu kvality a obsahu péče (akreditace);
- zdroj pro posouzení postupu lege artis – jeden z nejvyšších důkazů;
- zdroj pro posouzení informovanosti/edukace P/K aj.

Ošetrovatelská dokumentace je součástí tzv. zdravotnické dokumentace, která je ukotvena i v legislativě České republiky (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování; Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci).

Teprve novela zákona č. **20/1966 Sb. z 26. června 2001** (dále jen "novela"), provedená zákonem č. 260/2001 Sb., platným od 1. srpna 2001, vložení § 67a až § 67 poprvé kodifikovala **všeobecnou povinnost zdravotnických zařízení vést zdravotnickou dokumentaci** a současně dosti přesně **vymezila pravidla pro její vedení, uchovávání, nakládání s ní** a její likvidaci.

Zdravotnická dokumentace

Souhrn informací o P/K zdravotnického zařízení vedený v jakékoliv podobě. Odlišují se pojmy údaj, záznam údaje a nosič údaje.

Zdravotnickou dokumentaci můžeme rozdělit na:

a/ **lékařskou** - skutečnosti vztahující se k poskytování zdravotní péče;

b/ **ošetrovatelskou** - skutečnosti týkající se poskytování ošetrovatelské péče a

c/ **provozní dokumentaci** - skutečnosti dokládající fungování provozu.

Dokumentace je pro osoby podílející se na poskytování zdravotní péče trvale dostupná, čímž je usnadněna výměna informací a kontinuita plánované péče.

Průvodce studiem

Nesprávně vedená dokumentace může utvrdit podezření na chybný postup (nebo přinejmenším znemožnit prokázání správného postupu), zatímco dobře vedená dokumentace může ochránit zdravotnického pracovníka i před velmi závažnými obviněními.



Povinné součásti ošetrovatelské dokumentace

A. Záznam o ošetrovatelské péči obsahuje:

a/ ošetrovatelskou anamnézu pacienta a zhodnocení zdravotního stavu pacienta,

b/ ošetrovatelský plán, ve kterém se uvede:

1. popis ošetrovatelského problému pacienta nebo stanovení ošetrovatelských diagnóz,

2. stanovení předpokládaných ošetrovatelských činností a výkonů, včetně záznamu o jejich provedení a poučení pacienta; podle povahy ošetrovatelského výkonu se uvede též časový údaj o jeho provedení,

3. hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče a průběžné změny v ošetrovatelském plánu,

c/ průběžné záznamy o vývoji zdravotního stavu pacienta, o předání informací a poučení pacienta,

d/ ošetrovatelskou propouštěcí nebo překládovou zprávu s doporučením k další

ošetřovatelské péči, v níž se zejména uvedou souhrnné údaje o poskytnuté ošetřovatelské péči včetně časových údajů; může obsahovat doporučení k dalším ošetřovatelským postupům; ošetřovatelská překladová zpráva se zpracuje pouze tehdy, pokud je předem plánovaná hospitalizace nebo umístění do jiného zdravotnického zařízení nebo zařízení sociálních služeb.

B. Rozsah jednotlivých obsahových součástí záznamu o ošetřovatelské péči podle části A písmen a/ až d/ může poskytovatel zdravotních služeb přizpůsobit charakteru poskytované ošetřovatelské péče, zpravidla pokud celková doba jejího trvání u téhož pacienta nepřesahuje 3 dny (příloha č. 1 k vyhlášce č. 98/2012 Sb., týkající se minimálního obsahu samostatných částí zdravotnické dokumentace).

Průvodce studiem

Zjednodušeně lze říci, že mezi povinné součásti ošetřovatelské dokumentace patří

1. *posouzení stavu klienta (strukturované dle diagnostických domén NANDA-I)*
2. *individuální plán ošetřovatelské péče*
3. *dokumentování realizace ošetřovatelské péče*
4. *denní záznamy/hlášení sester*
5. *překladovou a propouštěcí zprávu*



Ošetřovatelská dokumentace je systematické zaznamenávání ošetřovatelské péče poskytované konkrétní osobě – P/K kvalifikovanou sestrou a ostatními členy týmu, kteří pod vedením kvalifikované sestry pracují.

Průvodce studiem

V České republice se tvorbou a prodejem ošetřovatelské dokumentace jak v elektronické, tak v papírové podobě zabývá mnoho komerčních firem, které ji tvoří podle představ a potřeb svých klientů (zdravotnických zařízení - ZZ).



Úkoly – cvičení

1. Vzpomeňte si, jakou jste poskytovali ošetřovatelskou péči P/K (jaké jste prováděli výkony) na poslední ošetřovatelské praxi. Napište si jejich seznam.
2. Zapisovaly se tyto výkony do dokumentace? Jak se tyto formuláře jmenovaly? Uveďte jejich názvy.



Do ošetrovateľskej dokumentácie sú oprávnení zaznamenávať, pod dohľadom alebo samostatne, títo pracovníci:

- Všeobecná sestra (Dis, Bc.,Mgr.)
- Porodní asistentka
- Fyzioterapeut/ergoterapeut
- Sociálna pracovníčka
- Nutričný terapeut
- Radiologický laborant/asistent
- Zdravotní laborant
- Student/ka (oboru Všeobecná sestra, Porodní asistentka)
- Ošetrovateľ/ka
- ďalšie profesie dle zákona č. 96/2004 Sb.

Na každej ošetrovateľskej jednotke sú k dispozícii průběžně aktualizované seznamy osob oprávněných zaznamenávat do ošetrovateľskej dokumentácie (s jejich podpisy a používanými zkratkami, parafrázami, iniciálami). Za aktualizaci odpovídá staniční sestra a vrchní sestra.

Účely vedení ošetrovateľskej dokumentácie: a) administratívny, b) klinický:

a. administratívny:

- definuje zaměření sestry na P/K či skupinu se stejným problémem
- odlišuje zodpovědnost sestry od ostatních členů týmu - sestra zodpovědná za sestavení plánu (skupinová/primární sestra)
- poskytuje kritéria pro hodnocení péče (zlepšení kvality)
- poskytuje kritéria pro klasifikaci nemocných a jejich zařazování do 5 kategorií
- poskytuje právní ochranu sestry (může být při stížnosti vyžádána Znaleckou komisí pro posouzení kvality poskytnuté péče)
- vyhovuje zákonům, směrnici, vyhláškám, akreditačním i profesním standardům
- poskytuje data pro další vzdělávání a výzkum sester - kasuistiky, posuzování nových metod.

b. klinický:

- poskytuje aktuální přehled o vývoji zdravotního stavu, pozitivní/negativní reakce P/K na terapii a ošetrování.

V roce 2002 vydala Česká asociace sester dokument „**Vedení a uchování ošetrovatelské dokumentace**“. V něm shrnuje tato doporučení k efektivnímu vedení ošetrovatelské dokumentace:

- u každého P/K je vedena samostatná ošetrovatelská dokumentace;
- ošetrovatelská dokumentace by měla obsahovat tyto základní složky: **ošetrovatelskou anamnézu, záznam vývoje stavu P/K, ošetrovatelský plán a překladovou/propouštěcí zprávu**. Dle individuálních problémů P/K lze použít další složky ošetrovatelské dokumentace, např. *plán péče o dekubity, záznam bolesti* aj.;
- každá složka ošetrovatelské dokumentace musí být identifikovatelná, tzn., musí obsahovat osobní údaje P/K v rozsahu nezbytném pro jeho identifikaci a označení ZZ, které ji vyhotovilo;
- dokumentace P/K by měla být konkrétní, logicky navazující a přesná;
- zápis by měl být učiněn co možná nejdříve poté, co k události došlo, dokumentace by měla poskytovat aktuální informace o péči a stavu P/K. Záznam má být pouze interpretací toho, co sestra viděla, slyšela, cítila nebo změnila nebo obsahuje pacientovy výroky a jeho reakci na péči/zárok;
- všechny záznamy, změny a doplňky musí být opatřeny datem, časem a podpisem sestry, která záznam provedla, záznamy musí být zapsány přehledně, chronologicky, věcně, čitelně a takovým způsobem, aby text nemohl být vymazán; při provádění změn musí původní zápis zůstat dobře čitelný;
- dokumentace by neměla obsahovat nespisovné výrazy, bezvýznamné fráze, irelevantní spekulace a urážlivé subjektivní výroky;
- dokumentace by měla identifikovat problémy, které se vyskytly, a kroky, které byly podniknuty k jejich vyřešení;
- dokumentace musí poskytovat jednoznačný důkaz o sdělených informacích, přijatých rozhodnutích a o poskytnuté péči.

(ČAS [online] Dostupné z: <http://www.cna.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace>[cit. 31-07-10]).

Každá organizace, která poskytuje ošetrovatelské služby, si svými vnitřními standardy či směrnicemi musí konkretizovat pokyny pro vedení, nakládání i archivování ošetrovatelské dokumentace.

Výuková ošetrovatelská dokumentace

Výuková ošetrovatelská dokumentace vede k systematickému zaznamenávání výstupů ošetrovatelské péče poskytované P/K studentem/ studentkou (budoucí sestrou). U každého P/K je vedena samostatná výuková ošetrovatelská dokumentace. Každá škola si tvoří formuláře individuálně. Nicméně většinou základní strukturu výukové ošetrovatelské dokumentace tvoří tyto formuláře:

- Posouzení (zahrnuje dvě komponenty: a/ošetřovatelskou anamnézu a b/posouzení aktuálního stavu potřeb jedince, rodiny či komunity)
- Plán ošetřovatelské péče
- Záznam o realizaci ošetřovatelských intervencí/Denní záznam, nebo-li hlášení sester za každou službu
- Překladová nebo propouštěcí zpráva, zpráva o ukončení péče.

Podle druhu zařízení a péče se k základní struktuře dokumentace mohou přikládat další formuláře: Záznam diabetika (Glykemická karta), Nutriční dotazník, Krevní transfuze a jiné deriváty, Plán výživy dítěte, Záznam o příjmu a výdeji tekutin (Bilanční list), Akutní karta, Intenzivní list, Ordinační list, Záznam o poskytování informací a o edukaci (Edukační list), Sociální překladová zpráva pro následnou péči, Záznam laboratorních výsledků, Záznam o bolesti atd. (Kudlová, Marečková, 2004, s. 177—181).

Každá složka výukové ošetřovatelské dokumentace musí být identifikovatelná (pro identifikaci P/K se používají pouze iniciály P/K, rok narození z důvodu ochrany dat).

Vyplnění výukové dokumentace P/K by mělo být konkrétní s logickou návazností, přesné a mělo by poskytovat aktuální informace o péči a stavu P/K. Záznam má být pouze interpretací toho, co student viděl, slyšel, cítil nebo změřil nebo obsahuje pacientovy výroky a jeho reakci na péči/základní krok. Všechny záznamy, změny a doplňky musí být opatřeny datem, časem a podpisem studenta, který záznam provedl. Záznamy musí být zapsány přehledně, chronologicky, věcně, čitelně a takovým způsobem, aby text nemohl být vymazán; při provádění změn musí původní zápis zůstat dobře čitelný. Výuková dokumentace, podle vzoru zdravotnické dokumentace, by neměla obsahovat nespisovné výrazy, bezvýznamné fráze, irelevantní spekulace a urážlivé subjektivní výroky. Dokumentace by měla identifikovat problémy, které se vyskytly, a kroky, které byly podniknuty k jejich vyřešení. Dokumentace musí poskytovat jednoznačný důkaz o sdělených informacích, přijatých rozhodnutích, poskytnuté péči.

Průvodce studiem

Aktuální formuláře studentské ošetřovatelské dokumentace získáte na kontaktní hodině.



Úkoly - cvičení

1. Vymenujte 5 základních složek (povinných součástí) ošetřovatelské dokumentace.
2. Kdo je oprávněn provádět do ošetřovatelské dokumentace záznam?



Shrnutí

K technickému zázemí poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu patří kvalitní ošetrovatelská dokumentace strukturovaná dle nejnovějších poznatků oboru ošetrovatelství (i ošetrovatelské teorie) a ošetrovatelská péče poskytovaná skupinovým systémem nebo systémem primární sestry. Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace. Vedení zdravotnické dokumentace je upraveno v legislativě.

V oblasti dokumentování ošetrovatelského procesu v rámci klinické praxe však existují velké rozdíly. Dokumentace musí poskytovat jednoznačný důkaz o sdělených informacích, přijatých rozhodnutích, poskytnuté péči.



Literatura

ACKLEY, Betty J., Gail B. LADWIG, 2011. Nursing diagnosis handbook : an evidence-based guide to planning care. 9th ed. St. Louis, Mo. : Mosby-Elsevier, c2011. xx, 931 p. ISBN 978-0-323-07150-5.

ADAMS, Beth, and Catherine E. HAROLD, 1999. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 488 s. ISBN 80-7169-893-8.

BERMAN, Audry, Shirlee SNYDER, Barbara KOZIER, and Glenora ERB, 2008. *Fundamentals of Nursing. Concepts, Process, and Practice*. 8th ed. Upper Saddle River, N. J. Pearson Prentice Hall, 1631 pg. ISBN 978-0-13-206674-7.

BLAŽEK, Martin, Eduard HAVEL a Eva BĚLOBRÁDKOVÁ, 2012. Předoperační vyšetření Sa příprava chirurgického pacienta. *Interní Med*, roč. 14, č. 11, s. 422–428.

BÓRIKOVÁ, Ivana a Katarína ŽIAKOVÁ, 2007. Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovatelstve. In BUŽGOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D. (ed.). *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch*. Ostrava: Ostravská univerzita, s. 13-17. ISBN 978-80-7368-230-9.

BŘICHÁČEK, Václav, 1978. *Úvod do psychologického škálování*. Bratislava: Psychologické a didaktické testy, n.p., 322 s.

BULECHEK, Gloria M., BUTCHER, Howard K. and Joanne McCloskey DOCHTERMAN (Eds.), 2008. Nursing Interventions Classification (NIC). St. Louis: Mosby Elsevier, 938 pg. ISBN 978-0-323-05340-2.

CARPENITO-MOYET, Lynda Juall. Handbook of nursing diagnosis. 13th ed. Philadelphia, Pa. : Wolters Kluwer ; Lippincott Williams & Wilkins, c2010. xxii, 786 s. ISBN 9780781777933.

ČAS. *Vedení a uchovávání ošetrovateľské dokumentace*. [online]. [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://www.cna.cz/vedeni-osevrotelske-dokumentace>

ČESKO, 2004a. Věstník MZ ČR, 2004. Částka 9. Metodická opatření - Koncepce ošetrovatelství. [online]. [cit. 2016-03-15]. Praha: MZ ČR, 2004, 8 s. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/koncepce-osevrotelstvi_3196_3.html

ČESKO, 2004b. Zákon č. 96/2004 ze dne 2. 4. 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: Sbírka zákonů České republiky [online]. Částka 109, s. 333–339 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>

ČESKO, 2005. Vyhláška č. 39/2005 sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání In: Sbírka zákonů ČR [online]. [cit. 2016-3-1]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-39>

ČESKO, 2011a. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sbírka zákonů ČR [online]. [cit. 2016-1-10]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=22854>

ČESKO, 2011b. Zákon č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání (malá novela). In: Sbírka zákonů ČR [online]. [cit. 2016-1-10]. Dostupné z: <http://www.sagit.cz/info/uz.asp?cd=5&typ=r&det=&levelid=731167>

ČESKO, 2011c. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: Sbírka zákonů České republiky [online]. cit. 2016-1-10]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ČESKO, 2012. Vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci. In: Sbírka zákonů ČR [online]. [cit. 2016-3-1]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>

- ČESKO, 2016. Vyhláška č. 2/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnos-tech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sbírka zákonů ČR [online]. [cit. 2016-3-1]. Dostupné z: aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=15971
- DOENGES, Marilyn, E. and Mary Frances MOORHOUSE, 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
- DROSSMANN Douglas A, 2006. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III Process. *Gastroenterology*, vol. 130, p. 1377-1390
- ELKIN, Martha Keene, PERRY, Anne Griffin and Patricia A POTTER, 2004. *Nursing Interventions and Clinical Skills*. 3rd ed. St. Louis: Mosby, Inc., 1021 p. ISBN 0-323-02201-4.
- FARKAŠOVÁ, Dana (Ed), 2001. *Ošetrovatelstvo - teória*. 1. vyd. Martin : Osveta, 134 s. ISBN 80-8063-086-0.
- GORDON, Marjory, 1994. *Nursing Diagnosis: Process and Application*. 3. vyd. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc., p. 421. ISBN 0-8016-6053-X.
- GORDON, Marjory. 2001. et al. *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2001-2002*. Philadelphia: NANDA, 256 s. ISBN 09637042.73.
- GORDON, Marjory. 2002. The NANDA Taxonomy II. In Nico, O. *ACENDIO 2002 Proceedings of the Special Conference of the Association of Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes in Viena*. 1. vyd. Bern: Verlag Hans Huber, p. 9- 29.
- GURKOVÁ, Elena, Katarína ŽIAKOVÁ a Juraj ČÁP, 2009. *Vybrané ošetrovatel'ské diagnózy v klinickej praxi*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 978-80-8063-308-0.
- HERDMAN, T. Heather & Shigemi KAMITSURU (Eds.) 2015. *Ošetrovatel'ské diagnózy: Definice a klasifikace NANDA-International 2015—2017*. Přel. Pavla Kudlová. 1. vyd. Praha: Grada, 439 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
- HERDMAN, T. Heather (Ed.) 2010. *Ošetrovatel'ské diagnózy. Definice a klasifikace NANDA-International 2009—2011*. Přel. Pavla Kudlová. 1. české vyd. Praha: Grada, 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1.
- HERDMAN, T. Heather (Ed.). 2013. *Ošetrovatel'ské diagnózy: Definice a klasifikace NANDA-International 2012—2014*. Přel. Pavla Kudlová. 1. vyd. Praha: Grada, 551 s. ISBN 978-80-247-4328-8.
- HOLČÍK, Jan, 2004. *Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny ve 21. století*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 160 s. Neuveden. ISBN 80-85047-33-0.
- CHROBÁK, Ladislav, 2003. *Propedeutika vnitřního lékařství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0609-1.
- JOHNSON, Marion, Sue MOORHEAD, Gloria BULECHEK, Howard BUTCHER, Meridean MAAS, and Elizabeth SWANSON (Eds.), 2011. *NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions: Supporting Critical Reasoning and Quality Care*. Third edition. St. Louis: Mosby, 432 p. ISBN 978-0-323-07703-3.
- KOLEKTIV AUTORŮ, 2002. *Průvodce ošetrovatel'skou dokumentací od A do Z*. Translated by Simona Šeclová. 1. české vyd. Praha: Grada, 389 s. ISBN 80-247-0278-9.
- KOLEKTIV AUTORŮ, 2007. *Výkladový ošetrovatel'ský slovník*. 1. české vyd. Přeložila Veronika DiCara a Helena Vidovičová. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 568 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2240-5.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
- KOZIEROVÁ, Barbara, Glenora ERBOVÁ a Rita OLIVIEROVÁ, 1995. *Ošetrovatel'stvo 1*. 1. vydání. Martin: Osveta, 845 s. ISBN 80-217-0528-0.

- KUDLOVÁ, Pavla a Jana MAREČKOVÁ, 2004. Ošetrovatelská dokumentace, plán ošetrovatelské péče – výstup 3. fáze ošetrovatelského procesu. In *Ošetrovatelství perspektivní věda i umění*. Olomouc: Grada Publishing, 388 s. ISBN 80-247-1156-7. s. 177—181
- KUDLOVÁ, Pavla, 2011. Historie ošetrovatelského procesu a ošetrovatelských diagnóz NANDA. In *Ošetrovatelství – morální umění. Kapitoly z dějin ošetrovatelství ve vztahu k morálnímu profilu sestry*. KRÁTKÁ A., KUTNOHORSKÁ J., CICHÁ M. a kol. Praha: Grada, s. 28-41. ISBN 978-80-247-4201-4
- KUDLOVÁ, Pavla, 2012. Diagnostický proces v ošetrovatelství z pohledu NANDA-I. In. HALUZÍKOVÁ, Jana a kol., 2012. Sborník příspěvků Mezinárodní konference Uplatnění absolventů v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 104 s. ISBN 978-80-7248-806-3. S. 25-29
- KUDLOVÁ, Pavla, 2015. Ošetrovatelská péče v diabetologii. 208 s. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5367-6
- KUDLOVÁ, Pavla, 2015. Úvod do ošetrovatelského procesu v diabetologii. S. 38-53. In KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada Publishing, 208 s. ISBN 978-80-247-5367-6
- KUDLOVÁ, Pavla. 2013. Změny v publikaci ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace NANDA International 2012—2014. *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie*, 2013, roč. 3, č. 2., článek 2, s. 51—55. ISSN 1338-6263. Dostupné na internetě: <<http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2013-rocnik-3/cislo-2/zmeny-v-publikaci-osetrovatelske-diagnozy-definice-a-klasifikace-2012-2014>>
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, s. 175. ISBN 978-80-247-2713-4.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 206 s. ISBN 978-80-247-3224-4
- MANDYSOVÁ, Petra, Edvard EHLER a Lenka TREJBALOVÁ, 2012. The Czech version of the Braden Scale: the translation method and inter-rater reliability In *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2012, vol. 2, no. 4, pp. 137-142. Available on: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2012-rocnik-2/cislo-4/ceska-verze-skaly-bradenove-metodika-prekladu-a-shoda-mez-posuzovateli>.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2002. Úvod do ošetrovatelství – systémový přístup 1. díl. 1. vyd. Praha: UK Praha, 2002. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2012a. *Duchovní potřeby a duchovní péče. Distanční studijní opora a e-learningový kurz* [online]. Opava: Slezská univerzita v Opavě,
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2012b. *Ošetrovatelský proces - metoda ošetrovatelské praxe. Distanční studijní opora a e-learningový kurz* [online]. Opava: Slezská univerzita v Opavě.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2012c. *Potřeby člověka a ošetrovatelská diagnostika. Distanční studijní opora a e-learningový kurz* [online]. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2012.
- MIKULA, Jan, 2002. *Prevence vzniku dekubitů*. Praha: SORAL&HANZLÍK, s.r.o. 2002
- MOORHEAD, Sue, Marion JOHNSON, Meridean L. MAAS, and Elizabeth SWANSON (Eds.), 2008. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 4th ed. St. Louis, Mosby Elsevier, 2008. 912 pg. ISBN 978-0-323-05408-9
- NEJEDLÁ, Marie, 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 248 s. ISBN 80-247-1150-8.
- NETTINA, Sandra M. (ed.), 2014. *The Lippincott Manual of NURSING PRACTICE*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott, 1912 pg. ISBN 978-1-451-17354-3
- NEUBAUER, Karel. (ed.), 2007. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-159-4.

- NEVORAL, Jiří, 2011. Chronická zácpa u dětí. *Pediatric pro praxi*, roč. 12, č. 1, s. 22–29
- PACOVSKÝ, Vladimír, 1994. *Ošetrovatelská diagnostika (Teorie a praxe)*. Praha: UK, 65 s. 382-71-94.
- PADILLA, Geraldine, 1990. Tool development: reliability and related statistics. In *Monograph of the invitational conference on research methods for validating nursing diagnoses*. St. Louis: NANDA, p. 177-184.
- PLEVOVÁ, Ivana a kol., 2011. *Ošetrovatelství I. Historie-vzdělávání-současné ošetrovatelství-role sestry a nemocného*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.
- RENCIC, Joseph, 2011. Twelve tips for teaching expertise in clinical reasoning. *Medical Teacher*, vol. 33, no. 11, p. 887–892.
- SILBERNAGL, Stefan a Agamemnon DESPOPOULOS, 2004. *Atlas fyziologie člověka*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 448 s. ISBN 80-247-0630-X.
- STAŇKOVÁ, Marta (Ed.), 1996. LEMON 1- Učební texty pro sestry a porodní asistentky. 1. vyd. Editor českého vydání M. Staňková. WHO/EURO, Copenhagen. ISBN 80-7013-234-5.
- STAŇKOVÁ, Marta, 1997. *Základy teorie ošetrovatelství. Učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. UK: Praha. ISBN 80-7184-243-5.
- STAŇKOVÁ, Marta, 1998. *České ošetrovatelství 1 - Koncepce českého ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 50 s. ISBN 80-7013-282-5.
- STAŇKOVÁ, Marta, 1999a. *České ošetrovatelství 3 -Jak zavést ošetrovatelský proces*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
- STAŇKOVÁ, Marta, 1999b. *České ošetrovatelství 4 -Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
- STAŇKOVÁ, Marta, 2001. *České ošetrovatelství 6 - Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. ISBN 80-7013-323-6. Vyd. 1. Brno: IDVPZ, 86 s. ISBN 80-7013-329-5.
- STAŇKOVÁ, Marta, 2001. Brno: IDVPZ.
- SZO, regionální úřadovna pro Evropu Kodaň, 2000. *Sestry a porodní asistentky ve službách zdraví, in Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. Praha: MZ ČR, Praha, 95 s. ISBN 80-85047-20-9.
- ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
- ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II.: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-9964-3.
- ŠPIRUDOVÁ, Lenka, TOMANOVÁ, Danuška, KUDLOVÁ, Pavla a Renata HALMO, 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing, 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
- TANNER, Christine, 2006. Thinking like a nurse: A research - based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, vol. 45, no. 6, p. 204–211.
- TOMAGOVÁ, Martina, BÓRIKOVÁ, Ivana a kol., 2008. *Potreby v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 196 s. ISBN 80-8063-270-0.
- TRACHTOVÁ, Eva, a kol. 2001. *Potreby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 186 s. ISBN 80-7013-285-X.
- TUCKER, Susan Martin, CANOBBIO, Mary M, PAQUETTE, Eleanor Vargo and Majorie Fyfe WELLS, 2000. *Patient Care Standards. Collaborative Planning & Nursing Interventions 7th ed*. St. Louis: Mosby, p. 967. ISBN 0-323-00996-4.

- VAŠÁTKOVÁ, Ivana (ed.), 2001. *Ošetrovatelská dokumentace v nemocnici*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 43 s. ISBN 80-7013-327-9.
- VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ, 2008. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. Praha: Grada, s. 88. ISBN 978-80-247-2763-9.
- VONDRÁČEK, Lubomír, 2005. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry* 1. vyd. Praha: Grada, 100 s. ISBN 80-247-1198-2.
- VÖRÖSOVÁ, Gabriela et al., 2007 *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, s. 112. ISBN978-80-8063-242-7
- WILHELM, Zdeněk a Zuzana NOVÁKOVÁ, 2004. *Praktická cvičení z fyziologie pro studenty bakalářských oborů*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 94 s. ISBN 80-210-2601-4.
- WORKMAN, Barbara A. a Clare L. BENNETT, 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada Publishing, 260 s. 1. vyd. ISBN 80-247-1714-X.
- ZELENÍKOVÁ, Renáta a Katarína ŽIAKOVÁ, 2012. *Validizace ošetrovatelských diagnóz*. In. Darja Jarošová a kol. *Využitelnost ošetrovatelských klasifikací NANDA International a NIC v domácí péči*. OSTRAVA: Ostravská univerzita v Ostravě, ISBN 978-80-7464-000-1.
- ZGOLA, Jitka M, 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, 148 s. ISBN: 80-2470-183-9.

Zkratky

ANA	American Nurses Association
ADL	activity daily living
ASA	American Society of Anaesthesiologists
ATB	antibiotika
BPI-SF	Brief Pain Inventory – Short Form
BMI	body mass index
ČR	Česká republika
DK	dolní končetina
DM	diabetes mellitus
DM2T	diabetes mellitus 2. typu
EBP	Evidence Based Practice
EHS	Evropské hospodářské společenství
FHP	Gordon's Functional Health Patterns
GCS	Glasgow Coma Scale
IADL	Instrumental Activity Daily Living
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NANDA-I	North American Nursing diagnosis Association International
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
NYHA	New York Heart Association
P/K	pacient/klient
PAD	perorální antidiabetika
PES	problém, etiologie, symptom
RF	rizikový faktor
SF	související faktor
TK	tlak
TT	tělesná teplota
UZ	určující znak
VAS	vizuální analogová škála
ZP	zdravotnický pracovník
ZZ	zdravotnické zařízení

Přílohy

Příloha 1 Dotazník pro pacienta

Příloha 2 Struktura hodnocení podle Funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon

Příloha 3 Domény, třídy a ošetrovatelské diagnózy v taxonomii II NANDA-I

Příloha 4 Příklady hodnotících a měřících nástrojů uvedených v publikaci *Ošetrovatelské diagnózy:*

Definice a klasifikace NANDA-International 2015—2017

Příloha 1 Dotazník pro pacienta

DOTAZNÍK (pro K/P)

Jméno a příjmení:

Věk:

Z uvedených příznaků vyberte a křížkem označte ty, které se u vás objevily nebo se projevují.

CELKOVÉ ZDRAVÍ: hubnutí, slabost, pocit únavy, změny nálady, noční poty, krvácivost?

KŮŽE: kožní choroby (ekzém, lupénka, akné, změny pigmentace, náchylnost k modřinám, nadměrně suchá nebo vlhká pokožka, žloutenka, svědění, vyrážky, změny barvy nebo velikosti mateřských znamínek, špatně léčitelné vředy?

VLASY: svědivá kůže na hlavě, ztráta vlasů, nadměrné tělesné ochlupení, nutnost paruky?

NEHTY: změny barvy, okusování, rozštěpené, lomivé, paličkovité prsty?

HLAVA: časté nebo silné bolesti hlavy, malátnost, závratě, pád nebo nehoda následkem bezvědomí?

OČI: poruchy vidění, oční infekce, bolesti očí, nadměrné slzení, dvojitě vidění, rozmazané vidění, citlivost na světlo, katarakta, svědění, skvrny před očima, potřeba brýlí (na čtení)

UŠI: infekce, ztráta sluchu, bolest, výtok, zvonění uší, potřeba sluchadla?

NOS: časté rýmy, krvácení z nosu, alergie, bolesti, čich, odkapávání z nosu?

ÚSTA A KRČNÍ MANDLE: bolavé nebo krvácející koutky, dásně, bolesti, zvětšeniny, bílé skvrny na rtech nebo jazyku, bolesti a kazy zubů, ztížené polykání, změna hlasu, nebo chrapot, zubní protézy (dolní, horní, parciální), datum posledního ošetření zubů?

KRK: bolesti, otoky, velikost, omezené pohyby, zduřené uzliny?

PRSA: výtok z bradavek, výstupky a ragády dvorce, jamky, uzlíky, samo-vyšetřování, datum posledního mamografu, epitéza?

DÝCHACÍ SYSTÉM: bolesti na hrudníku, kašel, dušnost, sípění, vykašlávání krve, TBC plic, emfyzém, astma, bronchitida, výsledek posledního vyšetření plic?

KARDIOVASKULÁRNÍ SYSTÉM: srdeční choroby, palpitace, srdeční šelesty, vysoký krevní tlak, anemie, křečové žíly, otok dolních končetin nebo vředy?

GASTROINTESTINÁLNÍ SYSTÉM: nauzea, zvracení, nechutenství, špatné trávení, pálení žáhy, světlá krev ve stolici, dehtovitá stolice, průjem, zácpa, bolesti břicha, nadměrná plynatost, hemeroidy, rektální bolesti, kolostomie, ileostomie?

MOČOVÝ A POHLAVNÍ SYSTÉM: časté močení, odkapávání moče, časté nutkání na močení, močení v noci, potíže na počátku močení, krev v moči, inkontinence moče, bolesti nebo pálení při močení, infekce močového traktu, ureterostomie, pohlavní choroby (např. kapavka, syfilis)?

Ženy: věk při menarche, poslední menstruace, trvání, množství krve, pravidelnost cyklů, problémy s bolestivou menstruací, krvavý výtok, svědění zevního genitálu nebo vaginy, vaginální infekce?

Muži: výtok z penisu, opuchnutí, leze, sexuální problémy?

KOSTERNÍ A SVALOVÝ SYSTÉM: bolesti svalů, otoky nebo slabost, bolestivost nebo ztuhlost kloubů, křeče v dolních končetinách, defekty kostí, chybění končetiny, protéza?

NERVOVÝ SYSTÉM: těžkosti při chůzi, bezvědomí, křeče, třes, ochrnutí, pocit strnutí, pocit píchání nebo pálení v některé části těla, problémy s řečí, ztráta paměti, dezorientace, zapomnětlivost, nejasné myšlení, emocionální změny?

ENDOKRINNÍ SYSTÉM: struma v anamnéze, netolerance tepla nebo chladu, diabetes, nadměrná žízeň nebo chuť k jídlu?

Jiné

Reference:

Dotazník pro pacienta je převzat z publikace *Ošetrovatel'stvo 1* autorky Kozierová, Erbová, Olivierová (1995, s. 358), přeložila Dagmar Mastiliaková.

Příloha 2 Struktura hodnocení podle Funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon

Směrnice

1. Kategorie v levém sloupci uvádějí typ informací, které jsou obsaženy v popisu vzorce. Vzorec klienta by měl být popsán v pravém sloupci. Popis, jak je napsán, by měl být pro ostatní srozumitelný, například:
Správně: žádné související fyzické a psychické problémy v anamnéze
Nesprávně: žádné
2. Použití dotazovacích technik, jak jsou popsány v literatuře, včetně ticha a oznamovacích vět, ne pouze otázek.
3. Jelikož všechna data představují subjektivní data, neměly by být používány uvozovky. Každá věta by měla představovat slova jedince a rodiny, *nebo* jejich slova mohou být parafrázována.
4. Jelikož podmětem každé věty je „já“ nebo „my“, podmět by se v průběhu záznamu neměl opakovat. Reakce dané osoby mohou být zapsány jako neúplné věty, např. sestra může napsat „každý den v 9h ráno chodí do kostela“ (podmět je chápán jako „on“ nebo „oni“).
5. Pokud mají klienti v příslušné posuzovací kategorii hodně co říct, lze údaje zkrátit parafrázováním, ale je potřeba postupovat obezřetně tak, aby se neztratila podstata jejich popisů.
6. Co nejvíce zaznamenávejte údaje ve formě indicií/ signálů [cues], nikoliv ve formě vyvozovaných závěrů [inferences]. Indicie/ signály jsou jednotkami smyslových údajů. Inference jsou subjektivní významy, které osoby aplikují na indicie/ signály.
7. Vyhněte se vkládání diagnóz do databáze [které by mohly být pacientem nebo jeho rodinou vnímány jako dehonestující, pokud je sám nebo jeho rodina přímo neuvedli], např. *úzkostná* (diagnóza) o vztahu pacientky se svojí rodinou. Toto prohlášení by mělo být v databázi pouze tehdy, pokud je vysloví pacient.
8. Hodnotící kategorie tohoto formuláře považujte za neúplné pro jakéhokoliv konkrétního klienta. *Navazujte na indicie/ signály, které vyplynou z hodnocení.* Např. pokud Marie prohlásí, že vykouří balíček cigaret denně, zjistěte, zda zná rizika kouření, jaký má z kouření pocit, jaká je její motivace s tím přestat, jestli kouření ovlivňuje další aspekty jejího života a zda má další rizikové faktory onemocnění srdce a plic.

Datum: _____ Sestra: _____

Klient: _____ Věk: _____ Pohlaví: _____ Zaměstnání: _____

Lékař/lékaři: _____ Farmaceut: _____

Důvod kontaktu: _____

Vzorec vnímání zdraví - řízení zdraví

Význam zdraví	
Popis zdravotního stavu	
Podpora zdraví: jídlo a tekutiny, cvičení, životní styl a návyky, zvládání stresu	
Ochrana zdraví: screeningové programy, návštěvy primárních zdravotnických profesionálů, cvičení, zvládání stresu, odpočinek, ekonomické faktory	
Sebevyšetření: prsa anebo varlata, TK, jiné	
Znalosti o sebevyšetření	
Anamnéza, hospitalizace a operace; rodinná anamnéza	
Chování směřující ke zvládání zdravotních problémů: jídelníček, cvičení, medikace a léčba	
Názvy, dávkování a frekvence předepsaných a nepředepsaných léků	
Rizikové faktory související se zdravím (rodinná anamnéza, životní styl anebo návyky, nízké sociálně ekonomické postavení)	
Údaje z relevantního fyzikálního vyšetření: úplné	

Nutričně-metabolický vzorec

Obvyklý počet hl. jídel a svačin	
Typy a množství jídel a tekutin	
Co si P/Kvzpomíná, že jedl za posledních 24 hodin nebo poslední 3 dny	
Návyky v nakupování a vaření	
Spokojenost s vlastní hmotností	

Vlivy na výběr jídel (religiózní, etnické, kulturní, ekonomické)	
Vnímání potřeb metabolismu	
Související faktory (aktivita, onemocnění, stres)	
Faktory související s příjmem potravy: chuť k jídlu, diskomfort, chuť a vůně, zuby, mykóza v dutině ústní, nauzea nebo zvracení, omezení stravy, alergie na jídlo	
Související fyzické anebo psychické problémy v anamnéze	
<i>Relevantní údaje z fyzikálního vyšetření: celkové vyšetření, kůže, vlasy, nehty, břicho</i>	

Vzorec vylučování

Obvyklý vzorec vyprazdňování: četnost, množství, barva, zápach, diskomfort, nykturie, ovládání, jakékoli změny	
Obvyklý vzorec defekace: pravidelnost, barva, množství, konzistence, diskomfort, ovládání, jakékoli změny	
Zdravotní/kulturní přesvědčení	
Úroveň se péče: nezávislost/pomoc při vylučování, hygiena	
Pomocné prostředky pro vylučování, léky, klyzmata	
Kroky k prevenci zánětu močového měchýře	
Související fyzické anebo psychické problémy v anamnéze	
<i>Relevantní údaje z fyzikálního vyšetření: břicho, genitálie, prostata</i>	

Vzorec aktivity - cvičení

Typické aktivity všedního dne (ADL)	
Cvičení: typ, četnost, trvání, intenzita	
Odpočinkové aktivity	
Přesvědčení o účinnosti cvičení	
Schopnost sebepéče: Oblékání (horní a dolní poloviny těla), koupání, stravování, nezávislost/pomoc při vylučování,	
Nezávislost, závislost nebo potřeba asistence	
Používání kompenzačních pomůcek (hůl, chodítka aj.)	
Související faktory (sebepojetí atd.)	
Související fyzické a/nebo psychické problémy v anamnéze	
<i>Relevantní údaje z fyzikálního vyšetření:</i> respirační, kardiovaskulární, muskuloskeletální, neurologické	

Vzorec spánku - odpočinku

Obvyklé spací návyky (počet hodin, doba spánku a probouzení, návyky před usnutím, prostředí ke spánku, odpočatost po spánku)	
Kulturní přesvědčení	
Používání pomocných prostředků pro spaní, (léky, relaxační nahrávky)	
Naplánovaný odpočinek a relaxace	
Symptomy narušení vzorce spánku	
Související faktory (bolest, teplota, stárnutí, atd.)	

Související fyzické anebo psychické problémy v anamnéze	
<i>Relevantní údaje z fyzikálního vyšetření: celkové vyšetření</i>	

Kognitivně percepční vzorec

Popis smyslového vnímání: zrak, sluch, chuť, hmat, čich	
Pomůcky pro zlepšení smyslového vnímání (brýle, naslouchátka atd.)	
Nedávné změny smyslů	
Vnímání komfortu/bolesti	
Kulturní přesvědčení týkající se bolesti	
Pomocné prostředky k úlevě od diskomfortu	
Úroveň vzdělání	
Schopnost rozhodování	
Související fyzické, vývojové nebo psychické problémy v anamnéze	
<i>Relevantní údaje z fyzikálního vyšetření: celkové vyšetření, neurologické</i>	

Vzorec vnímání sebe sama - sebepojetí

Sebepojetí: zaměstnání, rodinná situace, sociální skupiny	
Osobní identita: popis sebe sama, silné a slabé stránky	
Fyzické já: jakékoli obavy týkající se vlastního těla, klady/zápory	
Sebeúcta: pocity ze sebe sama	

Ohrožení sebepojetí (onemocnění, změna rolí)	
Související fyzické anebo psychické problémy v anamnéze	
<i>Relevantní údaje z fyzikálního vyšetření: celkové vyšetření</i>	

Vzorec role - vztahu

Popis rolí v rodině, mezi přáteli, spolupracovníky	
Spokojenost/nespokojenost s rolí	
Vliv zdravotního stavu	
Důležitost rodiny	
Struktura a podpora rodiny	
Rozhodovací procesy v rodině	
Problémy anebo obavy v rodině	
Vzorce výchovy dětí	
Vztahy s druhými	
Významné vztahy	
Související fyzické anebo psychické problémy v anamnéze	
<i>Relevantní údaje z fyzikálního vyšetření: celkové vyšetření</i>	

Vzorec sexuality – reprodukce

Sexuální obavy nebo problémy	
Popis sexuálního chování (praktikování bezpečného sexu atd.)	
Znalosti související se sexualitou a reprodukcí	
Vliv zdravotního stavu	

Menstruace a reprodukce v anamnéze	
Související fyzické anebo psychické problémy v anamnéze	
<i>Relevantní údaje z fyzikálního vyšetření: celkové vyšetření, genitálie, prsa, rektum</i>	

Vzorec zvládání zátěže - tolerance stresu

Povaha současných stresorů	
Vnímaná úroveň zátěže	
Popis celkových a konkrétních reakcí na zátěž	
Obvyklé strategie pro zvládání zátěže a jejich účinnost	
Životní změny a ztráty	
Obvykle používané strategie zvládání	
Vnímaná kontrola nad událostmi	
Znalosti a používání technik pro zvládání zátěže	
Vztah mezi zvládáním stresu a dynamikou rodiny	
Související fyzické anebo psychické problémy v anamnéze	
<i>Relevantní údaje z fyzikálního vyšetření: celkové vyšetření</i>	

Vzorec hodnot - víry

Kulturní / etnické pozadí	
Ekonomické postavení, zdravotní chování související s kulturou /etnicitou skupiny	
Životní cíle	
Co je důležité pro klienta a rodinu	

Důležitost náboženství / spirituality	
Dopad zdravotních problémů na spiritualitu	
<i>Relevantní údaje z fyzikálního vyšetření: celkové vyšetření [údaj je v originále uveden]</i>	

Analýza údajů, ošetrovatelské diagnózy, výsledky a intervence

- Zaznamenejte klíčové body vaší diskuse s jedincem a rodinou týkajících se *silných a slabých stránek*.
- Analyzujte *všechny* vzorce a vztahy mezi nimi. Při vašem rozhodování využijte údaje z fyzikálního vyšetření (normální a abnormální).
- Stanovte ošetrovatelskou diagnózu s nejvyšší prioritou podle jedince / rodiny. Souhlasíte? Pokud ne, proč ne? Vezměte v úvahu podporu zdraví, rizikové stavy a problémové diagnózy.
- Zaznamenejte příslušné a realistické výsledky, které byly rozhodnuty společně s pacientem. Vysvětlete, jaký typ intervence/í může sestra použít (zůstaňte v doméně ošetrovatelství), aby *pomohla* této osobě k dosažení výsledků.

Reference:

Struktura hodnocení podle funkčních vzorců Marjory Gordon je převzata z publikace *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace NANDA-International 2012—2014* (Herdman [Ed.], 2013, přel. Pavla Kudlová, s. 89-94).

Příloha 3 Domény, třídy a ošetřovatelské diagnózy v taxonomii II NANDA-I

DOMÉNA 1 PODPORA ZDRAVÍ	
Vnímání well-being [pocitu pohody, subjektivního blaha] nebo normálního fungování a strategie, které se používají k udržení kontroly nad tímto well-being nebo jeho zlepšování nebo k udržení jeho normálního fungování nebo jeho zlepšování	
Třída 1 Uvědomování si zdraví Rozpoznání normální funkce a well-being	
<i>Kód</i>	<i>Diagnóza</i>
00097	Nedostatek zájmových aktivit
00168	Sedavý způsob života
Třída 2 Management zdraví Identifikační, kontrolní, prováděcí a integrační aktivity k udržení zdraví a well-being	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00257	Syndrom křehkého stáří
00231	Riziko syndromu křehkého stáří
00215	Oslabené zdraví v komunitě
00188	Chování náchylné ke zdravotním rizikům
00099	Neefektivní udržování zdraví
00078	Neefektivní management zdraví
00162	Snaha zlepšit management zdraví
00080	Neefektivní management zdraví v rodině
00079	Noncompliance
00043	Neefektivní ochrana
DOMÉNA 2 VÝŽIVA	
Příjem, asimilace a využití výživných látek pro účely zásobování a obnovy tkání, a produkci energie	
Třída 1 Příjem potravy Příjem potravy nebo výživných látek organismem	
Schválené diagnózy	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00216	Nedostatek mateřského mléka
00104	Neefektivní kojení
00105	Přerušené kojení

00106	<i>Snaha zlepšit kojení</i>
00107	<i>Neefektivní vzorec výživy kojence</i>
00002	<i>Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu</i>
00163	<i>Snaha zlepšit výživu</i>
00232	Obezita
00233	Nadváha
00234	<i>Riziko nadváhy</i>
00103	<i>Porucha polykání</i>
Třída 2 Trávení Fyzikální a chemické procesy, které přeměňují potraviny na látky vhodné k vstřebávání a asimilaci	
<i>V současnosti žádné diagnózy</i>	
Třída 3 Vstřebávání Proces transportu výživných látek tkáněmi	
<i>V současnosti žádné diagnózy</i>	
Třída 4 Metabolismus Chemické a fyzikální procesy, ke kterým dochází v živých organismech a buňkách při vytváření a využívání protoplazmy a k výrobě odpadu a energie, při kterých dochází k uvolňování energie pro všechny životně důležité procesy	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00179	<i>Riziko nestabilní hladiny cukru v krvi [Riziko nestabilní glykemie]</i>
00194	<i>Novorozenecká žloutenka</i>
00230	<i>Riziko novorozenecké žloutenky</i>
00178	<i>Riziko zhoršené funkce jater</i>
Třída 5 Hydratace Příjem a vstřebávání tekutin a elektrolytů	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00195	<i>Riziko nerovnováhy elektrolytů [Riziko dysbalance elektrolytů]</i>
00160	<i>Snaha zlepšit rovnováhu tekutin</i>
00027	<i>Snížený objem tekutin v organismu [Dehydratace]</i>
00028	<i>Riziko sníženého objemu tekutin v organismu [Riziko dehydratace]</i>

00026	Zvýšený objem tekutin v organismu <i>[Hyperhydratace]</i>
00025	Riziko nevyváženého objemu tekutin v organismu <i>[Riziko dysbalance objemu tekutin]</i>
DOMÉNA 3 VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA	
Sekrece a exkrece odpadních látek z těla	
Třída 1 Funkce močového systému Proces sekrece, opětovného vstřebávání a exkrece moči	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00016	Zhoršené vylučování moči
00166	Snaha zlepšit vylučování moči
00020	Funkční inkontinence moči
00176	Močová inkontinence s přetékáním
00018	Reflexní inkontinence moči
00017	Stresová inkontinence moči
00019	Urgentní inkontinence moči
00022	Riziko urgentní inkontinence moči
00023	Retence moči
Třída 2 Funkce gastrointestinálního systému Proces vstřebávání a exkrece konečných produktů trávení	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00011	Zácpa
00015	Riziko zácpy
00235	Chronická funkční zácpa
00236	Riziko chronické funkční zácpy
00012	Vnímaná zácpa <i>[Habituační zácpa]</i>
00013	Průjem
00196	Dysfunkční gastrointestinální motilita
00197	Riziko dysfunkční gastrointestinální motility
00014	Inkontinence stolice

Třída 3 Funkce kožního systému Proces sekrece a exkrece kůží	
Schválené diagnózy	
V současnosti žádné diagnózy	
Třída 4 Funkce dýchacího systému Proces výměny plynů a odstranění konečných produktů metabolismu	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00030	Porucha výměny plynů
DOMÉNA 4 AKTIVITA/ODPOČINEK	
Tvorba, uchování, výdej nebo rovnováha energetických zdrojů	
Třída 1 Spánek/Odpočinek Dřímota, klid, uvolněnost, relaxace nebo nečinnost	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00095	Nespavost
00096	Nedostatek spánku
00165	Snaha zlepšit spánek
00198	Narušený vzorec spánku
Třída 2 Aktivita/Cvičení Pohyb částí těla (pohyblivost), práce, nebo časté provádění aktivit přes odpor (ale ne vždy)	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00040	Riziko syndromu nepoužívání [muskuloskeletálního systému]
00091	Zhoršená pohyblivost na lůžku
00085	Zhoršená tělesná pohyblivost
00089	Zhoršená pohyblivost na vozíku
00237	Zhoršené sezení
00238	Zhoršený postoj
00090	Zhoršená schopnost přemísťování se
00088	Zhoršená chůze
Třída 3 Rovnováha energie Dynamický stav rovnováhy mezi příjmem a výdejem zdrojů	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00093	Únava
00154	Potulka

Třída 4 Kardiiovaskulární-pulmonální reakce Kardiopulmonální mechanismy, které podporují aktivitu/odpočinek	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00092	Intolerance aktivity
00094	Riziko intolerance aktivity
00032	Neefektivní vzorec dýchání
00029	Snížený srdeční výdej
00240	Riziko sníženého srdečního výdeje
00039	Riziko zhoršené kardiiovaskulární funkce
00202	Riziko neefektivní gastrointestinální perfuze
00203	Riziko neefektivní renální perfuze
00033	Zhoršená spontánní ventilace
00200	Riziko snížené srdeční tkáňové perfuze
00201	Riziko neefektivní cerebrální tkáňové perfuze
00204	Neefektivní periferní tkáňová perfuze
00228	Riziko neefektivní periferní tkáňové perfuze
00034	Dysfunkční reakce na odpojení od ventilátoru [Obtížné odvykání od ventilátoru]
Třída 5 Sebepéče Schopnost pečovat o své tělo a tělesné funkce	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00098	Zhoršené udržování domácnosti
00108	Deficit sebepéče při koupání*
00109	Deficit sebepéče při oblékání*
00102	Deficit sebepéče při stravování *
00110	Deficit sebepéče při vyprazdňování*
00182	Snaha zlepšit sebepéči
00193	Zanedbávání sebe sama
	*Editoři uznávají, že tyto diagnózy nejsou uvedeny v abecedním pořadí, ale bylo rozhodnuto uvést všechny diagnózy deficitu sebepéče v tom pořadí jak jdou po sobě.

DOMÉNA 5 PERCEPCE/KOGNICE	
Lidský systém zpracovávání informací zahrnující pozornost, orientaci, vnímání, percepce, kognici a komunikaci	
Třída 1 Pozornost Mentální připravenost všimnout si nebo pozorovat	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00123	Opomíjení jedné strany [těla]
Třída 2 Orientace Povědomí o čase, místě a osobě	
V současnosti žádné diagnózy	
Třída 3 Pociťování/Vnímání Příjem informací přes smysly hmatu, chuti, čichu, zraku, sluchu a kinestezie a ucelené vnímání smyslových dat, což má za výsledek pojmenování, asociace anebo rozpoznávání vzorců	
V současnosti žádné diagnózy	
Třída 4 Kognice Využití paměti, učení, myšlení, řešení problémů, abstrakce, úsudku, chápání podstaty věci, intelektuální kapacity, počítání a jazyka	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00128	Akutní zmatenost
00173	Riziko akutní zmatenosti
00129	Chronická zmatenost
00251	Labilní ovládnutí emocí
00222	Neefektivní ovládnutí impulzů
00126	Nedostatečné znalosti
00161	Snaha zlepšit znalosti
00131	Zhoršená paměť
Třída 5 Komunikace Vysílání a příjem verbálních a neverbálních informací	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00157	Snaha zlepšit komunikaci
00051	Zhoršená verbální komunikace
DOMÉNA 6 SEBEPERCEPCE	
Povědomí o sobě	
Třída 1 Sebepojetí Celkové vnímání sebe sama	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00185	Snaha zvýšit naději

00124	Beznaděj
00174	Riziko oslabení lidské důstojnosti
00121	Narušená osobní identita
00225	Riziko narušení osobní identity
00167	Snaha zlepšit sebepojetí
Třída 2 Sebeúcta Hodnocení vlastní ceny, schopností, důležitosti a úspěchu	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00119	Chronicky nízká sebeúcta
00224	Riziko chronicky nízké sebeúcty
00120	Situačně nízká sebeúcta
00153	Riziko situačně nízké sebeúcty
Třída 3 Obraz těla Mentální obraz vlastního těla	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00118	Narušený obraz těla
DOMÉNA 7 VZTAHY MEZI ROLEMI	
Pozitivní a negativní spojení nebo asociace mezi lidmi nebo skupinami osob a prostředky, pomocí kterých se tato spojení projevují	
Třída 1 Role pečovatelů Společností očekávané vzorce chování osob poskytujících péči, které nejsou zdravotními profesionály	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00061	Zátěž v roli pečovatele
00062	Riziko zátěže v roli pečovatele
00056	Narušené rodičovství
00164	Snaha zlepšit rodičovství
00057	Riziko narušení rodičovství
Třída 2 Rodinné vztahy Spojení lidí, kteří jsou spřízněni biologicky nebo volbou	
Schválené diagnózy	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00058	Riziko narušení vztahu
00063	Dysfunkční procesy v rodině

00060	Narušené procesy v rodině
00159	Snaha zlepšit procesy v rodině
Třída 3 Plnění rolí Kvalita fungování ve vzorcích chování očekávaných společností	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00223	Neefektivní vztah
00207	Snaha zlepšit vztah
00229	Riziko neefektivního vztahu
00064	Konflikt rodičovských rolí
00055	Neefektivní plnění rolí
00052	Zhoršená sociální interakce
DOMÉNA 8 SEXUALITA	
Sexuální identita, sexuální funkce a reprodukce	
Třída 1 Sexuální identita Vnímání sebe sama jako jedinečné osoby z pohledu sexuality anebo pohlaví	
Schválené diagnózy	
V současnosti žádné diagnózy	
Třída 2 Sexuální funkce Způsobilost nebo schopnost účastnit se sexuálních aktivit	
Schválené diagnózy	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00059	Sexuální dysfunkce
00065	Neefektivní vzorec sexuality
Třída 3 Reprodukce Jakýkoliv proces, kterým lidé tvoří své potomky [proces přirozené nebo umělé reprodukce]	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00221	Neefektivní průběh porodu [Neefektivní perinatální období]
00208	Snaha o lepší průběh porodu [Snaha o lepší perinatální období]
00227	Riziko neefektivního průběhu porodu [Riziko neefektivního perinatálního období]
00209	Riziko narušení vztahu matky k plodu

DOMÉNA 9 ZVLÁDÁNÍ/ TOLERANCE ZÁTĚŽE	
Zvládání životních událostí/životních procesů	
Třída 1 Posttraumatické reakce Reakce po fyzickém nebo psychickém traumatu	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00141	Posttraumatický syndrom
00145	Riziko posttraumatického syndromu
00142	Traumatický syndrom po znásilnění
00114	Stresový syndrom z přemístění
00149	Riziko stresového syndromu z přemístění
Třída 2 Reakce na zvládání zátěže Proces zvládání zátěžových vlivů prostředí	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00199	Neefektivní plánování aktivit
00226	Riziko neefektivního plánování aktivit
00146	Úzkost
00071	Obranné zvládání zátěže
00069	Neefektivní zvládání zátěže
00158	Snaha zlepšit zvládání zátěže
00077	Neefektivní zvládání zátěže v komunitě
00076	Snaha zlepšit zvládání zátěže v komunitě
00074	Oslabené zvládání zátěže v rodině
00073	Neschopnost zvládat zátěž v rodině
00075	Snaha zlepšit zvládání zátěže v rodině
00147	Úzkost ze smrti
00072	Neefektivní popírání [Neefektivní popírání skutečností]
00148	Strach
00136	Truchlení
00135	Komplikované truchlení
00172	Riziko komplikovaného truchlení
00241	Zhoršená regulace nálady

00187	<i>Snaha zlepšit zdatnost</i>
00125	Bezmocnost
00152	<i>Riziko bezmocnosti</i>
00210	<i>Zhoršená odolnost</i>
00212	<i>Snaha zvýšit odolnost</i>
00211	<i>Riziko snížené odolnosti</i>
00137	<i>Chronický smutek</i>
00177	Stresové přetížení
Třída 3 Neurobehaviorální stres Reakce v chování odrážející nervovou a mozkovou funkci	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00049	<i>Snížení nitrolební adaptivní kapacity</i>
00009	Autonomní dysreflexie
00010	<i>Riziko autonomní dysreflexie</i>
00116	Dezorganizované chování kojence
00117	<i>Snaha zlepšit organizaci chování kojence</i>
00115	<i>Riziko neorganizovaného chování kojence</i>
DOMÉNA 10 ŽIVOTNÍ PRINCIPY	
Skryté principy jednání, myšlení a chování o činech, zvycích nebo institucích, které jsou vnímány jako skutečné nebo mající vnitřní hodnotu	
Třída 1 Hodnoty Identifikace a seřazení preferovaných způsobů jednání nebo koncových stavů	
<i>V současnosti žádné diagnózy</i>	
Třída 2 Přesvědčení Názory, očekávání nebo úsudky o činech, zvycích nebo institucích vnímané jako skutečné nebo mající vnitřní hodnotu	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00068	<i>Snaha zlepšit duchovní well-being [pohodu]</i>
Třída 3 Soulad hodnot/přesvědčení/jednání Shoda nebo rovnováha dosažená mezi hodnotami, přesvědčeními a činy	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00184	<i>Snaha zlepšit rozhodování</i>

00083	<i>Konflikt při rozhodování</i>
00242	<i>Zhoršení emancipovaného rozhodování</i>
00243	<i>Snaha zlepšit emancipované rozhodování</i>
00244	<i>Riziko zhoršení emancipovaného rozhodování</i>
00175	Morální strádání
00169	<i>Zhoršená religiozita</i>
00171	<i>Snaha zlepšit religiozitu</i>
00170	<i>Riziko zhoršené religiozity</i>
00066	Duchovní strádání
00067	<i>Riziko duchovního strádání</i>
DOMÉNA 11 BEZPEČNOST/OCHRANA	
Nehrozí nebezpečí, fyzické poškození, nebo poškození imunitního systému; překonání ztráty; a ochrana, bezpečnost a pocit bezpečí	
Třída 1 Infekce Reakce hostitele po patogenní invazi	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00004	<i>Riziko infekce</i>
Třída 2 Fyzické poškození Tělesná újma nebo zranění	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00031	<i>Neefektivní průchodnost dýchacích cest</i>
00039	<i>Riziko aspirace</i>
00206	<i>Riziko krvácení</i>
00219	<i>Riziko suchého oka</i>
00155	<i>Riziko pádů</i>
00035	<i>Riziko poškození*</i>
00245	<i>Riziko poškození rohovky*</i>
00087	<i>Riziko perioperačního zranění při manipulaci [s pacientem]*</i>
00220	<i>Riziko tepelného poranění</i>
00250	<i>Riziko poranění močového ústrojí</i>
00048	<i>Poškozená dentice</i>
00045	<i>Poškozená sliznice ústní</i>

00247	Riziko poškozené sliznice ústní
00086	Riziko periferní neurovaskulární dysfunkce
00249	Riziko dekubitu
00205	Riziko šoku
00046	Narušená integrita kůže
00047	Riziko narušení integrity kůže
00156	Riziko syndromu náhlého úmrtí kojence
00036	Riziko udušení
00100	Prodloužení pooperačního zotavení
00246	Riziko prodloužení pooperačního zotavení
00044	Narušená integrita tkáně
00248	Riziko narušení integrity tkáně
00038	Riziko traumatu
00213	Riziko vaskulárního traumatu
Třída 3 Násilí Použití přehnané síly s úmyslem zranit nebo ublížit	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00138	Riziko násilí vůči druhým
00140	Riziko násilí vůči sobě
00151	Sebepoškození
00139	Riziko sebepoškození
00150	Riziko sebevraždy
Třída 4 Environmentální rizika Zdroje nebezpečí v okolí	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00181	Kontaminace
00180	Riziko kontaminace
00037	Riziko otravy
Třída 5 Obranné procesy Procesy vlastní ochrany jedince před okolními vlivy (cizími vlivy)	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00218	Riziko nežádoucích reakcí na jodové kontrastní látky

00217	Riziko alergické reakce
00041	Alergická reakce na latex
00042	Riziko alergické reakce na latex
Třída 6 Termoregulace Fyziologický proces regulace tepla a energie v těle za účelem ochrany organismu	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00005	Riziko nerovnováhy tělesné teploty
00007	Hypertermie
00006	Hypotermie
00253	Riziko hypotermie
00254	Riziko perioperační hypotermie
00008	Neefektivní termoregulace
DOMÉNA 12 KOMFORT	
Pocit duševního, tělesného nebo sociálního well-being [pocitu pohody, blaha, spokojenosti] nebo uvolnění	
Třída 1 Tělesný komfort Pocit well-being [pohody, blaha] nebo uvolnění anebo zbavení se bolesti	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00214	Zhoršený komfort
00183	Snaha zlepšit komfort
00134	Nauzea
00132	Akutní bolest
00133	Chronická bolest
00256	Porodní bolest
00255	Syndrom chronické bolesti
Třída 2 Komfort prostředí Pocit well-being [pohody, spokojenosti] nebo uvolnění ve svém prostředí	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00214	Zhoršený komfort
00183	Snaha zlepšit komfort
Třída 3 Sociální komfort Pocit well-being [pohody, spokojenosti] nebo uvolnění v sociálních situacích	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00214	Zhoršený komfort

00183	<i>Snaha zlepšit komfort</i>
00054	<i>Riziko osamělosti</i>
00053	<i>Sociální izolace</i>
DOMÉNA 13 RŮST/VÝVOJ	
Věku odpovídající zvětšování tělesných proporcí, dozrávání orgánových systémů nebo vývoj dle vývojových etap.	
Třída 1 Růst Nárůst fyzických proporcí nebo zrání orgánových systémů	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00113	<i>Riziko disproporčního růstu</i>
Třída 2 Vývoj Progrese nebo regrese v různých etapách života	
<i>Kód</i>	<i>diagnóza</i>
00112	<i>Riziko opožděného vývoje</i>

Reference:

Tabulka zobrazuje taxonomii II se 13 doménami, 47 třídami a 235 současnými diagnózami je převzata z publikace *Ošetřovatelské diagnózy: Definice a klasifikace NANDA-International 2015—2017* (Herdman, Kamitsuru [Eds.], 2015, přel. Kudlová, s. 60-70).

Příloha 4 Příklady hodnotících a měřících nástrojů uvedených v publikaci *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace NANDA-International 2015—2017*(Herdman, Kamitsuru [Eds.], 2015, přel. Kudlová).

Příloha 4a Index tělesné hmotnosti - BMI - body mass index (v kg/m²)

Kategorie BMI a zdravotní rizika (modifikovaná podle WHO 1997 a IOTF – International Obesity Task Force)

Kategorie podle WHO	BMI [kg.m ⁻²]	Riziko výskytu komorbidit
Těžká malnutrice	< 16,5	Vysoké
Snížená tělesná hmotnost (podváha/středně těžká malnutrice)	16,5 – 18,5	Zvýšené
Normální tělesná hmotnost (ideální hmotnost)	18,5 – 24,9	Průměrné
Zvýšená tělesná hmotnost	25,0 – 29,9	Zvýšené
Obezita I. stupně	30,0 – 34,9	Střední
Obezita II. stupně	35,0 – 39,9	Vysoké
Obezita III. stupně	> 40	Velmi vysoké

Reference:

WILHELM, Zdeněk a Zuzana NOVÁKOVÁ, 2011. *Praktická cvičení z fyziologie*, s. 59. 2. dotisk 1. vyd. Brno, Masarykova univerzita, 118 s.

Příloha 4b Bristolská škála forem stolice

Bristolská škála forem stolice







Dlouhý tranzit okolo 100 hod

TYP 1	jednotlivé tvrdé hrudky jako ořechy, které se těžko vypuzují
TYP 2	stolice tvaru páruku, ale hrudkovitá
TYP 3	stolice je jako párek, ale s prasklinami na povrchu
TYP 4	stolice je jako párek a/nebo had, hladká a měkká
TYP 5	měkké hrudky s ostrými ohraničenými okraji (lehce přecházejí)
TYP 6	nadrolené kousky stolice s hrbolatými okraji, kašovitá stolice
TYP 7	vodnatá stolice, bez tuhých kousků

Krátký tranzit okolo 10 hod

Poznámka: Forma stolice závisí od délky času, kterou stolice setrvá v tlustém střevě tzv. colonic transit time. Při delším setrvání stolice v tlustém střevě se snižuje počet stolic. Podle Bristolské škály forem stolic typ 1 znamená nejpomalejší tranzit, který je skutečnou zácpou, kdežto typ 7 znamená nejrychlejší tranzit – skutečný průjem.

Obrázek 1. Bristolská škála forem stolice

Typ 1	Oddělené tvrdé kousky veliké jako ořechy (obtížně procházející)	
Typ 2	Klobásovitě zaostrěná, ale kouskovitá	
Typ 3	Vypadající jako párek, ale s prasklinami na povrchu	
Typ 4	Vypadající jako párek nebo had, hladká a měkká	
Typ 5	Měkké kousky nebo hrudky s hladce oříznutými konci (snadno procházející)	
Typ 6	Načepýřené kousky s rozdranými okraji, kašovitá stolice	
Typ 7	Vodnatá stolice, bez solidních kousků	úplně vodnatá

Reference:

LUKÁŠ, Karel, 2007. Funkční střevní dyspepsie v terénní praxi. Functional bowel dyspepsia in primary care. *Interní medicína pro praxi. Interní Med.*, roč. 9, č. 10, s. 420-424.

Příloha 4c Římská klasifikace III - kritéria pro potvrzení funkční zácpy

- tj. funkční střevní poruchy, která se projevuje trvale obtížným, málo častým nebo zdánlivě nedostatečným vyprázdněním, musí být naplněna nejméně 2 kritéria z této klasifikace pro daný věk), (citováno z Nevoral, 2011, s. 22-29).

Tabulka 1. Římská kritéria pro funkční zácpu pro děti do 4 let života (musí být naplněna nejméně dvě kritéria)

Dvě nebo méně defekací za týden
Nejméně jedna epizoda fekální inkontinence (enkoprézy) za týden (již po dosažení období udržování čistoty)
Anamnéza výrazných manévřů dítěte sloužících k zadržení stolice
Velké množství stolice v rektu
Anamnéza bolestivých defekací nebo tvrdých stolic
Anamnéza velmi objemných stolic

Poznámka: Diagnostická kritéria funkčních dyspeptických poruch byla definována v Římě v roce 1991 a od té doby již byla dvakrát revidována. V současné době jsou platná Římská kritéria III z roku 2006. Římská klasifikace rozděluje funkční gastrointestinální poruchy především podle jednotlivých orgánů. Podmínkou stanovení diagnózy funkční poruchy je časový faktor: potíže trvající 3 měsíce, které nemusí po sobě následovat, se začátkem nejméně 6 měsíců před stanovením diagnózy. Římská kritéria jsou detailní a komplexní definicí chorobných stavů, ale pro běžnou praxi jsou komplikovaná (Šťovíček, 2013, s. 325-328).

Reference:

ŠŤOVÍČEK, Jan, 2013. Funkční dyspeptické poruchy: Syndrom dráždivého tračníku, *Med. Praxi*, roč. 10, č. 10, s. 372-375.

Příloha 4d Funkční klasifikace podle NYHA

K určení závažnosti dušnosti slouží celá řada klasifikací, asi nejužívanější je kardiologická klasifikace NYHA (New York Heart Association) - klasifikace dušnosti, která rozlišuje čtyři kategorie. První stupeň, tedy dušnost s označením NYHA I, neomezuje pacienta v běžném životě (nemocný má potíže jen ojediněle, při mimořádně velké námaze. Dušnost NYHA II omezuje v menší míře. Člověk není schopen běhu, rychlé chůze, chůze do 3. patra. Typ NYHA III obnáší již významné omezení v běžných činnostech. Nemocný má obtíže i při malé námaze, při základních domácích činnostech, či při chůzi po rovině. Typ NYHA IV pak obnáší výrazné omezení, neboť znamená dušnost i v klidu. Nemocný potřebuje pomoc druhé osoby.

Kardiologická klasifikace NYHA (New York Heart Association)

NYHA I.	Bez omezení při fyzické aktivitě. Běžná aktivita nepůsobí obtíže.
NYHA II.	Mírné omezení fyzické aktivity. Běžná aktivita působí obtíže
NYHA III.	Výrazné omezení fyzické aktivity. Bez obtíží v klidu, menší než běžná fyzická aktivita působí obtíže.
NYHA IV.	Neschopnost jakékoliv fyzické aktivity. Symptomy v klidu zhoršující se fyzickou aktivitou.

Reference:

AL-HITI, Hikmet, 2012. Jaká je příčina dušnosti vašeho pacienta? *Med. pro praxi*, roč. 9, č. 1, s. 7–9.

Příloha 4e Glasgowská stupnice kómatu

Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí (*Glasgow Coma Scale, GSC*) je stupnice/škála používaná k vyhodnocení míry vědomí člověka. Tento nástroj byl vytvořen Grahamem Teasdalem a Bryanem J. Jennettem v roce 1974 na univerzitě ve skotském městě Glasgow.

Škála se skládá ze tří samostatných testů. Bodová ohodnocení všech tří testů se sečtou a výsledek udává úroveň vědomí. Maximální výsledek je 15 bodů, což znamená, že P/K je plně při vědomí. Nejmenší výsledek je 3 a bývá zjištěn u pacientů ve stadiu klinické smrti nebo v hlubokém kómatu.

Glasgowská stupnice - dospělí		
Otevření očí	Slovní odpověď	Motorická odpověď
1 - bez reakce	1 - bez reakce	1 - bez reakce
2 - na bolestivý podnět	2 - nesrozumitelné zvuky	2 - necílená extenze (napřímění) končetiny (decerebrační rigidita)
3 - na slovní podnět	3 - jednotlivá nesouvisející slova	3 - necílená flexe (ohnutí) končetiny (dekortikační rigidita)
4 - spontánní	4 - zmatená	4 - úniková reakce (pohyb směřuje od podnětu)
	5 - normální	5 - lokalizace podnětu (pohyb směřuje k podnětu)
		6 - cílený pohyb podle instrukcí

Stupeň vědomí se interpretuje jako součet dílčích testů:

- 15 - plné vědomí, bez patologie,
- 14 - 13 bodů - lehká porucha vědomí,
- 12 - 9 bodů - střední porucha vědomí,
- 8 - 3 body - závažná porucha vědomí

Reference:

STAŇKOVÁ, Marta, 2000. *České ošetřovatelství 6 - Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-323-6.
ROWLETT, Russ, 2001. *How Many? A Dictionary of Units of Measurement* [online]. 2001, [cit. 2009-10-28]. Dostupný na internetu: <http://www.unc.edu/~rowlett/units/scales/glasgow.htm>.

Příloha 4f Skóre fyzického stavu pacienta dle klasifikace ASA

V roce 1941 byl výborem ASA (American Society of Anaesthesiologists) navržen systém hodnocení (viz tabulka), jehož smyslem bylo standardizovat fyzický stav operantů pro účely statistického hodnocení anesteziologické dokumentace (**známá také jako Klasifikace perioperačního rizika podle ASA**). Tento systém zdaleka nezahrnuje všechny faktory, které se podílejí na výsledném perioperačním riziku, nicméně se pro svoji jednoduchost používá dodnes. Je jednoznačně prokázáno, že riziko stoupá spolu s rostoucím počtem bodů. U akutních výkonů se ASA klasifikace doplňuje písmenem E (emergency), čímž se vyjadřuje, že klinický stav pacienta je horší než odpovídající stupeň ASA klasifikace. Současná ASA klasifikace ve Velké Británii a USA někdy připojuje ještě kategorii ASA-VI: nemocný, u něhož byla stanovena lege artis mozková smrt a který je dárce orgánů (Jiroutková, Švehla, 2007; Blažek, Havel, Bělobrádková, 2012, s. 422–428).

Systém hodnocení fyzického stavu pacienta dle ASA

Skupina	Fyzický stav	Příklad	Perioperativní mortalita (1. týden)
I	Zdravý pacient, patologický proces, pro který má být provedena operace, je lokalizovaný a není celkovou poruchou	zdravý pacient s tříselnou kýlou, <u>myomatózní</u> uterus u jinak zdravé ženy	0,1 %
II	Pacient s lehkou systémovou nemocí, bez omezení výkonnosti	esenciální hypertenze, anemie, pokročilý věk, dobře kompenzovaný diabetes <u>mellitus</u>	0,5 %
III	Pacient s těžkou systémovou nemocí, s omezením výkonnosti, který není dekompenzovaný	angina pectoris, středně závažná až těžká respirační insuficience	4,4 %
IV	Pacient s dekompenzovanou systémovou nemocí, která znamená neustálé ohrožení života	srdeční dekompenzace, nestabilní angina pectoris, akutní myokarditida, velmi výrazná anémie, dekompenzace srdce, plic, ledvin nebo endokrinního systému	23,5 %
V	<u>Moribundní</u> pacient, u něhož nelze očekávat přežití 24 h bez ohledu na to, zda bude operován nebo ne	masivní plicní embolie, ruptura aneuryzmatu aorty	50,8 %
VI	Pacient s konstatovanou smrtí mozku, kterému jsou odjímány orgány za účelem transplantace		

U akutních výkonů se ASA klasifikace doplňuje písmenem E (emergency), čímž se vyjadřuje, že klinický stav pacienta je horší než odpovídající stupeň klasifikace ASA.

Příloha 4g Škála hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Barbary Braden

Škála hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Barbary Braden				
Jméno pacienta	Jméno hodnotitele	Datum posouzení		
<p>SMYSLOVÉ VNÍMÁNÍ</p> <p>Schopnost smysluplně reagovat na nepohodlí související s tlakem</p>	<p>1. Zcela omezen Nereaguje (nesténá, neucukne nebo nechňapne) na bolestivé podněty vzhledem ke snížené úrovni vědomí nebo sedace. NEBO omezená schopnost pociťovat bolest na většině těla.</p>	<p>2. Velmi omezen Reaguje pouze na bolestivé podněty. Nemůže sdělit nepohodlí, pouze pomocí sténání nebo neklidu. NEBO má senzoricou poruchu, která omezuje schopnost pociťovat bolest nebo nepohodlí na 1/2 těla.</p>	<p>3. Poněkud omezen Reaguje na verbální povely, ale nemůže vždy sdělit nepohodlí nebo potřebu být otočen. NEBO má určitou senzoricou poruchu, která omezuje schopnost pociťovat bolest nebo nepohodlí v 1 nebo 2 končetinách.</p>	<p>4. Žádná porucha Reaguje na verbální povely. Nemá senzoricý deficit, který by omezoval schopnost pociťovat nebo vyjadřovat bolest nebo nepohodlí.</p>
<p>VLHKOST</p> <p>Míra, do níž je kůže vystavena vlhkosti</p>	<p>1. Neustále vlhký Kůže je téměř neustále vlhká potem, močí atd. Vlhkost je objevena pokaždé, kdy je P/Kpřesunut nebo otočen.</p>	<p>2. Velmi vlhký Kůže je často, ale ne vždy vlhká. Prádlo musí být vyměněno alespoň jednou za směnu.</p>	<p>3. Občas vlhký Kůže je občas vlhká, což vyžaduje dodatečnou výměnu prádla přibližně jednou za den.</p>	<p>4. Zřídka vlhký Kůže je obvykle suchá, prádlo vyžaduje výměnu pouze v běžných intervalech.</p>
<p>AKTIVITA</p> <p>Míra fyzické aktivity</p>	<p>1. Upoután na lůžko Upoután na lůžko.</p>	<p>2. Upoután na židli Schopnost chodit je vážně omezena, nebo nechodí vůbec. Neudrží vlastní váhu a/nebo se mu musí pomoci na židli nebo na kolečkové křeslo.</p>	<p>3. Občas chodí Občas chodí během dne, ale na velmi krátké vzdálenosti, s pomocí nebo bez ní. Stráví většinu směny na lůžku nebo na židli.</p>	<p>4. Často chodí Alespoň dvakrát za den chodí mimo pokoj a v době bdění chodí na pokoji alespoň jednou za dvě hodiny.</p>
<p>MOBILITA</p> <p>Schopnost měnit a řídit polohu těla</p>	<p>1. Zcela nepohyblivý Bez pomoci neprovede ani nepatrné změny polohy těla nebo končetiny.</p>	<p>2. Velmi omezen Provádí občasné nepatrné změny polohy těla nebo končetiny, ale není schopen bez pomoci provést časté nebo podstatné změny.</p>	<p>3. Poněkud omezen Samostatně provádí časté, i když nepatrné změny polohy těla nebo končetiny.</p>	<p>4. Žádná porucha Bez pomoci provádí velké a časté změny polohy.</p>
<p>VYŽIVA</p> <p>Obvyklý vzorec příjmu potravy</p>	<p>1. Velmi špatný Nikdy nesní celé jídlo. Zřídka sní více než 1/3 jakékoliv nabídnuté potraviny. Sní 2 porce nebo méně bílkovin (masa nebo mléčných výrobků) za den. Přijímá tekutiny špatně. Nepřijímá tekutý doplněk stravy. NEBO nesmí nic jíst, nic pít a/nebo je udržován na průhledných tekutinách nebo i. v. více než 5 dnů.</p>	<p>2. Pravděpodobně nedostatečný Zřídka sní celé jídlo a obecně sní pouze asi 1/2 jakékoliv nabídnuté potraviny. Příjem bílkovin obsahuje pouze 3 porce masa nebo mléčných výrobků za den. Občas přijme doplněk stravy. NEBO dostává méně než optimální množství tekuté diety nebo krmení sondou.</p>	<p>3. Dostačující Sní přes polovinu většiny jídel. Sní celkem 4 porce bílkovin (maso, mléčné výrobky) za den. Občas odmítne jídlo, ale obvykle přijme doplněk, když je nabídnut NEBO přijímá potravu sondou nebo TPN, který pravděpodobně splňuje nutriční potřeby.</p>	<p>4. Vynikající Sní většinu každého jídla. Nikdy neodmítá jídlo. Obvykle sní celkem 4 nebo více porcí masa a mléčných výrobků. Občas jí mezi jídly. Nevžaduje doplňování.</p>
<p>TŘÉNÍ A STŘIH</p>	<p>1. Problém Vyžaduje střední až maximální pomoc při</p>	<p>2. Potenciální problém Chabě se pohybuje</p>	<p>3. Žádný zjevný problém Samostatně se</p>	

Škála hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Barbary Braden				
Jméno pacienta	Jméno hodnotitele	Datum posouzení		
	pohybech. Úplné zvednutí bez sklouznutí na ložním povlečení je nemožné. Často sklouzává dolů na lůžku nebo na židli a vyžaduje časté polohování s maximální pomocí. Spasticita, kontraktury nebo neklid vedou k téměř neustálému tření.	nebo vyžaduje minimální pomoc. Během pohybu kůže pravděpodobně do určité míry klouže na ložním povlečení, židli, kurtech nebo jiných pomůckách. Po většině času udržuje relativně dobrou polohu na židli nebo na lůžku, ale občas sklouzne dolů.	pohybuje na lůžku a na židli a má dostatečnou svalovou sílu se během pohybu úplně zvednout. Udržuje dobrou pozici na lůžku nebo v židli.	

Celkové skóre:

těžké riziko: < 9 bodů
vysoké riziko: 10-12 bodů
střední riziko: 13-14 bodů
mírné riziko: 15-18 bodů

Reference:

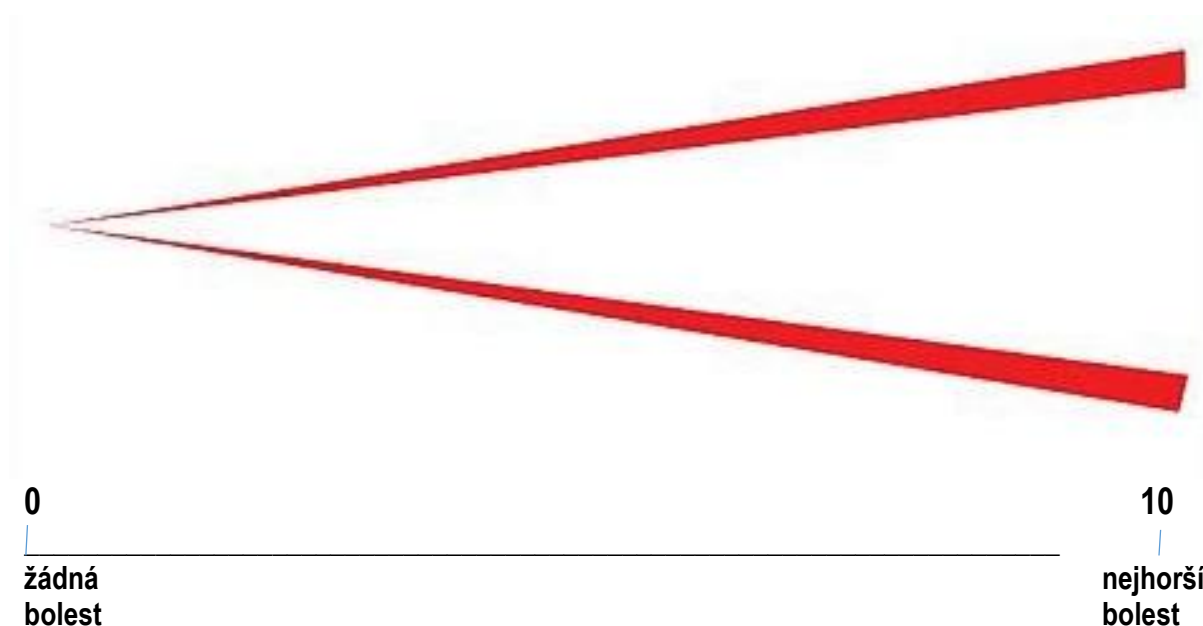
Copyright Barbara Braden; Nancy Bergstrom, 1988© Česká verze schválena autory. Překlad a předběžná validizace: Petra Mandysová; Edvard Ehler; Lenka Trejbalová, 2011, modifikovaná Kudlovou 2015.

Příloha 4h Subjektivní způsoby měření bolesti

Pro subjektivní měření bolesti byly vypracovány různé škály, postavené na hodnocení intenzity bolesti jako jednodimenzionální kvantity. Mají proto své omezení. Přesto však poskytují informace o jedné z klinicky nejvýznamnějších modalit.

Nejčastěji je používána **vizuální analogová škála** (zkratka **VAS**) ve tvaru úsečky nebo ostrého úhlu – viz obrázek. Pacient vyznačí intenzitu bolesti na úsečce znázorňující kontinuum intenzity bolesti od „žádné“ po „nesnesitelnou bolest“. Úsečka může být horizontální nebo vertikální.

Vizuální analogová škála (VAS) ve tvaru ostrého úhlu nebo úsečky



Verbální škála bolesti: Pacient hodnotí pomocí nabídnutých kategorií 0 – žádná, 1 – mírná, 2 – středně silná, 3 – silná, 4 – krutá, 5 – nesnesitelná.

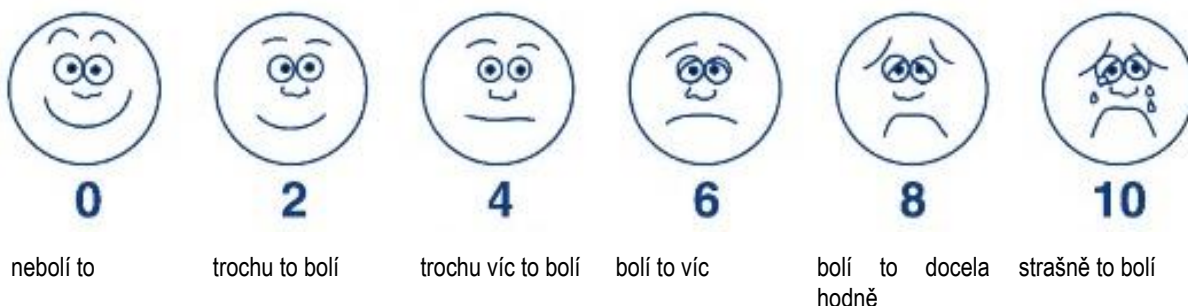
Reference:

ROKYTA, Richard, 2009. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.

HONZÁK, Radkin, 2011. Jak přežít bolest II. část. *Stěžeň*, 2011/3. ISSN: 1210-0153.

Obličejová škála (výrazová škála), jejíž autorky jsou **Donna Wong a Connie Baker**, je vhodná u pacientů se zhoršenou schopností komunikace – řeči. Původně byla navržena k hodnocení bolesti u dětí, nyní se používá často i k hodnocení intenzity bolesti u starších pacientů. Je složena ze série šesti obličejů (schéma 3), které odrážejí změny mimiky podle intenzity bolesti od stavu pohody až po nejvyšší utrpení. Pacient vybírá obličej, který nejlépe vyjadřuje závažnost jeho bolesti. Bodování existuje v několika modifikacích (0 až 5 bodů nebo 0 až 10 bodů – viz obrázky). Na této stupnici je možné ukázat na příslušný výraz tváře, který odpovídá současnému stavu a současné intenzitě bolesti.

Škála bolestivých výrazů tváře Wong-Baker (přeloženo Kudlovou a Kleislem, 2015 z anglického originálu <http://wongbakerfaces.org/instructions-use/>)



Dotazník bolesti McGillovy univerzity, který je do českého jazyka překládán jako McGillský dotazník bolesti, je zaměřen na charakter bolesti a její výstižný popis. Dotazník byl vyvinut Melzackem a Torgersonem v roce 1971. Do českého jazyka byla jeho krátká verze přeložena v roce 2000 (Knotek, Blahuš, Šolcová, Žalský, 2000) – viz obrázek.

Česká verze krátké formy dotazníku McGillovy Univerzity

Tab. 1: Standardizovaná česká verze krátké formy dotazníku bolesti McGillovy univerzity SF-MPQ

	ŽADNÁ none	MÍRNÁ mild	STŘEDNÍ moderate	SILNÁ severe
TEPAJÍCÍ throbbing	0	1	2	3
VYSTŘELUJÍCÍ schooting	0	1	2	3
BODAVÁ stabbing	0	1	2	3
OSTRÁ sharp	0	1	2	3
KŘEČOVITÁ cramping	0	1	2	3
HLODAVÁ gnawing	0	1	2	3
PALČIVÁ hot-burning	0	1	2	3
TRVALÁ aching	0	1	2	3
TÍŽIVÁ heavy	0	1	2	3
CITLIVÁ NA DOTEK tender	0	1	2	3
ŘEZAVÁ splitting	0	1	2	3
UNAVUJÍCÍ - VYČERPÁVAJÍCÍ tiring-exhausting	0	1	2	3
OSLABUJÍCÍ sickening	0	1	2	3
VZBUZUJÍCÍ STRACH fearful	0	1	2	3
DEPRIMUJÍCÍ - KRUTÁ punishing-cruel	0	1	2	3
VAS ŽÁDNÁ BOLEST no pain	—————→			NEJHORŠÍ MOŽNÁ BOLEST worst possible pain
PPI				
0 ŽÁDNÁ	no pain			_____
1 MÍRNÁ	mild			_____
2 NEPŘÍJEMNÁ	discomforting			_____
3 VYČERPÁVAJÍCÍ	distressing			_____
4 KRUTÁ	horrible			_____
5 NESNESITELNÁ	excruciating			_____

© R. Melzack 1984
Předběžná verze a překlad: I. Šolcová, B. Jakoubek, J. Sýkora, P. Hník 1990
Standardizace: P. Knotek, I. Šolcová, P. Blahuš, M. Žalský 1999

Reference:

- MELZACK, R, 1975. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*; vol. 1, p. 277-299.
- KNOTEK, P., P. BLAHUŠ, I. ŠOLCOVÁ, a M. ŽALSKÝ, 2000. Standardizovaná česká verze krátké formy dotazníku bolesti McGillovy Univerzity, In *Bolest, časopis pro studium a léčbu bolesti*, č. 2, s.113-115.

Krátký inventář bolesti - Brief Pain Inventory

Brief Pain Inventory – BPI je novější verzí **BPQ - Brief Pain Quality** a je nejčastěji využíván v léčbě nádorové bolesti. Původně byl vyvinut pro hodnocení bolesti u onkologických onemocnění, později bylo prokázáno, že lze tento nástroj využít i v řadě dalších klinických oborů. Je zaměřen na pacientovu bolest během posledních 24 hodin. Informace o bolesti se soustředí na lokalizaci bolesti, hodnocení bolesti a soubor otázek zaměřených na to, jak bolest ovlivňuje kvalitu života člověka. Pacient, či zdravotnický pracovník mohou dotazník vyplnit zhruba do 15 minut. Pacient označuje nejvyšší a nejnižší intenzitu bolesti, kterou pociťoval v posledních 24 hodinách. Lokalizaci bolesti lze ukázat na mapě těla, která je součástí BPI (Pokorná a kol., 2013; Kolektiv autorů, 2006).

The University of Texas MD Anderson Cancer Center nabízí pro výzkum Brief Pain Inventory (BPI) ve dvou formátech: krátkou formu (BPI-SF), používanou převážně pro klinické zkoušky – viz překlad Kudlová, Kleisl, 2015 níže; a dlouhou formu (BPI), která obsahuje řadu dalších popisných položek, a její vyplnění je poněkud zdlouhavé (The University of Texas, 2014).

Stručná stupnice (škála) bolesti (Brief Pain Inventory - BPI - SF) – překlad Kudlová, Kleisl, 2015© (pouze pro výuku)

Strana 1

Copyright 1991 Charles S. Cleeland, PhD

Výzkumná skupina pro zkoumání bolesti (Pain Research Group)

Iniciály pacienta: _____

PI: _____

Protokol #: _____

Název studie: _____

Revize: 01/07/05

PI: _____

Protokol č.: _____

Název studie: _____

Revize: 7. ledna 2005

(měsíc) (den) (rok) (měsíc)

Datum:

Předmět studie č.:

1. V průběhu našeho života, většina z nás jsme měli bolest čas od času nějaké bolesti (jako například menší bolesti hlavy, podvrtnutí, a bolesti zubů).

Měli jste dnes jiné bolesti než tyto výše uvedené každodenní druhy bolesti?

Stručná stupnice/škála bolesti (Stručný formulář - Brief Pain Inventory - Short Form)

2. Na diagramu vystínujte oblasti, kde cítíte bolest. Na oblast, která bolí nejvíc, umístěte X.

Ano

Ne

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
nejméně nejvíce

3. Prosíme, ohodnoťte svou bolest na stupnici níže tak, aby nejlépe vystihovala vaši nejsilnější bolest za posledních 24 hodin.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
nejméně nejvíce

4. Zhodnoťte, prosím, svou bolest zaškrtnutím políčka vedle čísla, která nejlépe vystihuje vaši nejslabší bolest za posledních 24 hodin.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
nejméně nejvíce

5. Zhodnoťte, prosím, svou bolest zaškrtnutím políčka vedle čísla, která nejlépe vystihuje vaši průměrnou bolest za posledních 24 hodin.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
nejméně nejvíce

6. Zhodnoťte, prosím, svou bolest zaškrtnutím políčka vedle čísla, která říká, jakou bolest pociťujete právě teď.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
nejméně nejvíce

7. Jaké ošetření nebo léky dostáváte na své bolesti?

8. Jak velkou úlevu vám za posledních 24 hodin poskytly léky na bolest nebo ošetření? Prosíme, označte pole uvádějící v procentech úlevu, které se vám dostalo.

0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %

9. Označte políčko vedle čísla, která popisuje, jak během uplynulých 24 hodin bolest zasáhla:

A. obecnou aktivitu

1 Nezasahuje 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. Naprosto zasahuje

B. Náladu

1 Nezasahuje 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. Naprosto zasahuje

C. Schopnost chodit

1 Nezasahuje 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. Naprosto zasahuje

D. Běžnou schopnost pracovat (včetně domácích prací a údržby domu)

1 Nezasahuje 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. Naprosto zasahuje

E. Vztahy s dalšími lidmi

1 Nezasahuje 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. Naprosto zasahuje

F. Spánek

1 Nezasahuje 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. Naprosto zasahuje

G. Radost ze života

1 Nezasahuje 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. Naprosto zasahuje

Reference: The **Brief Pain Inventory** is a [medical questionnaire](#) used to measure [pain](#), developed by the [Pain Research Group](#) of the [WHO Collaborating Centre for Symptom Evaluation in Cancer Care](#).

Název OŠETŘOVATELSKÝ PROCES A JEHO DOKUMENTACE

Autor PhDr. Pavla Kudlová, PhD.

Vydavatel Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

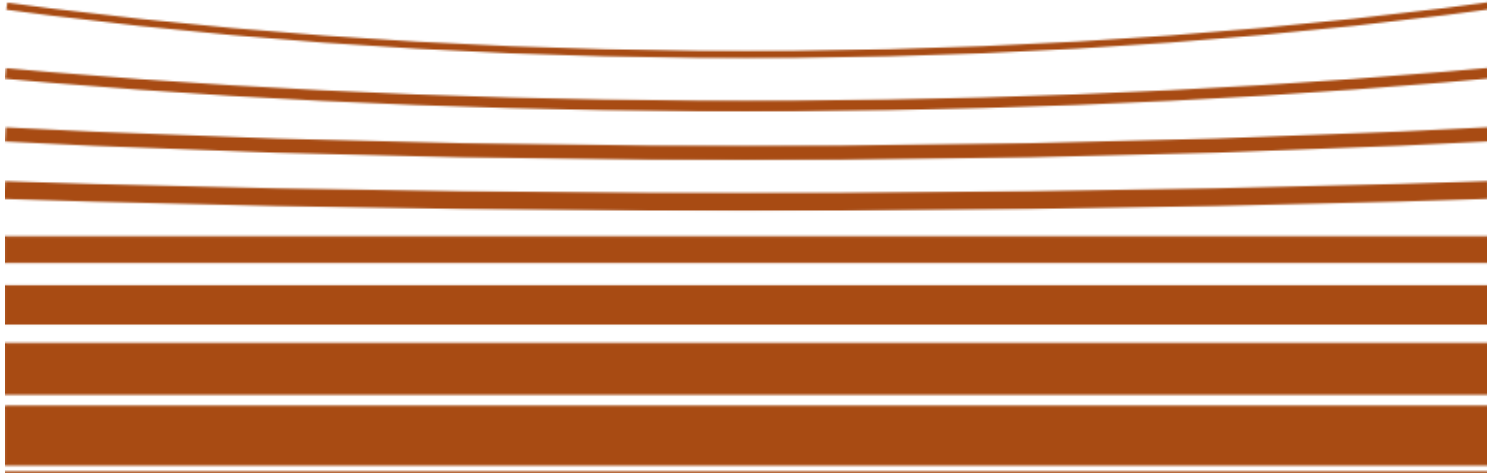
Vydání první

Rok vydání 2016

Náklad Vydáno elektronicky

Publikace neprošla redakční ani jazykovou úpravou

ISBN 978-80-7454-600-6



ISBN 978-80-7454-600-6



9 788074 546006