

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5, Duškova 7, PSČ 150 00



Metodický manuál pro práci s ošetrovatelskou dokumentací



Evropský sociální fond

Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti

Tento materiál je výstupem z projektu Modernizace obsahu a struktury vzdělávání v odborných ošetrovatelských předmětech, registrační číslo: CZ.2.17/3.1.00/36048, který realizuje Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7, 150 00. Projekt byl podpořen v rámci operačního programu OPPA (Operační program Praha - Adaptabilita, <http://www.prahafondy.eu/cz/oppa.html>), který je spolufinancován ESF (Evropský sociální fond, <http://www.esfcr.cz/>).

Obsah

1 Význam a cíl zpracování studentské ošetrovatelské dokumentace	6
2 Ošetrovatelství v České republice - analýza aktuální situace	7
2.1 Koncepce ošetrovatelství v České republice	8
2.2 Legislativní vymezení rozsahu činností pracovníků ve zdravotnictví	8
3 Ošetrovatelská dokumentace	16
3.1 Hlavní zásady vedení ošetrovatelské dokumentace	16
3.2 Význam ošetrovatelské dokumentace	17
3.3 Základní ošetrovatelská dokumentace	18
3.4 Právo dalších a jiných pracovníků na přístup k dokumentaci	21
3.5 Ošetrovatelská dokumentace jako důkazný materiál soudního šetření	22
3.6 Informační technologie a počítačem vedené záznamy	23
4 Koncepční modely v ošetrovatelství	25
5 Ošetrovatelský proces	27
5.1 První fáze ošetrovatelského procesu - posuzování	27
5.2 Druhá fáze ošetrovatelského procesu - diagnostika	29
5.3 Třetí fáze ošetrovatelského procesu - plánování	31
5.4 Čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu - realizace	33
5.5 Pátá fáze ošetrovatelského procesu – vyhodnocení	35
6 Metodika jak postupovat při práci se studentskou ošetrovatelskou dokumentací	37
6.1 Studentská ošetrovatelská dokumentace	37
6.2 Nejčastější chyby při práci se studentskou ošetrovatelskou dokumentací.....	40
7 Ošetrovatelský proces v práci porodní asistentky	42
7.1 První fáze ošetrovatelského procesu - posouzení	43
7.2 Druhá fáze ošetrovatelského procesu - diagnóza	47
7.3 Třetí fáze ošetrovatelského procesu - plánování	47
7.4 Čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu - realizace	50
7.5 Pátá fáze ošetrovatelského procesu - vyhodnocení	50
8 Ošetrovatelský proces v práci zdravotnického záchranáře	51
8.1 První fáze ošetrovatelského procesu - posouzení	51
8.2 Druhá fáze ošetrovatelského procesu – diagnostika	53
8.3 Třetí fáze ošetrovatelského procesu – plánování	54
8.4 Čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu – realizace	55
8.5 Pátá fáze ošetrovatelského procesu – vyhodnocení	55

Úvod

Učební manuál je určený pro studenty oboru Všeobecná sestra, Porodní asistentka a Zdravotnický záchranář na vysokých školách. Od konce roku 1989 dochází v České republice k tzv. postkomunistické transformaci, která souvisí se strukturálními změnami různých společenských systémů. Základní změny ve fungování politického, ekonomicko-hospodářského systému zdravotnictví a systému školství nacházejí svůj odraz také ve vývoji zdravotnické dokumentace a s ní spojené dokumentaci ošetrovatelské. Aby dosáhla ošetrovatelská dokumentace v České republice dnešní podoby, musela si projít a stále prochází změnami, vývojem, který zahrnuje legislativní rámec spjatý se vstupem do Evropské unie, zahrnující získávání odborné způsobilosti. Od roku 1989 dochází v ČR k transformačním změnám zejména ve složkách zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace a v systému práce sester, kterým poskytuje ošetrovatelský personál péči klientovi/pacientovi. Metodický manuál se zaměřuje na hlavní zásady vedení ošetrovatelské dokumentace. První obecná část manuálu je věnovaná ošetrovatelské dokumentaci a s ní spojenému legislativnímu rámci k aktuální situaci v České republice. Dále pak vedení ošetrovatelské dokumentace a její využitelnost v praxi. Koncepčním modelům a metodologii ošetrovatelského procesu se věnují následující kapitoly. V závěrečné specifické části manuálu jsou dokumentace dle charakterů oborů vzdělávání na vysoké škole.

Metodický manuál pro práci se studentskou ošetrovatelskou dokumentací tvoří didaktickou pomůcku k odborným ošetrovatelským předmětům a k výkonu odborné praxe. Je užitečný pro vedení studentů k holistickému přístupu, aby chápali důležitost teorie pro praxi a proto, aby se reálné situace probíraly také v učebně a nejenom na odborné praxi v rámci mezipředmětové spolupráce. Prohlubuje schopnost studentů aplikovat teoretické znalosti péče při uplatnění celostního přístupu a to v bezpečném prostředí. Zvyšuje pravděpodobnost přenosu vědomostí do praxe. Problémově zaměřená výuka ve vzdělávání zdravotníků pomáhá rozvíjet tři vzdělávací cíle: osvojení komplexního souhrnu znalostí týkajícího se daného problému, rozvoj a aplikace schopnosti řešit problémy a osvojení dovednosti klinického uvažování a argumentace. Jde o přenositelné dovednosti, které jakmile si student osvojí, může aplikovat v rozličných situacích v klinické praxi.

Literatura:

- BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetrovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
- DOENGES, Marilyn E. a Mary Frances MOORHOUSE. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
- HLINOVSKÁ, Jana, Jitka NĚMCOVÁ et al. *Interaktivní procesy v ošetrovatelství a v porodní asistenci*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2012. 168 s. ISBN 978-80-904955-3-1.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
- KOZIEROVÁ, Barbara, Lenora ERBOVÁ a Glenora OLIVIERIOVÁ. *Ošetrovatelstvo: koncepcia, ošetrovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- KILÍKOVÁ, Mária a Viera JAKUŠOVÁ. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2008. 148 s. ISBN 978-80-8063-290-8.
- MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup*. Učební texty pro vysokoškolský studijní program ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.

NĚMCOVÁ, Jitka a Jana BOROŇOVÁ. *Repetitorium ošetrovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2011. 188 s. ISBN 978-80-902876-7-9.

STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství 3*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.

STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Univerzita Karlova, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.

VONDRÁČEK, Lubomír. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 100 s. ISBN 80-247-1198-2.

VONDRÁČEK, Lubomír, Miloslav LUDVÍK a Jana NOVÁKOVÁ. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 72 s. ISBN 80-247-0704-7.

ŽIAKOVÁ, Katarína a kol. *Ošetrovatelstvo teória a vedecký výskum*. 1. vyd. Martin: Osveta, Martin, 2003. 318 s. ISBN 80-8063-131-X.

Elektronické zdroje:

Věstník MZČR č. 9/2004 Koncepce ošetrovatelství:

http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html

Legislativní normy:

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Zákon č. 375/2011 Sb., o zdravotních službách

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách

Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě

Zákon č. 369/2011 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 298/2011 Sb., o regulačním poplatku za péči

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů

Vyhláška č. 39/2012 Sb., o dispensární péči,

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků,

Vyhláška č. 56/2012 Sb., o příspěvku na úhradu zaopatření dítěte a jeho průvodce v dětském domově,

Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách,

Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče,

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci

Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb

Vyhláška č. 101/2012 Sb., o podrobnostech obsahu traumatologického plánu poskytovatele jednodenní nebo lůžkové zdravotní péče a postupu při jeho zpracování a projednání

Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče,

Vyhláška č. 116/2012 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému

1 Význam a cíl zpracování studentské ošetrovatelské dokumentace

Zpracováním studentské ošetrovatelské dokumentace má student prokázat schopnosti:

- zpracovat plán ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu u konkrétního klienta/pacienta s využitím teoretických vědomostí získávaných při studiu,
- pracovat dle moderních ošetrovatelských metod,
- používat logické myšlení při plánování péče u daného klienta/pacienta,
- využívat mezipředmětové poznatky a souvislosti,
- pracovat s odbornou literaturou a orientovat se v ní,
- prokázat hlubší porozumění danému tématu.

Ošetrovatelskou dokumentaci musí student vypracovat samostatně za metodického vedení zadavatele práce. Počty zpracovaných a odevzdaných dokumentací budou určeny vedoucími odborných praxí a vedením vysoké školy.

2 Ošetřovatelství v České republice - analýza aktuální situace

Věstník MZČR č. 9/2004 specifikuje ošetřovatelství jako samostatnou vědeckou disciplínu se zaměřením 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 nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetřovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Je založeno na vědeckých poznatcích ověřených výzkumem. Ošetřovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede nemocné k sebepéči, edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetřovatelské péče. Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechťejí, či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetřovatelskou péči.

Hlavním cílem ošetřovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání. Při dosahování těchto cílů ošetřovatelský personál úzce spolupracuje s nemocným, lékaři, dalšími zdravotníky i jinými odbornými pracovníky.

Cílem ošetřovatelství je:

- podporovat a upevňovat zdraví,
- podílet se na navrácení zdraví,
- zmírňovat utrpení nemocného člověka,
- zajistit klidné umírání a důstojnou smrt.

Činnost sester v nepřetržitém provozu je při aplikaci ošetřovatelského procesu **organizována těmito organizačními systémy práce:**

- **Systém skupinové péče** spočívá na principu zvýšené odpovědnosti sestry za jmenovitou skupinu nemocných. Skupinová sestra se během směny stará o určenou skupinu nemocných a odpovídá za vedení jejich dokumentace, jejich osobní předání příslušné skupinové sestře z další směny a vypracování individuálního ošetřovatelského plánu, který průběžně doplňuje a koriguje.
- **Systém primárních sester** zajišťuje možnost poskytování individualizované ošetřovatelské péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu především u pacientů s delší hospitalizací a u pacientů v těžkém stavu. Primární sestra pečuje o přiděleného nemocného od přijetí až do jeho propuštění. Je hlavním koordinátorem ošetřovatelské péče u svých nemocných. Vypracovává, pravidelně obnovuje a doplňuje plán ošetřovatelské péče. Velmi úzce spolupracuje nejen s nemocným, ale i s rodinou a získává je ke spolupráci.

Uvedené organizační systémy vyžadují pravidelnou a kvalitní výměnu informací o nemocných, která se provádí formou krátkých porad ošetřovatelského týmu a předáváním služby za přítomnosti nemocného. Do **ošetřovatelského procesu jsou aktivně zapojeni i studenti**, kteří se připravují na zdravotnické povolání. Ošetřovatelskou péči u nemocného plánuje primární nebo skupinová sestra. V terénu provádí sestra ošetřovatelský proces v úzké spolupráci s příslušným lékařem primární péče.

U každého pacienta/klienta je vedena zdravotnická dokumentace, jejíž součástí je ošetřovatelská dokumentace, která zaznamenává údaje o stavu a vývoji

individuálních potřeb a ošetrovatelských problémů pacienta/klienta, rodiny, či jeho blízkých nebo komunity. V minulých letech byla ošetrovatelská péče poskytována funkčním organizačním systémem. Je to způsob práce, kdy v průběhu pracovní směny jsou výkony rozděleny do skupin (funkcí) a tyto výkony sestra provádí u všech nemocných na oddělení (např. podávání injekcí, léků, příjmy, apod.). Tento systém je v poskytování péče a v aktivním vyhledávání potřeb pacienta/klienta velmi neefektivní. Tzv. „pokojevý systém ošetrovatelské péče“ je tehdy, když je ošetrovací jednotka rozdělena podle pokojů do několika stejných pracovních úseků podle počtu sester ve směně. Sestry zajišťují všechny výkony, ale se systematickou individualizovanou péčí poskytovanou prostřednictvím ošetrovatelského procesu však nemá nic společného.

2.1 Koncepce ošetrovatelství v České republice

Koncepce ošetrovatelství České republiky z roku 1998, publikovaná ve Věstníku MZČR č. 9/2004 a dostupná na internetové stránce http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html, vychází a respektuje doporučení Organizace spojených národů, Světové zdravotnické organizace, směrnic Evropské unie, doporučení Evropské komise, Mezinárodní organizace práce, Mezinárodní rady sester a Mezinárodní rady porodních asistentek. Tyto dokumenty určují další vývoj a směr ošetrovatelství a porodní asistence v 21. století. Koncepce klade důraz na náročnější a samostatnější práci ošetrovatelského personálu. Zdůrazňuje nutnost práce metodou ošetrovatelského procesu doprovázeného řádně vedenou zdravotnickou dokumentací jako základního metodického postupu ošetrovatelského personálu při práci se zdravým i nemocným člověkem, jeho rodinou a sociálním prostředím. Otevírá cestu k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelských standardů, které stanovují kritéria k jejímu poskytování a hodnocení. Koncepce vychází ze systému vydávání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu nelékařským zdravotnickým pracovníkům a jejich zápisu do Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu. Systematické používání této koncepce v praxi se odrazí ve zkvalitnění celkové péče o zdraví české populace, a to nejen v kvalitnější ošetrovatelské lůžkové, ambulantní i domácí péči, pevného zakotvení v integrované a paliativní péči, ale i v komunitní ošetrovatelské péči na úseku prevence a výchovy ke zdraví. **Koncepce ošetrovatelství je základním východiskem pro tvorbu koncepcí ošetrovatelství v jednotlivých klinických oborech.**

2.2 Legislativní vymezení rozsahu činností pracovníků ve zdravotnictví

Pro všechny poskytovatele zdravotní péče v ČR je základním legislativním dokumentem mezinárodní Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (tzv. Konvence o biomedicině), který je platný od roku 2001.

1. dubna 2012 nabyly účinnosti zákony reformy zdravotnictví ČR. Základním zákonem této reformy je **Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**, který se skládá ze 14 částí:

1) Základní ustanovení,

- 2) Zdravotní služby a zdravotní péče (Hlava I – Druhy a formy zdravotní péče, Hlava II - Obecné podmínky poskytování zdravotních služeb),
- 3) Oprávnění k poskytování zdravotních služeb,
- 4) Postavení pacienta a jiných osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (Hlava I – Práva a povinnosti pacienta a jiných osob, Hlava II – Zdravotní služby a zaopatření poskytované v dětských domovech pro děti do 3 let věku),
- 5) Postavení poskytovatele, zdravotnických pracovníků v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb,
- 6) Zdravotnická dokumentace a národní zdravotnický informační systém (Hlava I – Zpracování osobních údajů, Hlava II – Zdravotnická dokumentace, Hlava III – Národní zdravotnický informační systém),
- 7) Nakládání s odejmutými částmi lidského těla, tělem zemřelého, postup při úmrtí a pitvy,
- 8) Stížnosti,
- 9) Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb,
- 10) Kontrolní činnost,
- 11) Kraje,
- 12) Fakultní nemocnice a centra vysoce specializované péče,
- 13) Správní delikty,
- 14) Společná, zmocňovací, přechodná a zrušovací ustanovení.

K tomuto zákonu byly vydány prováděcí právní předpisy - vyhlášky:

- č. 39/2012 Sb., o dispensární péči,
- č. 56/2012 Sb., o příspěvku na úhradu zaopatření dítěte a jeho průvodce v dětském domově,
- č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách,
- č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče,
- č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci,
- č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb,
- č. 101/2012 Sb., o podrobnostech obsahu traumatologického plánu poskytovatele jednodenní nebo lůžkové zdravotní péče a postupu při jeho zpracování a projednání,
- č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče,
- č. 116/2012 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému.

Výše uvedený zákon, stanovuje také práva a povinnosti zdravotnických pracovníků, dále uvádí, že **všichni zdravotničtí pracovníci, mají právo neposkytnout zdravotní služby v případě, že by došlo při jejich poskytování k přímému ohrožení jejich zdraví. Toto právo upravuje § 50 odstavec 1, písmeno b).**

Dalším důležitým zákonem je:

- zákon č. 375/2011 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zdravotních službách, zákona o specifických zdravotních službách a zákona o zdravotnické záchranné službě,
- dále pak mezi další nové předpisy patří:
- zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách,
- zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě,

zákon č. 369/2011Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a některé další zákony.

Zavedení těchto právních změn přineslo mimo jiné posílení práv pacientů, legislativní zakotvení hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb, dále úprava úhrady léků, očkování a nadstandartní péče, úprava závodní preventivní péče
Regulační poplatky za hospitalizaci stanovuje zákon č. 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. Tento zákon udává, že za dny nedobrovolné hospitalizace (schválené soudem), se regulační poplatky nehradí.

Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků vymezuje některé základní pojmy v ošetrovatelství:

a) **Ošetrovatelskou péčí definuje** jako soubor odborných činností zaměřených na udržení, podporu 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, rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je také péče o nevyléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti.

b) **Základní ošetrovatelskou péčí** je ošetrovatelská péče podle písmene a) poskytovaná pacientům, kterým jejich zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup umožňuje běžné aktivity denního života, jejichž riziko ohrožení základních životních funkcí, zejména dýchání, krevního oběhu, vědomí a vylučování, je minimální, a kteří jsou bez patologických změn psychického stavu, pokud není dále uvedeno jinak.

c) **Specializovanou ošetrovatelskou péčí** ošetrovatelská péče podle písmene a) poskytovaná pacientům, kterým jejich zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup výrazně omezuje běžné aktivity denního života, jejichž riziko narušení základních životních funkcí nebo jejich selhání je reálné, nebo kteří mají patologické změny psychického stavu, jež nevyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí; za specializovanou ošetrovatelskou péčí se považuje také péče poskytovaná pacientům se závažnými poruchami imunity a pacientům v terminálním (konečném) stavu chronického onemocnění, kde se nepředpokládá resuscitace.

d) **Vysoce specializovanou ošetrovatelskou péčí** ošetrovatelská péče podle písmene a) poskytovaná pacientům, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo bezprostředně toto selhání hrozí nebo kteří mají patologické změny psychického stavu, jež vyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí, specifickou ošetrovatelskou péčí péče podle písmene a) poskytovaná pacientům ve vymezeném úseku zdravotní péče (například ošetrovatelská péče poskytovaná při radiologických výkonech nebo při zabezpečování nutričních potřeb pacientů v oblasti preventivní a léčebné výživy).

e) **Indikace - pověření k výkonu činnosti** je na základě pokynu, ordinace, objednávky nebo lékařského předpisu.

f) **Ošetrovatelský proces** pojímá jako zhodnocení stavu individuálních potřeb pacienta nebo skupiny osob a stanovení ošetrovatelských problémů, plánování a realizace ošetrovatelské péče, vyhodnocování účinnosti ošetrovatelské péče a zaznamenávání do zdravotnické dokumentace.

g) **Specializovaný postup** je postup, metoda nebo výkon při poskytování zdravotní péče, které jsou náročné z hlediska zvýšeného rizika pro pacienta nebo z hlediska technologické náročnosti provedení nebo jsou používány při zdravotní péči poskytované pacientům uvedeným v písmenu d) a kde je nutná zvláštní příprava zdravotnického pracovníka prostřednictvím celoživotního vzdělávání, včetně dlouhodobé přípravy podle dřívějších právních předpisů.

h) **Standard** je písemně zpracovaný postup při poskytování zdravotní péče nebo související s poskytováním zdravotní péče, který odpovídá současným dostupným poznatkům vědy, zveřejněný ve věstníku Ministerstva zdravotnictví, případně v publikačním prostředku jiného ústředního správního úřadu.

Druhá část vyhlášky č. 55/2011 Sb. § 4 o činnostech zdravotnických pracovníků po získání odborné způsobilosti v § 3 hovoří o **činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí**.

(1) Zdravotnický pracovník uvedený v § 4 až 29 bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti:

- a) poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,
- b) dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu s právními předpisy upravujícími ochranu veřejného zdraví,
- c) vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající z jiných právních předpisů, pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení,
- d) poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře,
- e) podílí se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných středními školami a vyššími odbornými školami, v akreditovaných zdravotnických studijních programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v České republice a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů,
- f) podílí se na přípravě standardů.

(2) Zdravotnický pracovník uvedený v § 30 až 43 po získání odborné způsobilosti pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu v rozsahu své odborné způsobilosti

- a) poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,
- b) pracuje se zdravotnickou dokumentací a s informačním systémem zdravotnického zařízení.

(3) Pokud zdravotnický pracovník vykonává činnosti zvláště důležité z hlediska radiační ochrany, musí splňovat zvláštní požadavky stanovené jiným právním předpisem.

(4) Zdravotnický pracovník, který vykonává činnosti pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka se specializovanou způsobilostí, může také vykonávat z těchto činností úzce vymezené činnosti pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka, který je v rozsahu své zvláštní odborné způsobilosti k výkonu takových úzce vymezených činností způsobilý.

Vyhláška č. 55/2011 Sb. § 4 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků definuje činnosti takto:

Všeobecná sestra

(1) Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje,

případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. **Přitom zejména může:**

- a) vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),
- b) sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry,
- c) pozorovat, hodnotit a zaznamenávat stav pacienta,
- d) zajišťovat herní aktivity dětí,
- e) zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),
- f) provádět odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťovat jejich průchodnost,
- g) hodnotit a ošetřovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřovat stomie, centrální a periferní žilní vstupy,
- h) provádět ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z mobility,
- i) provádět nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,
- j) edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály,
- k) orientačně hodnotit sociální situaci pacienta, identifikovat potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkovat pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,
- l) zajišťovat činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů,
- m) provádět psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,
- n) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky, včetně návykových látek, (dále jen "léčivé přípravky"), manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,
- o) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Všeobecná sestra 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 podle odstavce 1 písm. b) až i) při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče.

(3) Všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům,

Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména může:

- a) podávat léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí nebo infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak,
- b) zavádět a udržovat kyslíkovou terapii,

- c) provádět screeningová a depistážní vyšetření, odebírat biologický materiál a orientačně hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické,
- d) provádět ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,
- e) provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečovat o močové katétry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře,
- f) provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádět nazogastrické sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečovat o ně a aplikovat výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií,
- g) provádět výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.

(4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře může:

- a) aplikovat nitrožilně krevní deriváty,
- b) asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji.

§ 5 Porodní asistentka

(1) Porodní asistentka vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotné ženě, rodící ženě a ženě do šestého týdne po porodu prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

Přitom zejména může:

- a) poskytovat informace o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytovat rady a pomoc v otázkách sociálně-právních, popřípadě takovou pomoc zprostředkovat,
- b) provádět návštěvy v rodině těhotné ženy, ženy do šestého týdne po porodu a gynekologicky nemocné, sledovat její zdravotní stav,
- c) podporovat a edukovat ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházet jeho komplikacím,
- d) diagnostikovat těhotenství, předepisovat, doporučovat nebo provádět vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sledovat ženu s fyziologickým těhotenstvím, poskytovat jí informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předávat ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví,
- e) sledovat stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými a technickými prostředky, rozpoznávat u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhat mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádět neodkladná opatření,
- f) Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků stránka 6 - připravovat rodičku k porodu, pečovat o ni ve všech dobách porodních a vést fyziologický porod, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vést i porod v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví,
- g) ošetřovat porodní a poporodní poranění a pečovat o ženu do šestého týdne po porodu,
- h) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky a manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,

i) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi, a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Porodní asistentka může poskytovat bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickému novorozenci prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádět jeho první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.

(3) Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví může:

- a) asistovat při komplikovaném porodu,
- b) asistovat při gynekologických výkonech,
- c) instrumentovat na operačním sále při porodu.

(4) Porodní asistentka pod odborným dohledem porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru nebo všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může vykonávat činnosti podle § 4 odst. 1 písm. b) až i) při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče.

(5) Porodní asistentka dále vykonává činnosti podle § 4 odst. 1, 3 a 4 u těhotné a rodící ženy, ženy do šestého týdne po porodu a pacientky s gynekologickým onemocněním.

§ 17 Zdravotnický záchranář

(1) Zdravotnický záchranář vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby, a dále v rámci anesteziologicko-resuscitační péče a v rámci akutního příjmu specifickou ošetrovatelskou péči. Přitom zejména může:

- a) monitorovat a hodnotit vitální funkce včetně snímání elektrokardiografického záznamu, průběžného sledování a hodnocení poruch rytmu, vyšetření a monitorování pulzním oxymetrem,
- b) zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci s použitím ručních kříslicích vaků, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu,
- c) zajišťovat periferní žilní vstup, aplikovat krystaloidní roztoky a provádět nitrožilní aplikaci roztoků glukózy u pacienta s ověřenou hypoglykemií,
- d) provádět orientační laboratorní vyšetření určená pro urgentní medicínu a orientačně je posuzovat,
- e) obsluhovat a udržovat vybavení všech kategorií dopravních prostředků, řídit pozemní dopravní prostředky, a to i v obtížných podmínkách jízdy s využitím výstražných zvukových a světelných zařízení,
- f) provádět první ošetření ran, včetně zástavy krvácení,
- g) zajišťovat nebo provádět bezpečné vyproštění, polohování, imobilizaci, transport pacientů a zajišťovat bezpečnost pacientů během transportu,
- h) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při řešení následků hromadných neštěstí v rámci integrovaného záchranného systému,
- i) zajišťovat v případě potřeby péči o tělo zemřelého,
- j) přejímat, kontrolovat a ukládat léčivé přípravky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,
- k) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu,
- m) provádět neodkladné výkony v rámci probíhajícího porodu,

n) Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků s. 17 - přijímat, evidovat a vyhodnocovat tísňové výzvy z hlediska závažnosti zdravotního stavu pacienta a podle stupně naléhavosti, zabezpečovat odpovídající způsob jejich řešení za použití telekomunikační a sdělovací techniky,

o) provádět telefonní instruktáž k poskytování první pomoci a poskytovat další potřebné rady za použití vhodného psychologického přístupu.

(2) Zdravotnický záchranář v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby, a dále v rámci anesteziologicko resuscitační péče a v rámci akutního příjmu může bez odborného dohledu na základě indikace lékaře vykonávat činnosti při poskytování diagnostické a léčebné péče. Přitom zejména může

a) zajišťovat dýchací cesty dostupnými pomůckami, zavádět a udržovat inhalační kyslíkovou terapii, zajišťovat přístrojovou ventilaci s parametry určenými lékařem, pečovat o dýchací cesty pacientů i při umělé plicní ventilaci,

b) podávat léčivé přípravky, včetně krevních derivátů,

c) asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků¹³⁾ a ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji,

d) provádět katetrizaci močového měchýře dospělých a dívek nad 10 let,

e) odebírat biologický materiál na vyšetření,

f) asistovat při porodu a provádět první ošetření novorozence,

g) zajišťovat intraoseální vstup.

3 Ošetřovatelská dokumentace

Vedení ošetřovatelské dokumentace (dále jen OD) je systematické zaznamenávání plánované a neplánované ošetřovatelské péče poskytované pacientovi/klientovi všeobecnou sestrou, porodní asistentkou a zdravotnickým záchranářem. Správné vedení záznamu efektivním způsobem ovlivňuje ošetřovatelskou praxi a porodní asistenci.

V příloze č. 1 k Vyhlášce č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění, jsou uvedeny minimální obsahy samostatných částí zdravotnické dokumentace. Dokumentace ošetřovatelské péče (bod 11 výše uvedené vyhlášky) musí obsahovat:

A. Záznam o ošetřovatelské péči, který zahrnuje:

- a) ošetřovatelskou anamnézu pacienta a zhodnocení zdravotního stavu pacienta,
- b) ošetřovatelský plán, ve kterém se uvede: popis ošetřovatelského problému pacienta nebo stanovení ošetřovatelských diagnóz a předpokládaných ošetřovatelských činností a výkonů, včetně záznamu o jejich provedení a poučení pacienta; podle povahy ošetřovatelského výkonu se uvede též časový údaj o jeho provedení, hodnocení poskytnuté ošetřovatelské péče a průběžné změny v ošetřovatelském plánu,
- c) průběžné záznamy o vývoji zdravotního stavu pacienta, o předání informací a poučení pacienta,
- d) ošetřovatelskou propouštěcí nebo překladovou 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.

3.1 Hlavní zásady vedení ošetřovatelské dokumentace

Zdravotnická zařízení dokumentují realizaci ošetřovatelského procesu v ošetřovatelské části zdravotnické dokumentace, která vychází a je v souladu s platnou legislativou.

Neexistuje metoda ani šablona pro jednotné vedení OD. Ošetřovatelská dokumentace je hodnocena a upravována na základě konzultací a diskuzí probíhajících na místní úrovni mezi všemi členy víceoborového zdravotnického týmu i s pacientem/klientem. Je to ošetřovatelská dokumentace, která je hodnocena a upravována podle potřeb pacienta/klienta a umožňuje, aby o pacienta/klienta pečovala sestra bez ohledu na stadium procesu péče nebo prostředí péče. Při sestavování ošetřovatelské dokumentace je vhodné použití systematických ošetřovatelských modelů pro získání uceleného přehledu o pacientovi/klientovi.

U každého pacienta/klienta je vedena samostatná ošetrovatelská dokumentace.

K efektívnému vedení ošetrovatelské dokumentace přispívá řada faktorů:

U každého pacienta/klienta je vedena samostatná ošetrovatelská dokumentace:

1. Ošetrovatelská dokumentace by měla **obsahovat** tyto základní složky: ošetrovatelskou anamnézu a stanovení ošetrovatelské diagnózy, ošetrovatelský plán, postupy poskytování péče, poučení pacienta, hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče, změny v ošetrovatelském plánu a překladovou/propouštěcí zprávu. Dle individuálních problémů pacienta/klienta lze použít další složky ošetrovatelské dokumentace, např. plán péče o dekubity, záznam bolesti apod.
2. Dokumentace je uložena na určeném místě a spolu s lékařskou dokumentací tvoří celek, který slouží jako **doklad o léčebné a ošetrovatelské péči** u daného pacienta/klienta.
3. Každá složka, formulář ošetrovatelské dokumentace musí být **identifikovatelná**, tzn., musí obsahovat osobní údaje pacienta/klienta v rozsahu nezbytném pro jeho identifikaci a **označení zdravotnického zařízení**, které ji vyhotovilo.
4. Do dokumentace může být psáno pouze **nesmazatelným psacím prostředkem**, nesmí se používat obyčejná tužka ani inkoustové pero.
5. **Všechny záznamy**, změny a doplňky musí být opatřeny datem, časem a podpisem sestry, která záznam provedla.
6. Provedené **záznamy musí být srozumitelné**, čitelné, stručné, úplné a obsahující všechny nezbytné informace.
7. Dokumentace pacienta/klienta by měla být konkrétní, přesná, **logicky navazující**.
8. Každá změna musí **dokumentovat stav pacienta**, jeho záporné i kladné reakce, léčebné a vyšetřovací výkony, ošetrovatelskou péči apod.
9. **Sestra objektivně** zaznamenává, co viděla, slyšela a dělala v souvislosti s péčí o pacienta.
10. Dokumentace musí poskytovat jednoznačný **důkaz o sdělených informacích**, přijatých rozhodnutích, poskytnuté péči.
11. **Zkratky používáme pouze standardizované**, abychom zajistili čitelnosti pro ostatní členy ošetrovatelského týmu.
12. V případě opravy je provedeno pouze škrtnutí chybného záznamu, **nesmí se přepisovat** ani přelepovat.
13. Nevyplněné **kolonky** v dokumentaci jsou proškrtnuty, **nesmí být prázdné**.
14. **Důležité informace** je možné zvýraznit **barevně**, např. podání opiátů, alergie apod.

3.2 Význam ošetrovatelské dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace (OD) je **součástí celkové zdravotnické dokumentace** nemocného. Její **účel je jak administrativní, tak klinický**. Slouží jako zdroj informací o potřebách pacienta/klienta, cílech ošetrovatelské péče, o péči samotné a jejich výsledcích. **Umožňuje hodnotit účinnost** či neúčinnost různých ošetrovatelských zákroků. Správně vedená OD je tedy zároveň produktem dobré týmové práce i důležitým nástrojem **zvyšování kvality** zdravotnické péče a v tomto případě vždy právně **chrání pacienta i sestru**. Zajišťuje kontinuitu ošetrovatelské péče, dává chronologický přehled o poskytované péči. Umožňuje písemnou komunikaci mezi členy ošetrovatelského týmu, usnadňuje přesné sdělování informací o pacientovi. Poskytuje spolehlivé údaje, které mohou být použity pro další vzdělávání a výzkum. OD **musí odpovídat a akceptovat závazná doporučení**

legislativy (zákonů, směrnic, vyhlášek, akreditačním standardům a profesním standardům). Kvalitní vedení ošetřovatelské dokumentace je **odrazem úrovně profesionální praxe**. Správné, vhodné a efektivní vedení dokumentace je vizitkou kvalifikovaného odborníka, naopak nedbale vedená a neúplná dokumentace často skrývá i širší problémy praxe určitého jednotlivce nebo zdravotnického zařízení. Aby byla OD smysluplná, musí vyhovovat potřebám oddělení, být **jednoduchá**, dobře přístupná a sloužit jako informační zdroj všem, kteří poskytují nemocnému nejen ošetřovatelskou, ale celkovou zdravotní péči.

3.3 Základní ošetřovatelská dokumentace

Ošetřovatelský dokumentační systém má tyto základní složky:

A) Vstupní ošetřovatelský záznam, který obsahuje:

- ošetřovatelskou anamnézu,
- subjektivní hodnocení pacienta/klienta sestrou,
- objektivní hodnocení pomocí měřících technik.

B) Plán ošetřovatelské péče - tvoří základní složku ošetřovatelské dokumentace.

Obsahuje:

- ošetřovatelské diagnózy,
- cíle ošetřovatelské péče,
- plánované sesterské intervence,
- postupy poskytování ošetřovatelské péče a podle povahy postupů datum a časový údaj o poskytnutí ošetřovatelské péče nebo četnost poskytnutí jednotlivých ošetření nebo jiných postupů ošetřovatelské péče, včetně poučení pacienta,
- hodnocení efektu poskytované péče,
- datum zpracování, poskytování a hodnocení péče,
- záznam o neplánované situaci či péči, změně v ošetřovatelském plánu,
- podpis sestry, která odpovídá za plán péče (primární, skupinová sestra) a sestry, která péči poskytovala.

C) Výstupní ošetřovatelský záznam (ošetřovatelská zpráva - propouštěcí, překladová), která podává informace další sestře, je-li nemocný přemístěn na jiné pracoviště nebo propuštěn domů. Obsahuje stručné informace o potřebách ošetřovatelské péče a zajišťuje její kontinuitu:

- shrnutí ošetřovatelské anamnézy,
- aktuální údaje o poskytnuté ošetřovatelské péči včetně časových údajů o poslední poskytnuté péči, posledním podání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a použití zdravotnických prostředků,
- aktuální údaje o zdravotním stavu pacienta,
- záznam o rozsahu podané informace v rámci ošetřovatelské péče při propuštění z lůžkové péče,
- ošetřovatelská propouštěcí zpráva se nevypracovává, je-li o propuštění pacienta z lůžkové péče vypracována propouštěcí zpráva.

D) Doplnující formuláře (dle druhu zařízení a péče):

- záznam o bolesti,
- záznam peri-operační péče,
- záznam péče o rány a dekubity, foto defektu a rány,

- Bärthelové test,
- polohovací karta,
- záznam o pádu pacienta,
- mimořádné události,
- sociální záznam,
- záznam o příjmu a výdeji tekutin,
- nutriční záznam,
- diabetický záznam,
- záznam o uložených cennostech,
- edukační záznam,
- záznam o průběhu fyzioterapie,
- laboratorní výsledky,
- list pro výsledky vyšetření RTG, EKG, konzilií (indikuje ošetřující lékař) atd.

K jednotlivým výše uvedeným základním částem ošetrovatelské dokumentace uvádíme stručné vysvětlení:

Ad A) První fáze - ošetrovatelská anamnéza musí obsahovat základní údaje o pacientovi, které jsou nezbytné pro zahájení léčebné a ošetrovatelské péče, pro stanovení ošetrovatelské diagnózy a plánování ošetrovatelských činností. Jde vždy o hodnocení celé osobnosti pacienta (mluvíme o tzv. holistickém - celostním přístupu k nemocnému). Vyhodnocujeme jeho bio – psycho - sociální a duchovní potřeby. Obsahuje ošetrovatelskou anamnézu, subjektivní hodnocení nemocného sestrou a objektivní hodnocení pomocí měřících technik. Hlavním zdrojem informací je pro nás pacient, dále potom jeho zdravotnická dokumentace, veškerý ošetrovatelský personál, rodina a přátelé. Anamnézu odebírá a zpracovává skupinová sestra, která pacienta přijímá. Anamnéza je opatřena podpisem pacienta a sestry. Anamnéza musí být vždy vyplněná celá, včetně údajů o datu a času odebírání anamnézy.

Sepsaná musí být do 24 hod po příjmu pacienta. Podle práva není rozdíl mezi odebranou anamnézou lékařem nebo sestrou. Není také dán způsob ani obsah anamnestických údajů. Listina základních práv a svobod v čl. 10, odst. 3 stanovuje, že každý má právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě. Zákon **č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů** a o změně některých zákonů v § 4, písm. b) uvádí, že pro účel tohoto zákona se rozumí osobním údajem jakýkoliv údaj týkající se určeného nebo určitého subjektu. Subjekt údajů se považuje za určený nebo určitelný, jestliže lze na základě jednoho či více osobních údajů přímo, nebo nepřímo zjistit jeho identitu. **Citlivým údajem** je osobní údaj, který vypovídá o národnosti, etnickém původu, náboženství, trestní činnosti, zdravotním stavu, sexuálním životě apod. V § 5, v odst. 1, písm. d) stanovuje, že **správce je povinen shromažďovat údaje odpovídající stanovenému úkolu a v rozsahu nezbytném pro naplnění stanoveného úkolu.** Vyplývá z toho, že do anamnestických údajů můžeme zahrnout jen **údaje nezbytně nutné pro naši práci a na kterých můžeme dále stavět** (např. alergie, dietní opatření, pravidelnost vyprazdňování apod.).

Ad B) Druhou složkou OD je plán ošetrovatelské péče, který tvoří její základní složku. Obsahuje ošetrovatelské diagnózy, cíl péče, sesterské intervence, hodnocení poskytnuté péče a záznam vývoje stavu nemocného. Formuláře, které slouží k sestavení ošetrovatelského plánu, by měly být praktické a měla by s nimi být lehká a jednoduchá manipulace. Formátově by měly odpovídat ostatním dokumentům, které jsou zakládány do dekurzu nebo do chorobopisu pacienta. Vždy záleží na

konkrétním pracovišti, jaký rozsah formuláře plánu ošetrovatelské péče zvolí. Musí v něm být dostatek místa na zaznamenávání informací, které vyžaduje provoz oddělení a **specifika péče o nemocné na tomto oddělení**. Zakládání plánu ošetrovatelské péče v rámci 3. fáze OP (ošetrovatelského procesu) má význam jen u delší hospitalizace, nebo u závažnějšího stavu hospitalizovaného pacienta. Plán ošetrovatelské péče postrádá opodstatnění u krátkodobých hospitalizací. Dále u pacienta, který byl přijatý k jednoduchému chirurgickému výkonu (jednodenní chirurgie). Vyhodnocení poskytované péče je 5. fáze procesu. **Sestra je odpovědná za hodnocení stavu pacienta a zaznamenávání pokroků provádí denně, vždy ve směně**. Hodnocení se provádí porovnáním zaznamenaných očekávaných **výsledků a skutečného stavu pacienta**. Záznam je opatřen datem, hodinou prováděného zápisu a podpisem sestry, která hodnocení provedla. Po dosažení požadovaného cíle se výsledky zhodnotí a problémy označí jako vyřešené. Když se výsledků nedosáhne, plán se přehodnotí a vede k potřebě dalšího získávání dat, ke změně plánu, jeho provedení a následně k novému zhodnocení, což se opakuje až do propuštění nemocného. Sestra je **povinna pravdivě a aktuálně zaznamenat stav každého problému pacienta do dokumentace** pod číslo stanovené ošetrovatelské diagnózy.

Realizace aktivní individualizované plánu, která je 4. fází OP. Jde o vlastní péči sestry o nemocného a současně získávání dalších poznatků o nemocném, které umožňují lépe specifikovat ošetrovatelskou diagnózu a operativně modifikovat další ošetrovatelskou péči. Činnosti jsou **zaznamenány s datem a podpisem sestry**. V případě, že úkon základní ošetrovatelské péče nebyl u pacienta vykonán, provede sestra záznam do Hlášení sester s uvedením důvodu, stvrdí svým podpisem a jmenovkou.

Hlášení sester - ošetrovatelský záznam: do hlášení sester zapisuje sestra důležité informace o změnách zdravotního stavu pacienta, jeho reakcích na výkony, léčbu nebo ošetrovatelské intervence. Vše, co bylo pro pacienta uděláno, musí být dokumentováno. Každá směna musí dokumentovat stav pacienta a jeho reakce na poskytovanou péči. Sestra dokumentuje objektivně přesně to, co viděla, slyšela, vykonala. Všechny záznamy musí být srozumitelné, musí obsahovat datum a podpis sestry. Záznamy se nepřepisují, nepřelepují a nepoužívá se krycí barva. Hlášení se píše pokud možno v průběhu služby. Sestře v další směně se předávají ústně informace, které byly do hlášení zaznamenány.

Ad C) Ošetrovatelská překladvá/propouštěcí zpráva se vypisuje vždy při překladvu pacienta do jiného zdravotnického zařízení či rehabilitačního ústavu nebo ústavu sociální péče. Překladvou zprávu vyplňuje sestra, která aktuálně pacienta propouští – překladvá z oddělení. Zprávu vyplňuje 2x – originál se odesílá s pacientem, kopie se ponechává ve zdravotnické dokumentaci nemocnice. Formulář ošetrovatelské překladvé nebo propouštěcí zprávy musí mít označení zdravotnického zařízení a oddělení, ze kterého je pacient propuštěn nebo překladván. Tato zpráva obsahuje zásadní potřebné údaje, které se týkají ošetrovatelské péče u daného pacienta (např. zda pacient jí sám, nebo byl krmen, zda je kontinentní nebo inkontinentní ve vyprazdňování moče i stolice apod.). Zpráva nemá obsahovat připomínky pacienta k poskytované ošetrovatelské péči, stravování apod. Toto není účelem ani obsahem ošetrovatelské propouštěcí nebo překladvé zprávy.

3.4 Právo dalších a jiných pracovníků na přístup k dokumentaci

Je to diskutovaná otázka, stále častěji vznikají neshody mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty, nebo jejich rodinnými příslušníky, kteří chtějí nahlédnout do zdravotnické dokumentace své, nebo svých příbuzných, což se týká jak lékařské, tak ošetrovatelské. Organizace, zaměstnávající profesionální pracovníky, kteří vedou zdravotnickou dokumentaci, jsou jejími právními vlastníky. To však neznamená, že kdokoliv v organizaci má automaticky právo na přístup k ní či v ní obsaženým informacím. Povinností všech zdravotnických pracovníků je chránit důvěrnost zdravotnické dokumentace pacienta/klienta na základě Zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Patří organizaci, ale informace v ní obsažené jsou důvěrné a měly by být poskytovány dokonce i zaměstnancům pouze se souhlasem pacienta/klienta. Z právního hlediska je povinností lékaře poučit vhodným způsobem nemocného, členy jeho rodiny o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při péči o své zdraví. **Zákon sice neuvádí, jak přesně má být pacient poučen**, ale nevyplývá z něho ani povinnost nechat jeho, nebo členy rodiny, nahlížet do zdravotnické dokumentace, aby byli dostatečně informováni.

Do zdravotnické dokumentace mohou nahlížet, a to v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu v rozsahu své kompetence:

- zdravotničtí pracovníci (lékaři, sestry, fyzioterapeuti, lékárníci, psychologové, logopedové a jiní),
- pověření členové příslušné komory při šetření případů podléhajících disciplinární pravomoci příslušné komory,
- revizní lékaři zdravotních pojišťoven,
- soudní znalci v oboru zdravotnictví,
- lékaři správních úřadů ve zdravotnictví, lékaři pověření krajem, členové znaleckých komisí,
- pověření zdravotničtí pracovníci orgánu ochrany veřejného zdraví (hygienici),
- lékaři orgánů sociálního zabezpečení, lékaři úřadu práce a lékaři okresních úřadů při posuzování zdravotního stavu,
- zaměstnanci zdravotnických zařízení zajišťující zpracování dat při vedení dokumentace,
- zaměstnanci státu nebo zpracovatelé zajišťující úkoly Národní zdravotně informační služby (dále jen NZIS),
- pověřené zdravotnické zařízení posuzující zdravotní stav pro účely pojistných a podobných smluv,
- veřejný ochránce práv v souvislosti s šetřením,
- inspektoři Ústavu pro odborné zjišťování příčin leteckých nehod,
- zaměstnanci státního ústavu pro kontrolu léčiv, kteří provádějí kontrolu.

V legislativě je zvláštním ustanovením upraven přístup těch, kteří dosud nejsou zdravotnickými pracovníky, ale **studují nebo se jinak na zdravotnické povolání připravují**. Jedná se především o studenty zdravotnických škol, lékařských a lékárenských fakult a některých dalších vysokých škol. V tomto případě musí dát souhlas jednak ten, kdo odpovídá za praktickou výuku a taktéž písemný souhlas pacient či jeho zákonného zástupce. Tento písemný souhlas musí být uložen v dokumentaci daného pacienta. Toto ustanovení osobám připravujícím se na zdravotnické povolání ukládá **povinnost zachovat mlčenlivost** o skutečnostech,

keré se dozvěděly. **Pacient má právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě** a v jiných zápisech, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu. Za osoby mladší 18 let nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům mají právo na informace podle věty první jejich zákonní zástupci.

Zákon neuvádí, zda pacient nebo jeho rodina smí, nebo nesmí do dokumentace nahlížet. V praxi to často bývá tak, že zdravotnické zařízení na podkladě tohoto zákona nedovoluje nahlížet do dokumentace pacientovi ani jeho rodině. V případě, že je ze strany pacienta nebo jeho rodiny vyvíjen nátlak do dokumentace nahlédnout, má pouze primář oddělení právo rozhodnout o tom, zda povolí nahlédnout do dokumentace. **Sestra tedy nemá oprávnění povolit nahlédnutí do ošetrovatelské dokumentace ani se souhlasem pacienta.** Pacienti/klienti nemají právo omezovat množství informací relevantních pro jejich péči nebo stav, které jsou zařazovány do jejich dokumentace. Mohou však omezit přístup k určitým informacím o sobě a vy musíte toto jejich právo respektovat. Tímto právem by se měly zabývat místní směrnice a standardy. Pacient má právo být seznámen s obsahem zdravotnické dokumentace, ale nemá právo na informace o třetích osobách (např. manželka uvádí, že pacient nedodrží dietu apod.). **Princip důvěrnosti informací**, které se zaznamenávají o svých pacientech/klientech, je stejně důležitý u počítačových záznamů jako u všech ostatních záznamů. Sestra je profesionálně povinna zabezpečit, aby kterýkoliv používaný systém byl plně bezpečný. Měly by být vytvořeny jasné místní standardy, které by specifikovaly, kteří pracovníci mají k počítačem vedeným záznamům přístup.

Záznamy pacienta/klienta mohou být použity pro výzkumné účely, při výuce a při klinickém dohledu pouze dle **pravidel etické komise** a její použití by mělo být schváleno místní etickou komisí. Platí zde stejné principy pro přístup a důvěrnost a mělo by být respektováno **právo pacienta/klienta odmítnout přístup** k jeho záznamům. V případě, že je záznamů k těmto účelům použito, musí být v dokumentaci písemný souhlas pacienta/klienta. Česká asociace sester (dále jen ČAS) podporuje princip sdílené dokumentace, podle něhož všichni členové zdravotnického týmu zapojení do péče a terapie jednotlivých pacientů/klientů vkládají zápisy do jedné dokumentace v souladu se schváleným místním standardem. Možnost získat informace při dodržování soukromí pacienta/klienta je velmi důležitá. Zápis každého člena zdravotnického týmu do této dokumentace by měl být považován za stejně důležitý. Tato skutečnost odráží širší hodnotu spolupráce ve víceoborovém zdravotnickém týmu.

3.5 Ošetrovatelská dokumentace jako důkazný materiál soudního šetření

Ošetrovatelská dokumentace pacientů/klientů je někdy vyžadována jako důkaz u soudu anebo za účelem vyšetření stížnosti na místní úrovni. Jako důkaz mohou být požadovány všechny její složky. Sestra si musí uvědomit, že **veškeré zápisy**, které učiní do ošetrovatelské dokumentace pacienta/klienta, **mohou být v určitém okamžiku podrobně zkoumány**. Legislativa přistupuje k vedení ošetrovatelské dokumentace tak, že **pokud něco není zaznamenáno, nebylo to ani provedeno**. Stížnosti na neprofesionální chování sester, porodních asistentek a sester komunitní péče posuzuje etická komise ČAS. Sestra, porodní asistentka nebo sestra komunitní péče má jak profesionální, tak zákonnou povinnost poskytovat péči. Frekvence

zaznamenaných informací bude určována jak profesionálním úsudkem sestry, tak místními standardy a předpisy.

Zápis v ošetrovatelské dokumentaci musí být učiněn **vždy při změně zdravotního stavu** pacienta/klienta

a **zhodnocen** ošetřujícím personálem **za každou pracovní směnu**. Sestra nebo sestra komunitní péče je profesionálně zodpovědná za to, aby všechny úkoly, byly splněny při zachování stanovené míry kvality. Jestliže např. **pověří vedením ošetrovatelské dokumentace studenty ošetrovatelství, musí nad nimi zajistit řádný dohled a musí se přesvědčit, zda jsou schopné tento úkol splnit**. Každý takovýto **zápis musí čitelně parafovat** a musí si být vědoma toho, že je profesionálně zodpovědná za důsledky takovýchto informací. Musí zajistit, aby každý zápis, který do ošetrovatelské dokumentace udělá, bylo možno snadno identifikovat. Proto je důležité mít na pracovišti veden **seznam pracovníků s podpisovými vzory**.

Uchovávání a skartace zdravotnické dokumentace se řídí zvláštním právním předpisem. Náležitosti a obsah zdravotnické dokumentace, vzorů tiskopisů, povinných hlášení, a podrobnosti o způsobu vedení, zpracování a zacházení se zdravotnickou dokumentací v písemné a elektronické formě, skartační řád, jehož součástí je skartační plán, stanoví ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Období, po něž se vyžaduje, aby záznamy pacientů/klientů byly uchovávány, závisí na platné legislativě. Je vhodné, aby mělo zařízení vypracované směrnice s uvedením požadavků na uchovávání veškerých záznamů, které je nutno dodržovat. Vyřazování zdravotnické dokumentace ve skartačním řízení zajišťuje zdravotnické zařízení, které ji vede, v souladu se **skartačním řádem**. To platí obdobně pro správní úřad, který podle zákona převzal zdravotnickou dokumentaci, nebo zřizovatele zrušeného státního zdravotnického zařízení, který nepřevodil práva a závazky tohoto zařízení na jiné jím zřízené zdravotnické zařízení (dále jen skartující správní úřad).

Zdravotnická dokumentace se uchovává po dobu 5 let a označuje se skartačním znakem S, pokud není zvláštním právním předpisem stanoveno jinak. Skartační lhůta pro uchovávání zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi jedním zdravotnickým zařízením, s výjimkou lékařských předpisů označených modrým pruhem, jejich průpisů a žádostí o provedení vyšetření a výsledků laboratorních vyšetření, počíná běžet dnem 1. ledna následujícího roku po dni, v němž byl učiněn poslední záznam ve zdravotnické dokumentaci pacienta. Skartační lhůta pro uchování lékařských předpisů označených modrým pruhem a jejich průpisů a žádosti o provedení vyšetření a výsledků laboratorních vyšetření počíná běžet od data jejich vydání. Pokud zdravotnická dokumentace vedená o pacientovi svým zařazením nebo věcným obsahem podléhá několika lhůtám pro její uchování podle vyhlášky, doba uchovávání a skartační znak se stanoví vždy podle nejdelší lhůty.

3.6 Informační technologie a počítačem vedené záznamy

Mnoho všeobecných sester, sester komunitní péče některých zdravotnických zařízení nyní k záznamům svých plánů, hodnocení a poskytování péče používá informační technologie, která má své výhody. **Počítačové záznamy** jsou čitelné, méně objemné, odstraňují potřebu duplicity a zlepšují komunikaci mezi členy zdravotnického týmu. Základní principy, které platí pro ručně psanou dokumentaci, musí být uplatňovány i u počítačových záznamů. Všechny samostatné části

zdravotnické dokumentace **musí obsahovat elektronický podpis osoby**, která zápis provedla. V případě, že **zázpisy nemají elektronický podpis, musí uchovávat tištěnou formu dokumentace s podpisy**. **Bezpečnostní kopie** datových souborů musí být prováděny **nejméně jednou za pracovní den**. Uložení **archivních kopií** se vytváří **nejméně jedenkrát za rok**, je provedeno způsobem znemožňujícím do záznamů provádět dodatečné zásahy.

4 Koncepční modely v ošetrovatelství

Koncepční model je soubor abstraktních a všeobecných koncepcí a tvrzení integrovaných do smysluplné konfigurace. Týká se globálních představ o jednotlivcích, skupinách, událostech a jevech zajímavých z hlediska vědní disciplíny. Poskytuje odlišný pohled na koncepcie metaparadigmatu - osoba, prostředí, zdraví, ošetrovatelství. Koncepční modely **poskytují orientaci** pro praxi, vzdělání a výzkum. Představují systémový přístup k praxi, řízení a usnadňuje komunikaci mezi sestrami. Jsou důležité pro sestru, protože jí nabízejí filozofickou a pragmatickou orientaci na služby, které sestra poskytuje pacientům/klientům, které může poskytnout jen sestra, služby, které **nabízejí dimenzi celkové péče**, která se liší od péče poskytované kterýmkoliv jiným zdravotníkem.

Využití konceptních modelů a teorií v praxi:

Koncepční modely a teorie ošetrovatelství se uplatňují v praxi prostřednictvím ošetrovatelského procesu, který je podobný vědeckému či procesu řešení problémů a zahrnuje pět fází.

1) Posuzování

Shromážděné specifické údaje o zdravotních potřebách pacienta jsou v přímém vztahu k druhé jednotce konceptního modelu - klientovi/pacientovi, např. když ho vidíme ve světle jeho potřeb, shromažďujeme údaje o těchto potřebách.

2) Diagnostika

Údaje z první fáze se analyzují, aby se identifikovaly aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy, které se zaznamenávají podle použitého ošetrovatelského modelu.

3) Plánování

Plánování je též v přímém vztahu ke konceptnímu modelu - cíle rozhodnutí o pacientových problémech, ošetrovatelské zásahy na dosažení těchto cílů a výsledná kritéria, na základě kterých sestra může vyhodnotit, zda se cíle splnily nebo nesplnily, jsou v souladu se způsoby intervence uvedenými v konceptním modelu.

4) Realizace

Plánované intervence se realizují na základě vědeckých poznatků, které nejsou zahrnuty do ošetrovatelského modelu, který nabízí sestře instrukce, co má dělat, a přímo určuje, které ošetrovatelské zásahy jsou naplánované, ale nehovoří o tom, jak je realizovat.

5) Vyhodnocení

V této fázi sestra vyhodnotí účinnost celého ošetrovatelského procesu a ošetrovatelského modelu.

Nejznámější konceptní modely a teorie ošetrovatelství:

- MARJORY GORDON
- FLORENCE NIGHTINGAL
- MEDELEINE LEININGER
- FAYE G. ABDELLAH
- IDA JEAN ORLANDO
- HILDEGARD E. PEPLAU
- DOROTHY JOHNSON
- IMOGENE KING
- MYRA E. LEVINE

- BETTY NEUMAN
- DOROTHEA OREM
- MARTHA E. ROGERS
- NANCY ROPER
- JEAN WATSON
- ERNESTINA WIEDENBACH
- CALLISTA ROY

5 Ošetřovatelský proces

Hlavní pracovní metodou ošetřovatelského personálu je ošetřovatelský proces (dále jen OP). Jeho cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů/klientů. Je to racionální metoda poskytování a řízení ošetřovatelské péče, respektuje právo pacienta na individuální péči a účast včetně spolurozhodování. Je založen na systému vyhledávání bio-psycho-socio-spirituálních potřeb pacienta a jejich uspokojování aktivně nabízenou ošetřovatelskou péčí. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které profesionálové v ošetřovatelství používají:

- ke zhodnocení stavu individuálních potřeb klienta/pacienta, rodiny nebo komunity
- ke stanovení ošetřovatelských problémů (ošetřovatelských diagnóz)
- k plánování ošetřovatelské péče
- k realizaci ošetřovatelské péče
- k vyhodnocování efektivity ošetřovatelské péče

Tyto ošetřovatelské činnosti umožňují, aby se sestra samostatně rozhodovala pro nejvhodnější způsob péče, dosahovala stanovených cílů a mohla měřit pokrok, kterého pacient jejím přičiněním dosáhl. Tak může zhodnotit účinnost ošetřovatelské péče. Ošetřovatelský proces vede ke zvyšování kvality a efektivity různých metod a technik použitelných při ošetřování nemocných. Zvyšuje profesní pravomoc a tvořivost sester a přináší lepší pocit pracovní spokojenosti a seberealizace. Umožňuje každému, kdo o nemocného pečuje, vyšší stupeň samostatnosti a řízení vlastní práce. Každý člen ošetřovatelského týmu vidí efekt své konkrétní práce v individualizované péči, neplní jen pasivně pracovní povinnosti, ordinace lékaře atd. Každá fáze je samostatná, ale přístup k ošetřovatelské péči je uplatňován jako celek - tedy každý jednotlivý krok je závislý na ostatních. Proces je míněn jako průběh ošetřovatelské činnosti, způsob práce s nemocným, způsob přístupu k profesionální ošetřovatelské péči, která je uskutečňována v určitém logickém pořadí. Ošetřovatelský proces je vyjádřen jako kontinuální a cyklický, nikdy nekončící vztah mezi sestrou a klientem/pacientem.

Fáze ošetřovatelského procesu (dále OP):

OP se v našich podmínkách v současné době uskutečňuje v 5 fázích:

1. fáze – Shromažďování informací, vytvoření ošetřovatelské anamnézy, identifikace
2. fáze - Stanovení ošetřovatelských potřeb, problémů, diagnóz tj. analýza informací
3. fáze - Stanovení cílů (krátkodobých a dlouhodobých) a očekávaných výsledků tj. rozhodnutí, plánování ošetřovatelské péče
4. fáze - Realizace aktivní individualizované péče
5. fáze - Zhodnocení efektu poskytnuté péče, objektivní změření účinku péče

5.1 První fáze ošetřovatelského procesu - posuzování

Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetřovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potenciální problémy péče o zdraví, vytýčit plány na posouzení potřeb a poskytnout konkrétní pečovatelské zásahy k uspokojení těchto potřeb. Ošetřovatelský proces je logický, systematický přístup k celkové péči o pacienta. Posuzování je nezbytné pro stanovení sesterské diagnózy. Je součástí všech

činností, které sestra dělá pro pacienta nebo s pacientem. Zahrnuje sběr dat a jejich validizaci, založení databáze s pacientovými odpověďmi: systematickou a nepřetržitou revizí dat. Cílem posouzení je založení databáze s pacientovými odpověďmi na zdravotní potíže nebo nemoc s ohledem na jeho potřebu ošetrovatelské péče.

Databáze obsahuje všechny základní informace o pacientovi, tj. sesterská anamnéza, fyzikální posouzení, lékařská anamnéza, fyzikální vyšetření, výsledky laboratorních a diagnostických testů a jiné materiály o pacientově zdravotním stavu. Sběr dat musí být systematický a nepřetržitý. I z tohoto důvodu je **nejvhodnější použít některý z ošetrovatelských modelů**. Ty umožňují komplexní posouzení pacienta. K vybudování přesné databáze a předcházení předčasným závěrům musí sestra validizovat předpoklady o pacientově fyzickém a emocionálním chování. Nevykonané potvrzení či ověření údajů vede k přijetí neověřených předpokladů považovaných za skutečnost, a tím k nepřesnému nebo neúplnému poznatku sestry. Pokud má být ošetrovatelský proces úspěšným rámcem pro ošetrovatelskou péči, informace shromážděné během posuzovací fáze musí být úplné, faktické a přesné.

Typy údajů

Objektivní - mohou být zjištěny pozorovatelem nebo přezkoušeny porovnáním se standardy - lze je vidět, slyšet, cítit nebo čichat. **Subjektivní** - jsou zřejmé pouze dané osobě, která je může popsat či verifikovat. Údaje o pacientovi mají obsahovat anamnézu týkající se minulosti i současné problémy.

Prameny údajů

Primární údaje:

- pacient - je pramenem primárních dat, obvykle poskytuje subjektivní údaje. Nemluvný pacient může příznaky podhodnocovat a přecitlivělý je zveličuje.

Sekundární údaje:

- známé osoby - rodinní příslušníci, přátelé často znají pacienta dobře a mohou o něm poskytnout informace,
- zdravotničtí pracovníci - sestry, lékaři, fyzioterapeuti apod. mohou podat informaci o minulém nebo současném styku s pacientem,
- zdravotní záznamy - jsou pramenem údajů o pacientových současných a prodělaných onemocněních,
- jiné záznamy a zprávy - laboratorní záznamy, monitorování farmakoterapie, případně zprávy sociálního odboru o pacientových životních podmínkách.

Metody sběru údajů

Pozorování - znamená získávat údaje z využívání pěti smyslů.

Má dvě hlediska: 1) všímání si příznaků, 2) výběr, uspořádání a vyjasnění dat. Pozorování je uvědomělá, cílená zručnost, kterou lze rozvíjet pouze soustředěným úsilím a organizovaným přístupem. Pozorování dělíme na krátkodobé, dlouhodobé, cílené a náhodné. Sestra se zaměřuje na celkový stav pacienta, jeho chování, stav vědomí, soběstačnost, spánek, smyslové orgány a jiné

Rozhovor - je plánovaná komunikace nebo konverzace s určitým cílem. Sestra může klást otevřené i uzavřené otázky, naplánuje si místo, čas rozhovoru, připraví vhodnou atmosféru.

Vyšetření, měření - sestry realizují fyzikální vyšetření na shromáždění objektivních údajů potřebných pro dokončení posuzovací fáze ošetrovatelského procesu. Po

získání dat uspořádáme tyto do strukturálního rámce. Tím **může být některý z ošetrovatelských modelů**. Posuzování pacienta, stejně jako utřídění údajů do rámce představuje efektivně vytvořenou databázi a zároveň se tím zamezuje vytváření duplicitních záznamů. Všechny získané údaje pacienta se implementují do rámce.

Význam plánování

- jasná představa o nemocném,
- stanovení individuálních a specifických potřeb,
- navození účinné komunikace a vzájemné spolupráce,
- předmětem péče je nemocný,
- prevence problémů,
- informace pro ostatní členy týmu.

Úplná databáze subjektivních a objektivních údajů umožňuje sestře formulovat sesterskou diagnózu, rozvíjet pacientovy cíle a zasahovat do činností na zlepšení zdraví a prevenci nemocí.

5.2 Druhá fáze ošetrovatelského procesu - diagnostika

Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetrovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potenciální problémy péče o zdraví, vytýčit plány na posouzení potřeb a poskytnout konkrétní pečovatelské zásahy k uspokojení těchto potřeb. Ošetrovatelský proces je logický, systematický přístup k celkové péči o pacienta.

Definice diagnózy:

- umění určit chorobu na základě jejích znaků a příznaků,
- prohlášení nebo závěr týkající se jevu,
- analýza průběhu a podstaty stavu, situace nebo problému.

Ošetrovatelská diagnóza je klinický závěr o odpovědích jednotlivce, rodiny nebo komunity na skutečné nebo potenciální zdravotní problémy nebo životní proces. Ošetrovatelské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetrovatelských zásahů na dosažení výsledků, za které je sestra odpovědná.

Srovnání ošetrovatelské a lékařské diagnózy:

Ošetrovatelská diagnóza

- popisuje odpověď jednotlivce na chorobný proces, stav nebo situaci,
- je zaměřena na jednotlivce, mění se tak, jak se mění odpovědi pacienta,
- usměrňuje nezávislé sesterské činnosti: plánování, realizaci a vyhodnocení,
- je doplňkovou k lékařské diagnóze,
- nemá obecně přijatý klasifikační systém,
- skládá se ze dvou částí a zahrnuje i údaje o etiologii, pokud je známá.

Lékařská diagnóza

- popisuje specifický chorobný proces,
- je zaměřena na patologii,
- usměrňuje lékařské ošetření, část jich může vykonávat i sestra,

- je doplňkovou k ošetřovatelské diagnóze,
- má dobře vyvinutý klasifikační systém, přijatý lékařskou profesí,
- skládá se z 2–3 slov.

Diagnóza je analyticko-syntetický proces. Diagnostický proces má tyto fáze:

Zpracování údajů – interpretace shromážděných dat. Má tyto fáze:

- uspořádání údajů
- porovnání údajů se standardy
- seskupení údajů
- zjištění mezer a rozporů

Zjištění, resp. hodnocení pacientových zdravotních problémů, zdravotních rizik a pozitiv, silných a slabých stránek.

- po zpracování údajů sestra a pacient společně ohodnotí silné a slabé stránky
- tedy zdravotní pozitiva a negativa
- toto je v podstatě rozhodovací proces

Formulování ošetřovatelských diagnóz

- v tomto konečném stadiu sestra formuluje příčinné vztahy mezi zdravotními problémy a faktory, které je ovlivňují

Forma ošetřovatelské diagnózy:

- **Termíny popisující problém (P)** - tato složka se týká označení nebo názvu diagnostické kategorie, je popisem pacientova individuálního, rodinného nebo komunitního zdravotního problému, který vyžaduje ošetřovatelskou péči
- **Etiologie problému (E)** - nebo jiných ovlivňujících faktorů, tato složka identifikuje jednu nebo více možných příčin zdravotního problému a dává směr nezbytné sesterské léčbě
- **Charakteristiky pro seskupování znaků a symptomů (S)** - určující charakteristiky poskytují informace nezbytné pro stanovení diagnostické kategorie

Psaní diagnostického závěru

- dvousložková ošetřovatelská diagnóza: P + E (problém + etiologie)
- tříložková ošetřovatelská diagnóza: P + E + S (problém + etiologie + symptomy).

Charakteristika diagnostického závěru

- diagnostický závěr je jasný a stručný
- je specifický a zaměřený na pacienta
- vztahuje se na jeden problém pacienta
- je přesný
- vychází ze spolehlivých a podstatných posuzovacích údajů

Chyby a omyly, které se mohou vyskytnout při stanovení ošetřovatelské diagnózy

- uvádění pacientovy odpovědi jako potřeby namísto problému
- používání úsudku/domněnky v závěrech
- kladení etiologie před pacientovu odpověď (problém)
- používání lékařské terminologie namísto sesterské
- používání závěrů, které neurčují specifický směr pro plánování nezávislých ošetřovatelských činností

- zahájení diagnózy ošetrovatelským zásahem
- použití jednoho symptomu vyskytujícího se u pacienta

5.3 Třetí fáze ošetrovatelského procesu - plánování

Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetrovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potenciální problémy péče o zdraví, vytýčit plány na posouzení potřeb a poskytnout konkrétní ošetrovatelské zásahy k jejich uspokojení.

Ošetrovatelský proces je logický, systematický přístup k celkové péči o pacienta. Plánování je proces vytýčení ošetrovatelských strategií nebo intervencí s cílem prevence, redukce nebo eliminace pacientových zdravotních problémů, které byly zjištěny a validizovány během diagnostické fáze. Cílem je dosažení kvalitní ošetrovatelské praxe. Plánování je promyšlený systematický proces, nezbytný k dosažení kvalitní ošetrovatelské péče. Je to proces, ve kterém je realizováno rozhodování a řešení problémů. Na plánování ošetrovatelských strategií se mohou účastnit sestry, pacient, členové rodiny, podpůrné osoby, poskytovatelé péče a členové jiných zdravotnických profesí. Proces plánování je v podstatě odpovědností sestry ačkoli, pokud má být účinný, příspěvek pacienta a podpůrných osob je zásadní. Už vůbec neplatí, že sestry plánují pro pacienta, ale pacient se musí podle možností sám podílet na procesu.

Součásti plánování:

1) Vytýčení priorit - stanovení preferenčního pořadí ošetrovatelských strategií. Priorita může být nízká, střední nebo vysoká. Problémy ohrožující život mají nejvyšší prioritu, po nich následují problémy ohrožující zdraví atd. Priority však nezůstávají konstantní, ale mění se tak, jak se objevují pacientovy zdravotní problémy.

Faktory, které mohou působit na stanovení priority:

- urgentnost zdravotního problému
- pacientova hodnota zdraví a názory
- pacientovy priority
- prostředky dostupné sestře i pacientovy
- čas potřebný pro ošetrovatelské postupy
- plán lékařské léčebné péče

2) Stanovení pacientových cílů a očekávaných výsledků - pacientův cíl je žádoucí výsledek nebo změna na jeho cestě za zdravím. Ošetrovatelská diagnóza usměřuje typ cílového závěru.

Důvody pro stanovení pacientových cílů jsou:

- usměrnit plánování ošetrovatelských zásahů, jimiž by bylo dosaženo předpokládané změny u pacienta
- usměrnit stanovení hodnotících kritérií pro měření účinnosti závěrů

Cíle jsou uvedeny v termínech chování pacienta a nikoli v termínech ošetrovatelských činností – jsou širokým pojmem a je třeba je dále upřesnit.

Usměrňují plánování ošetrovatelských zásahů, jimiž by bylo dosaženo předpokládané změny u pacienta, a stanovení hodnotících kritérií pro měření účinnosti zásahů.

Očekávaný výsledek je standardem nebo modelem, který lze použít v úsudku. Očekávané výsledky jsou závěry o konkrétních, pozorovatelných a měřitelných odpovědích pacienta. Jsou specifikací obecnějších cílů.

Cíle očekávaných výsledků:

- řídí činnost sestry
- poskytují časové limity na plánování aktivity
- slouží jako kritéria hodnocení pokroku na cestě k dosažení cíle
- umožňují pacientovi a sestře určit, kdy byl problém vyřešen

Charakteristika očekávaných výsledků:

- pro každý pacientův cíl je nutné si stanovit 3-6 očekávaných výsledků
- každý očekávaný výsledek souvisí s daným cílem
- výsledek stanovený kritériem je dosažitelný
- každý očekávaný výsledek se týká jediného specifického výsledku
- každý očekávaný výsledek má být co nejspecifičtější a co nejkonkrétnější, to pak usnadňuje měření
- každý očekávaný výsledek je prokazatelný nebo měřitelný, tj. výsledek lze vidět, slyšet, cítit nebo změřit jinou osobou

Součástí očekávaných výsledků:

- podmět - pacient
- sloveso - dělá, zná, pije
- podmínky - jak, kde, co
- plánovaná úroveň výkonu - za jak dlouho

Psaní cílů a očekávaných výsledků:

- cíle a očekávané výsledky se píše z pohledu pacienta a nikoliv z pohledu sestry
- nepoužívá se terminologie, která odráží ošetrovatelský zásah, tj. činnost sestry a neodráží pacientovo chování, resp. jednání
- dodržovat následující vazby + cíl se váže na ošetrovatelskou diagnózu a očekávaný výsledek k cíli
- formulovat očekávaný výsledek tak, aby odrážela pacientovi schopnosti
- poskytnout pacientům srozumitelné, přiměřené informace, kterým porozumí a jazykem, kterému porozumí
- posoudit cíle a očekávané výsledky s prací dalších zdravotnických pracovníků
- formulovat očekávané výsledky konkrétně, měřitelně a nikoli abstraktně a neměřitelně
- pacienta nepoučovat, ale vysvětlovat.

3) Plánování ošetrovatelských strategií - ošetrovatelské strategie (intervence) jsou činnosti sester zvolené na léčbu v intervencích specifických ošetrovatelských diagnóz pro dosažení pacientových cílů. Specifické strategie zvolené pro dané ošetrovatelské diagnózy se mají zaměřit na odstranění nebo zmenšení příčiny, to je v druhé části diagnostického závěru. Plánování ošetrovatelských strategií znamená přebírat různé alternativy sesterských činností k řešení pacientova problému, zvažovat důsledky

každé alternativy a nakonec zvolit jednu nebo více ošetrovatelských strategií. Metody při jejich výběru: brainstorming, hypotézování, extrapolace atd. Při výběru je nutné zvážit i důsledky, které mohou použitím dané metody u pacienta vzniknout. Správný výběr vyžaduje od sestry nejen znalosti, ale i zkušenost. Sestra má zohlednit zdravotní stav pacienta v daném okamžiku, biorytmus pacienta, rytmus dne, hodnoty, víru, léčebné metody atd.

4) Napsání ošetrovatelských ordinací - ošetrovatelské ordinace jsou specifické zásahy prováděné sestrou na dosažení vytyčených cílů zdravotní péče. Ordinace by měly být co nejpřesnější. Měly by obsahovat: datum, akční sloveso, obsahovanou oblast, časový prvek a podpis sestry.

5) Napsání plánu ošetrovatelské péče - plán ošetrovatelské péče je písemným vodítkem, podávajícím organizované informace o pacientově zdraví v logickém celku. Zaměřuje se na zásahy, které musí sestra udělat jako odpověď na zjištěné pacientovy ošetrovatelské diagnózy pro dosažení stanovených cílů.

Cíl plánu:

- usměrňovat individualizovanou péči o pacienta
- zajišťovat kontinuitu péče
- dokumentovat potřeby pacienta do pacientova záznamu
- přidělovat ošetrovatelský personál pacientovi
- hradit platby zdravotním pojišťovnám

Pro psaní plánu ošetrovatelské péče se používají různé formuláře podle toho, kde a v jakém zdravotnickém zařízení je péče realizována. Součástí dokumentace jsou identifikační údaje o pacientovi, informace o farmakoterapii, léčebných a diagnostických metodách, vyšetření i propouštěcí zpráva.

6) Konzultace - je konzultace o odborných otázkách, o řešení problémů, které jsou důležité pro zajištění kvalitní a bezpečné péče.

Proces konzultování zahrnuje:

- identifikaci problému
- získávání relevantních údajů o pacientovi
- výběr konzultanta
- komunikaci o problému a příslušných informacích
- diskusi s konzultantem a jeho doporučeních
- začlenění doporučení do pacientova ošetrovatelského plánu

5.4 Čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu - realizace

Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetrovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potenciální problémy péče o zdraví, vytyčit plány na posouzení potřeb a poskytnout konkrétní ošetrovatelské zásahy k jejich uspokojení.

Ošetrovatelský proces je logický, systematický přístup k celkové péči o pacienta. Realizace čili provedení nebo zásah je uplatnění ošetrovatelských strategií, zaznamenaných v plánu ošetrovatelské péče. V praxi je to ošetrovatelská činnost zaměřená na dosažení žádoucího výsledku nebo cílů. **Pacient je vždy prvořadým účastníkem v realizaci plánu ošetrovatelských činností, přestože sestra může**

někdy jednat za něj. Stupeň jeho účasti na realizaci je často závislý na jeho zdravotním stavu. V realizaci nacházíme jednak ošetrovatelské a jednak lékařské ordinace, které se musí **vyplnit pro dosažení cíle.** Pacient je hlavním účastníkem při realizaci plánu péče.

Do jaké míry se podílí na péči, závisí na:

- věku, zdravotním stavu, schopnostech, hodnotím systému, prostředí
Sestra může činnosti realizovat v plném rozsahu za pacienta nebo jen částečně nebo mu poskytne radu, konzultaci.

V rámci své profese sestry při poskytování ošetrovatelské péče poskytují:

- **nezávislou** - autonomní činnost
- **závislou** - komplementární činnost
- **interoperabilní** činnost

Při realizaci se řídí protokoly nebo nařízeními. Protokol se od nařízení liší tím, že obsahuje upřesňující procedury, které je třeba provést v daném čase, situaci. Nařízení je písemný dokument, který opravňuje sestru vykonávat specifické činnosti za určitých okolností. Všechny činnosti, které sestra dělá, musí vycházet z jejich pravomocí, které jsou upraveny v právních normách.

Typy ošetrovatelských činností:

- **Nezávislá ošetrovatelská činnost** - je taková, kterou iniciuje sestra na základě vlastních znalostí a dovedností
- **Závislá ošetrovatelská činnost** - je taková, kterou sestra vykonává na příkaz lékaře, pod lékařským dohledem nebo podle stanovených předpisů
- **Součinná ošetrovatelská činnost** - je taková, kterou sestra vykonává buď společně s jiným členem zdravotnického týmu, nebo je výsledkem společného rozhodnutí sestry a jiného člena týmu

Realizační proces:

- **Opětovné posouzení pacienta** - posuzování se dělá během celého ošetrovatelského procesu, nové informace však mohou indikovat změnu priorit nebo strategií. Tím, se změní i rozhodnutí a patřičně se reviduje ošetrovatelský plán
- **Validizace plánu ošetrovatelské péče** - pokud se změní okolnosti a stav pacienta, sestra musí zvážit hodnotu nových dat a rozhodnout, zda je plán i za těchto okolností platný. Pokud se pacientův stav mění, je nutné plán přizpůsobit novým okolnostem
- **Posouzení potřeby asistence při činnostech** - sestra může k realizaci některých ošetrovatelských strategií potřebovat pomoc, a to z těchto příčin: není schopna bezpečně realizovat dané strategie sama, obává se zvýšení stresu pacienta, nemá dost znalostí a dovedností k provedení dané činnosti.
- **Realizace ošetrovatelských strategií** - ošetrovatelské strategie jsou zaměřeny na pomoc pacientovi dosáhnout jeho zdravotních cílů. V realizaci ošetrovatelských strategií rozeznáváme šest významných aspektů:
 - pacientovu individualitu
 - potřebu pacientovy účasti
 - prevenci komplikací
 - uchování obranných mechanismů
 - poskytnutí pohody a podpory pacientovi
 - přesné a pečlivé provedení ošetrovatelských aktivit

- **Záznamy a hlášení o ošetrovatelských činnostech** - ošetrovatelské činnosti se zaznamenávají písemně nebo ústně po jejich provedení

Význam provádění realizačního procesu spočívá v tom, že nové informace mohou indikovat změnu priorit a strategií, což vyžaduje přizpůsobit plán novým okolnostem. Při realizaci sestra uplatňuje kognitivní, interpersonální a technické dovednosti. Činnosti, které sestra dělá při realizaci, odrážejí i její roli, kterou v té době zastává.

Sestra může u pacienta zastávat roli:

- **učitelky** - učí je novým poznatkům a dovednostem
- **komunikátorky** - poskytuje mu informace, ale i předává a zprostředkovává informace od něj ostatním
- **ošetřovatelky** - poskytuje mu podporu, ošetrovatelskou péči
- **advokátky** - hájí zájmy a práva pacienta, podporuje jej v jeho rozhodnutích
- **nositelky změn** - pomáhá pacientovi rozhodnout se pro změnu, při výběru alternativ v péči
- **manažerky** - využívá možnost delegování péče na další zdravotnické pracovníky a zajišťuje také dohled nad poskytovanou péčí
- **výzkumnice** - realizuje péči na základě výsledků výzkumu, vybírá metody, které představují pro pacienta a ošetrovatelství přínos

5.5 Pátá fáze ošetrovatelského procesu – vyhodnocení

Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetrovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potenciální problémy péče o zdraví, vytýčit plány na posouzení potřeb a poskytnout konkrétní pečovatelské zásahy k uspokojení těchto potřeb. Ošetrovatelský proces je logický, systematický přístup k celkové péči o pacienta. Vyhodnotit v ošetrovatelství znamená zjistit, zda bylo dosaženo pacientova cíle a do jaké míry. Vyhodnocení je cílevědomá, organizovaná činnost. Závěry hodnocení určují, zda mají být specifické zásahy ukončeny, pokračovat, revidovány nebo změněny. Vyhodnocování je souběžným i konečným procesem.

Vyhodnocování proces je realizován v šesti oblastech:

- **Stanovení výsledných kritérií** - kritéria mají dvojitý účel, vymezují druh údajů, které je potřeba hodnotit a shromáždit a poskytují standard, s nímž se mají srovnávat
- **Získávání údajů s ohledem na definovaná kritéria** - údaje se sbírají tak, aby se daly učinit závěry o tom, zda bylo cílů dosaženo. Údaje mohou být subjektivní i objektivní. Shromážděné údaje se musí přesně a jasně zaznamenat
- **Hodnocení dosažení cíle** - sebrané údaje se porovnávají s vytyčenými kritérii. Existují tři možné výsledky hodnocení: cíl byl splněn, cíl byl splněn částečně, cíl nebyl splněn
- **Srovnání ošetrovatelských činností s výsledky u pacienta** - nikdy by neměl závěr znít, že ošetrovatelský zásah byl jediným faktorem pro dosažení cíle, částečné dosažení cíle nebo nedosažení cíle. Je důležité najít vztah mezi ošetrovatelskou péčí a výsledky
- **Revize pacientova plánu ošetrovatelské péče** - zhodnocení dosažení cíle poskytuje zpětnou vazbu potřebnou ke zjištění, zda byl plán péče účinný k vyřešení pacientova problému, jeho omezení nebo prevenci. Sestra musí znova revidovat plán

a zjišťovat, zda bylo cílů dosaženo. Pokud jsou cíle splněné, sestra může uzavřít, že problém víc neexistuje a péče k jeho dosažení skončila nebo že problém i přes splnění cíle přetrvává a ošetrovatelská intervence musí pokračovat. Pokud nebylo cíle dosaženo, sestra musí revidovat pacientovu databázi, sestřské závěry, cíle a ošetrovatelské strategie

- **Modifikace ošetrovatelských plánů** - pokud se sestra rozhodne pro revizi plánu, musí:

- změnit údaje pro posouzení tak, aby odrážely nejnovější zjištění
- revidovat ošetrovatelské diagnózy
- revidovat pacientovy priority, cíle a výsledná kritéria
- určit nové ošetrovatelské strategie
- změnit výsledná kritéria tak, aby odrážely změny v plánu, stará kritéria je nutné zrušit

Cíl se vyhodnocuje ve vztahu k dosaženým výsledkům jako:

- cíl byl splněn
- cíl byl splněn částečně
- cíl nebyl splněn

Pokud byl **cíl splněn**, tak problém pacienta, který sestra identifikovala a prostřednictvím ošetrovatelské diagnózy formulovala, umožňuje sestře ukončit ošetrovatelskou péči.

Pokud byl **cíl splněn částečně** a problém pacienta přetrvává, musí sestra v intervencích pokračovat.

Pokud **není cíle dosaženo**, musí sestra revidovat ošetrovatelský proces, a to v každé jeho části.

6 Metodika jak postupovat při práci se studentskou ošetrovatelskou dokumentací

6.1 Studentská ošetrovatelská dokumentace

Metodou ošetrovatelského procesu **pracují všichni nelékařští zdravotničtí pracovníci**. Ošetrovatelský plán u pacienta **sestavuje skupinová sestra**, popř. primární sestra. **Na plnění ošetrovatelských intervencí se podílí všichni zdravotničtí pracovníci**. Ošetrovatelská dokumentace poskytuje chronologický přehled o ošetrovatelských činnostech a zajišťuje její **kontinuitu s lékařskou dokumentací**. Ošetrovatelská dokumentace a její hodnotící škály se **vyplňuje kompletně u všech pacientů do 24 hodin od jejich příjmu**.

Překladová zpráva se vyplňuje při překladu pacienta na jiné oddělení na jinou kliniku nebo do jiného zdravotnického zařízení jako je např. nemocnice, ústav sociální péče atd. **Propouštěcí zpráva** při propuštění pacienta ze zařízení domů.

1) První fáze ošetrovatelského procesu

Studentskou ošetrovatelskou dokumentaci vyplňujte důsledně, začněte první den odborné praxe. Zaznamenejte zjištěné informace do jednotlivých položek, nevyplňujte osobní údaje pacienta, použijte kódování s ohledem na ochranu osobních dat. Získejte informace o potřebách podle jednotlivých položek, využijte pokud možno zaškrtačovací techniku. V části posouzení potřeb-upřesněte změny před hospitalizací, v průběhu popřípadě po hospitalizování. Pokud jsou nabízené položky nedostatečně výstižné, potřebné informace doplňte. Posuďte tyto získané informace a identifikujte – problémy klienta/pacienta včetně vlastního vyjádření pacienta k problémům (např. funkční, dysfunkční nebo edukační u jednotlivých domén koncepčního modelu M. Gordon, určující znaky, související faktory, rizikové faktory – potencionální problémy). Zhodnoťte jeho potenciál – jedná se o možnosti, schopnosti, kterých může v dané problematice dosáhnout. Je to část problému, kterou za určitých podmínek může zlepšit. V případě, že informace odmítá sdělit, zaznamenejte to do položky. Anamnestickou fází procesu doplňte objektivními informacemi o celkovém zdravotním stavu, které uveďte do hodnotících škál (tabulek atd.) a do analýzy zjištěných informací. Identifikované problémy z této části zhodnoťte a následně zakomponujte do ošetrovatelského plánu péče.

2) Druhá fáze ošetrovatelského procesu

Dodržte diagnostické algoritmy pro aktuální, potencionální a diagnózy k podpoře zdraví (edukační). Vždy postupujte krok po kroku. A upřesněte s jakou Taxonomií NANDA (North American Association for Nursing Diagnosis International) pracujete a jakou využíváte didaktickou pomůcku k tvorbě. U aktuálních musí být přítomen minimálně jeden určující znak (příznak) -nenajdete-li jej - ošetrovatelská diagnóza není přítomna. Vyhledejte minimálně jeden související faktor - nenajdete-li jej - není přítomna. Ověřte, zda stav klienta/pacienta odpovídá definici ošetrovatelské diagnózy. Poté proveďte záznam včetně kódu. U potencionálních proveďte vyhledání minimálně jednoho rizikového faktoru (nenajdete-li jej – není přítomna). Ověřte, zda stav klienta/pacienta odpovídá definici ošetrovatelské diagnózy a proveďte záznam včetně kódu dokumentace. U diagnóz k podpoře zdraví proveďte tři kroky – rozpoznajte určující znak ke zlepšení zdraví (nenajdete-li jej – není přítomna). Ověřte, zda klientův/pacientův stav odpovídá definici ošetrovatelské diagnózy a proveďte záznam včetně kódu do dokumentace. Dodržte pravidla pro formulace

ošetřovatelských diagnóz dle vybrané NANDA taxonomie (přiřaďte odpovídající kódy). Uveďte datum, od kdy trvá, proveďte záznam (datum) o zrušení platnosti ošetřovatelské diagnózy. Prioritu zdůrazněte pořadím v plánu péče. Priority stanovte podle aktuálního zdravotního stavu a funkční úrovně pacienta. Ty mohou mít vysokou, střední a nízkou prioritu. Pokud se setkáte s rozdílným vnímáním názoru na priority mezi sestrou a pacientem, je třeba o tom otevřeně diskutovat (např. sestra vidí prioritu v problému kouření, pacient ve své obezitě).

3) Třetí fáze ošetřovatelského procesu

Plán péče zpracujte několikadenní, pokud je to dle situace možné. Při zpracování ošetřovatelského plánu dodržujte pravidla odpovídající metodologii a koncepci ošetřovatelství. S obecně formulovanými očekávanými výsledky (cíli) se setkáváme v odborné literatuře. Jejich užití v konkrétním plánu je nutné upravit tak, aby splňovala kritéria individualizovaného plánu péče. Očekávané výsledky (cíle) musí být: individuálně specifikované, reálné, měřitelné, udávající časový rámec pro jejich dosažení a respektující přání pacienta a zdroje.

Součástí správně formulovaného očekávaného výsledku (cíle) má být:

- subjekt: klient, pacient, tělesná teplota, pulz atd.,
- chování: (demonstrující chování) chodí, pije, předvede, uvádí atd.
- kritéria:
 - a) stanovení podmínek: za kterých předvede určité chování např. pacient pomocí chodítka, dojde ke stolu, podmínky - za pomocí berlí, s použitím chodítka, v doprovodu atd.,
 - b) časový rámec: např. 1 x denně, do konce měsíce, za 24 hod. atd.

Příklady:

- *Pacient vypije 3,0 l tekutin za 24 hod.*
- *Pacient pomocí chodítka dojde ke stolu na pokoji pětkrát během 24 hodin atd.*

Intervencí:

- činnost sester představuje individualizovanou péči uspokojující specifické potřeby klienta/pacienta a zahrnující aktivní účast pacienta (pokud je to možné),
 - přesně a jasně formulované, v logickém sledu, infinitivem,
 - měly by odpovídat na otázky: Jak? Kdy? Kde? Doba/frekvence, množství atd.
- Dále respektujeme pravidla pro realizaci samotné ošetřovatelské péče dle naplánovaných intervencí (závislých, nezávislých a vzájemně závislých). Dodržujeme standardní postupy pro vedení ošetřovatelské dokumentace. Proveďte záznam: kdy a kdo (jaký člen ošetřovatelského týmu) výkon provedl, v jaké části ošetřovatelské dokumentace provede záznam atd.

Příklady:

- *Pomoz aktivně se sebedepečí (dvakrát denně a dle potřeby) pacienta a zaznamenej úroveň spolupráce do ošetřovatelské dokumentace – všeobecná sestra.*
- *Zaznamenej hodnoty dechu a pulzu před, během a po fyzické aktivitě, v případě výrazných změn ihned informuj lékaře – všeobecná sestra,*
- *Sleduj příjem a výdej tekutin à 12 hodin, proved' záznam do zdravotnické dokumentace ráno a večer – všeobecná sestra atd.*

Doplňkové či samostatné listy, škály ošetřovatelské dokumentace

Pro komplexní vedení ošetrovatelské dokumentace využijte i další možné části ošetrovatelské dokumentace. Uvedené informace odpovídajícím způsobem prokáží Vaše znalosti a dovednosti při realizaci komplexní péče o klienta/pacienta.

Příklady:

*Sledování akutní bolesti,
Plán péče o dekubity a rány,
Překladová zpráva
Propouštěcí zpráva,
Nutriční anamnéza atd.*

4) Čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu

Realizované činnosti sestry zapisuje do formuláře či do příslušné kolonky ošetrovatelské dokumentace. Vybrané intervence dle specifik pracovišť i do zdravotnické dokumentace pacienta a stvrzuje svým podpisem provedení těchto činností. Uvědom si, že realizace ošetrovatelských strategií představuje šest významných aspektů: individuální přístup, potřeba zapojení a účasti klienta/pacienta, prevence komplikací (např. zásady asepse), zachování obranných mechanismů (např. celistvosti tkání a kůže), poskytnutí psychické pohody a podpory, přesné a pečlivé provádění všech ošetrovatelských aktivit.

5) Pátá fáze ošetrovatelského procesu

V průběhu hodnocení posuďte, zda došlo k dosažení stanovených očekávaných výsledků (cílů) a do jaké míry.

Příklady:

- cíle bylo dosaženo – pacientova bolest vymizela,
- cíl bylo dosaženo jen částečně – pacientova bolest se zmírnila o 2 stupně na škále intenzity bolesti, klesla ze stupně 5 na stupeň 3,
- cíle nebylo dosaženo - pacientova bolest trvá v intenzitě stupně 5.

Hodnocení ošetrovatelských intervencí probíhá průběžně s ohledem na individualitu pacienta, podle druhu kliniky, ale nejméně 1x týdně.

Dodržujte obecná pravidla:

- uveďte datum, kdy provádíte hodnocení,
- zhodnoťte dosažené cíle, očekávané výsledky: splnění, částečné splnění, nesplnění,
- doplňte odůvodnění při částečném či úplném nesplnění cílů,
- proveďte hodnocení naplánovaných a užitých intervencí, jejich účelnost nebo možné ukončení,
- poved'te revizi plánu péče,
- navrhněte modifikaci plánu péče,
- uveďte podpis sestry, která hodnocení provedla.

Rady pro vedení ošetrovatelské dokumentace

- pište pouze propiskou (modrou barvou), čitelně, záznam musí být nesmazatelný,
- pokud uděláte chybu, opravte ji: vodorovným proškrtnutím a podepište se, zapište správnou informaci,

- záznam provádí osoba, která péči vykonává nebo např. podávala léky (nezaznamenávejte výkon provedený někým jiným, nežádejte nikoho, aby záznam provedl za Vás),
- výkon запиšte poté, co byl proveden,
- zaznamenej reakci nemocného na výkon, který jste provedli,
- nikdy nenechávejte nevyplněnou linku, tím zabráníte, aby někdo jiný zaznamenal informaci pod Váš podpis,
- nikdy nepoužívejte značky dtto (ta nemůže prokázat, že výkon byl proveden) místo využijte pro jiný způsob záznamu,
- používejte jen takové zkratky (např. TK, TT, per. os, i. v., i. m., s. c. atd.), které jsou v zařízení běžně používané,
- ošetrovatelskou péči zaznamenej pokud možno několika slovy, užívejte odbornou terminologii.

6.2 Nejčastější chyby při práci se studentskou ošetrovatelskou dokumentací

1) Práce s odbornou ošetrovatelskou terminologií

Odborné výrazy jsou špatně identifikované – potřeba a problém.

Potřeby mají všichni lidé (fyziologické, emocionální, kognitivní, sociální, duchovní např. Maslowova hierarchie potřeb). Zdravý člověk tyto potřeby uspokojuje sebedpěčí v interakci se svým přírodním a společenským prostředím.

Problémy nastávají, když člověk z jakýchkoli důvodů svoje potřeby nemůže uspokojit.

Příklady:

- *Potřeba: Dýchání, kyslíku.*
- *Problém: Obtížné dýchání (dušnost).*
- *Potřeba: Jistoty, bezpečí.*
- *Problém: Úzkost, obavy, frustrace, strach z vyšetření, ze ztráty zaměstnání, z úmrtí.*
- *Potřeba: Sebeúcty.*
- *Problém: Strach z nahoty, ze ztráty intimity.*
- *Potřeba: Sounáležitosti, lásky, patřit k někomu.*
- *Problém: Osamělost.*
- *Potřeba: Tvořivosti a naděje.*
- *Problém: Smutek, pocit bezmoci a beznaděje.*

2) Nejčastější chyby v první fázi ošetrovatelského procesu

Špatně formulované ošetrovatelské problémy klienta/pacienta.

Ošetrovatelský problém je jakýkoli stav nebo situace, ve které nemocný potřebuje pomoc pro udržení nebo znovunabytí zdraví/nebo podporu při klidném umírání.

Příklady ošetrovatelských problémů: obtížné vykašlávání sputa, neschopnost udržet rovnováhu, slabost dolních končetin, neschopnost se umýt, dojít si na toaletu, dehydratace, bolest hlavy, bradykardie, tachykardie, nauzea, zvracení, svědění, krvácení apod.

3) Nejčastější chyby v druhé fázi ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelská diagnóza je standardní pojmenování (problému klienta/pacienta) - jeho psychosomatické (celostní) reakce na aktuální a potenciální zdravotní problémy nebo životní procesy a situace. Má svoji příčinu vzniku a charakteristické projevy.

Ošetrovatelské diagnózy mohou být aktuální (jasně se projevující) a potenciální (skryté, existuje riziko jejich vzniku).

Příklady:

Pokud je pacient upoután na lůžko z důvodu neuromuskulárního poškození, má sníženou sebekéču. V této situaci je vhodné provést posouzení funkční úrovně pacienta v této oblasti sebekéče, např. Funkční úroveň člověka při vyprazdňování hodnotíme takto: 0 - plně soběstačný, 1 - potřebuje pomocné prostředky, 2 - potřebuje pomoc od další osoby, asistenci, dohled, edukaci, 3 - potřebuje pomoc od další osoby a pomocné prostředky, 4 - je závislý, na tělesné aktivitě se nepodílí. V této situaci, ale také pacient prožívá velmi nepříjemné pocity ztráty intimity (na pokoji s více lidmi) při vykonávání potřeby např. močení. Reaguje celostně - psychosomaticky: prožívá jak pocit nucení na močení aj., tak i úzkost a bezmocnost z důvodu závislosti na okolí, má pocit studu ze ztráty intimity (snížení sebeúcty). Zásah sestry se týká pomoci pacientovi při uspokojení potřeby nejen vlastního močení, ale i potřeby sebeúcty tj. zajištění intimity.

Příklady: Ošetrovatelské diagnózy jsou vytvořeny za využití NANDA taxonomie II.

4. Doména: Aktivita odpočinek

Třída: Sebekéču

00110 Deficit sebekéču při vyprazdňování

Související faktor:

- neuromuskulární poškození

Určující znaky:

- neschopnost přemístit se na toaletu či pojízdný klozet

- dodržovat správnou hygienu při vyprazdňování.

6. Doména: Vnímání sebe sama

Třída: Sebeúcta

00153 Riziko situačně snížené sebeúcty

Rizikové faktory:

- funkční poškození těla (pravé dolní končetiny),

- úbytek energie, kontroly nad situací,

- tělesné onemocnění (neuromuskulární).

Příklady: Ošetrovatelské diagnózy jsou vytvořeny za využití NANDA taxonomie I.

Péče o sebe sama nedostatečná (funkční úroveň 3) při osobní hygieně a v péči o vyprazdňování v souvislosti s neuromuskulárním poškozením projevující se neschopností umýt se celý, vykoupat se, umýt jednotlivé části těla, neschopností dojít si na toaletu nebo použít vyprazdňovací židli, provádět řádnou hygienu po toaletě. Sebeúcta situačně snížená v důsledku pocíťované ztráty zdraví a nezávislého fungování projevující se epizodickým výskytem negativního sebeocenením, slovním vyjádřením negativních pocitů nad sebou, výrazy studu, hodnocením sebe sama jako neschopného zvládnout různé situace a sebenegujícím slovním vyjádřením.

7 Ošetřovatelský proces v práci porodní asistentky

Kompetence porodních asistentek upravuje legislativa formou zákonů a vyhlášek. Tyto zákony zároveň porodním asistentkám zaručují profesní autonomii ve výkonu povolání. Směrnice pro porodní asistenci (80/154/EHS a 80/155/EHS) Evropské unie, požadují univerzitní vzdělání, čím se změnila některé zákony MZČR. **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. 189/2008 Sb.**, a **zákona č. 105/2011 Sb.**, **Zákon č. 258/2000 Sb.**, o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. **Vyhláška č. 306/2012 Sb.**, o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. **Zákon č. 378/2007 Sb.**, o léčivech a o změnách souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. **Zákon č. 167/1998 Sb.**, o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů. **Zákon č. 123/2000 Sb.**, o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška MZČR 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Vyhláška vymezuje činnosti, které jsou jednotlivé kategorie pracovníků ve zdravotnictví oprávněny vykonávat; toto vymezení se týká zdravotnických pracovníků po získání **odborné způsobilosti**, jiných odborných pracovníků a zdravotnických pracovníků po získání **specializované způsobilosti**.

§ 5

Porodní asistentka

(1) **Porodní asistentka vykonává činnosti** podle § 3 odst. 1 a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetřovatelskou péči těhotné ženě, rodící ženě a ženě do šestého týdne po porodu prostřednictvím ošetřovatelského procesu.

Přitom zejména může

- a) poskytovat informace o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytovat rady a pomoc v otázkách sociálně-právních, popřípadě takovou pomoc zprostředkovat,
- b) provádět návštěvy v rodině těhotné ženy, ženy do šestého týdne po porodu a gynekologicky nemocné, sledovat její zdravotní stav,
- c) podporovat a edukovat ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházet jeho komplikacím,
- d) diagnostikovat těhotenství, předepisovat, doporučovat nebo provádět vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sledovat ženu s fyziologickým těhotenstvím, poskytovat jí informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného

rizika předávat ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví,

e) sledovat stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými a technickými prostředky, rozpoznávat u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhat mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádět neodkladná opatření,

f) připravovat rodičku k porodu, pečovat o ni ve všech dobách porodních a vést fyziologický porod, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vést i porod v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví,

g) ošetřovat porodní a poporodní poranění a pečovat o ženu do šestého týdne po porodu,

h) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky a manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,

i) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi, a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Porodní asistentka může poskytovat bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickému novorozenci prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádět jeho první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.

(3) Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví může

a) asistovat při komplikovaném porodu,

b) asistovat při gynekologických výkonech,

c) instrumentovat na operačním sále při porodu.

(4) Porodní asistentka pod odborným dohledem porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru nebo všeobecné sestry

se specializovanou způsobilostí v oboru, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může vykonávat činnosti podle § 4 odst. 1 písm. b) až i) při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče.

(5) Porodní asistentka dále vykonává činnosti podle § 4 odst. 1, 3 a 4 u těhotné a rodící ženy, ženy do šestého týdne po porodu a pacientky s gynekologickým onemocněním.

Ošetrovatelský proces patří do činnosti porodní asistentky podle vyhlášky č. 55/2011 Sb. a dalších platných legislativních norem v práci, který je modifikovaný v 5 jednotlivých krocích. Diferenciace ošetrovatelského procesu v porodní asistenci, je determinována typem zdravotnického zařízení a oddělení. Rozdílně probíhá proces v ambulantní a lůžkové části ošetrovací jednotky. Svá odborná specifika má gynekologické oddělení, rizikové těhotenství, porodní sál, šestinedělí a onkologické stacionáře.

7.1 První fáze ošetrovatelského procesu - posouzení

Cílem posouzení je založení databáze **subjektivních i objektivních** údajů.

Subjektivní údaje jsou získávány od klientky/pacientky, rodičky na zdravotní potíže,

nemoc nebo blížící se porod. Subjektivní údaje jsou objektivizovány, fyzikálním vyšetřením klientky/pacientky, rodičky, rozhovorem, pozorováním, měřením a vyšetřením. Porodní asistentka při získávání anamnézy využívá komunikační zručnosti s taktem, empatii a logickou návazností.

Druhy anamnézy

1. Osobní anamnéza

- Infekční onemocnění
- Chronické onemocnění
- Hospitalizace a operace
- Úrazy
- Transfúze
- Očkování

2. Rodinná anamnéza (zaměřeno na hereditární, interní, onkologická onemocnění)

- Matka
- Otec
- Sourozenci
- Děti

3. Sociální anamnéza

- Rodinný stav
- Bytové podmínky
- Vztahy, role, a interakce v rodině
- Záliby

4. Farmakologická anamnéza

- Název léku
- Skupina
- Forma léku
- Síla léku
- Dávkování léku

5. Gynekologická anamnéza

- Menarche
- Cyklus
- Trvání
- Intenzita bolesti
- Porody
- Abortus
- Interrupce
- Antikoncepce
- In vitro fertilizace
- Záněty
- Endometrióza
- Operace: abdominální, laparoskopická
- Výkony na děložním čípku
- Onemocnění mléčné žlázy
- Úrazy (oblast pánve, břicha)

6. Porodnická anamnéza

Průběh všech předchozích těhotenství

- Porody samovolné
- Porody operační
- Předčasné porody
- Výskyt komplikací
- Krvácení
- Zdravotní stav dětí
- Pohlaví plodů
- Porodní hmotnost
- Poporodní délka
- Průběh šestinedělí
- Délka kojení

V současné graviditě

- Poslední menstruace
- Průběh poslední menstruace, slabé krvácení v době očekávaných menses
- Pohyby plodu
- Termín porodu
- Krvácení
- Ozvy plodu (hodnocení CTG)
- Odtok plodové vody
- Charakter plodové vody
- Gravidita, týden gravidity
- Parita

7. Abúzy

- Alkohol
- Nikotin
- Káva
- Léky
- Jiné drogy

8. Alergologická anamnéza

- Léky
- Potraviny
- Chemické látky
- Hmyz, bodnutí, slunce, chlad

9. Pracovní anamnéza

- Vzdělání
- Pracovní zařazení

10. Spirituální anamnéza

- Religiózní praktiky

Fyzikální assesment

1. Habitus (somatotyp): BMI

2. Hlava

a) Sliznice dutiny ústní

- Vlhké – suché
- Pvlak

b) Zabarvení spojivek a exoftalmus

3. Krk štítná žláza

4. Hrudník

a) Prsa

- Tvar prsů
- Bradavky

5. Břicho

- Pigmentace
- Strie
- Jizvy

6. Horní končetiny

- Otoky
- Pigmentace

7. Dolní končetiny

- Varixy
- Otoky
- Trofické pórázové změny

8. Kůže

- Hydratace
- Alergie
- Rány
- Jizvy

Gynekologické vyšetření

Zevní vyšetření

- Pohledem (aspekce) - zevního genitálu, přední poševní klenby, cervixu
- Poklepem (perkuse)
- Pohmatem (palpace) - Pawlíkovy hmaty, Budínuv hmat
- Vyšetření prsů

Vnitřní vyšetření

- Per vaginam
- Bimanuální palpační vyšetření
- Cervix skore
- Per rectum

Vyšetření a měření

- FF (P, D, TT, TK)
- Vyšetření moči pomocí diagnostických proužků (bílkoviny, ketolátky, krev)
- Temesvaryho zkouška
- CTG, poslech ozev plodu a záznam děložní činnost
- USG, flowmetrie

Hodnocení laboratorních údajů

- Krevní obraz, krevní skupina, Rh – faktor, protilátky
- Mineralogram – Na, K, Cl
- Urea, kreatinín, kyselina močová, bilirubin , ALT, AST, GMT
- HIV, HbSAg, GBS, BWR

7.2 Druhá fáze ošetrovatelského procesu - diagnóza

Ošetrovatelská diagnóza je výsledkem analyticko-syntetického procesu. Porodní asistentka stanovuje ošetrovatelskou diagnózu jako reakci na aktuální nebo potencionální problém, diskomfort z bio-psycho-sociální oblasti.

Fáze diagnostiky

1. Zpracování údajů – interpretace shromážděných

- Uspořádání údajů
- Porovnání údajů se standardy
- Seskupení údajů
- Zjištění mezer a rozporů

2. Formulování ošetrovatelských diagnóz

Porodní asistentka formuluje příčinné vztahy mezi zdravotními problémy a faktory, které je ovlivňují.

Popis ošetrovatelské diagnózy

- **Termíny popisující problém (P)** - tato složka se týká označení nebo názvu diagnostické kategorie, je popisem individuálního, rodinného nebo komunitního zdravotního problému pacientky, který vyžaduje ošetrovatelskou péči.
- **Etiologie problému (E)** - nebo jiných ovlivňujících faktorů, tato složka identifikuje jednu nebo více možných příčin zdravotního problému a dává směr nezbytné sesterské léčbě a péči.
- **Charakteristiky pro seskupování znaků a symptomů (S)** - určující charakteristiky poskytují informace nezbytné pro stanovení diagnostické kategorie.

Psaní diagnostického závěru

- **Dvousložková** ošetrovatelská diagnóza: P + E (problém + etiologie)
*např. Akutní bolest v křížové oblasti, související s pravidelnou děložní činností
Riziko krvácení*
- **Třísložková** ošetrovatelská diagnóza: P + E + S (problém + etiologie + symptomy).
*např. Neefektivní kojení, v souvislosti s nesprávnou technikou kojení, projevující se ragádami na prsních bradavkách a pláčem dítěte.
Porodní bolest v souvislosti s pravidelnými děložními kontrakcemi, projevující se křikem.*

Charakteristika diagnostického závěru

- Diagnostický závěr je jasný a stručný
- Je specifický a zaměřený na pacienta
- Vztahuje se na jeden problém pacienta
- Je přesný
- Vychází ze spolehlivých a podstatných posuzovacích údajů

7.3 Třetí fáze ošetrovatelského procesu - plánování

Součásti plánování

1) Vytýčení priorit

- **Vysoká priorita** (ruptura dělohy, hemoragický šok, DIC) – život zachraňující péče
- **Střední priorita** (porodnická bolest, porodnické obraty) – zdraví zachraňující péče
- **Nízká priorita** (nikotinizmus, porucha vyprazdňování) – uspokojení psyché bez poškození klientky/pacientky

např. Plán intervencí

- *Vytvořit důvěrný vztah mezi PA a rodičkou ihned- PA*
- *Zjistit a zhodnotit bolest dle VAS ihned- PA*
- *Sleduj intenzitu, délku i pravidelnost porodních bolestí pomocí CTG monitoru v průběhu porodu- PA*
- *Informuj o nefarmakologických metodách (hydroanalgezie, aromaterapie, masáže, akupresuru, akupunkturu) v průběhu porodu- PA*
- *Doporuč farmakologickou analgezii (EDA) v průběhu porodu- PA*
- *Doporuč vhodnou úlevovou polohu k dané porodní době- PA*
- *Aplikuj farmakologickou terapii, formou analgetik podle ordinace lékaře- PA*
- *Zabezpečit klid a soukromí v mezi kontrakčním období- PA*
- *Zajisti relaxaci rodičky mezi kontrakcemi- PA*
- *Monitoruj FF u rodičky kontinuálně- PA*
- *Monitoruj a zaznamenávej stav plodu – kontinuálně, intermitentně- PA*
- *Odpoutej od bolesti- předved' správné dýchání ihned- PA*
- *Sleduj psychický stav rodičky – v průběhu porodu- PA*
- *Poskytuj psychickou oporu a podporu v průběhu porodu- PA*
- *Kontroluj sestup hlavičky do porodních cest a postup porodu v 1. a 2. době porodní- PA*
- *Informuj lékaře o stupňování bolesti či vzniku komplikací ihned- PA*
- *Důsledně ved' ošetrovatelskou dokumentaci v průběhu celého porodu- PA*
- *Zabezpeč anesteziologický tým (lékař a sestra) v případě potřeby- PA*
- *Zaznamenávej do dokumentace verbální a neverbální projevy porodních bolestí v průběhu porodu- PA*

Faktory, které mohou působit na stanovení priority

Urgentnost zdravotního problému

- Pacientova hodnota zdraví a názory
- Pacientovy priority
- Prostředky dostupné porodní asistence i pacientovy
- Čas potřebný pro ošetrovatelské postupy
- Plán lékařské léčebné péče

2) Stanovení pacientových cílů a očekávaných výsledků – pacientčin/klientčin cíl je žádoucí výsledek nebo změna na jeho cestě za zdravím. Ošetrovatelská diagnóza usměřňuje typ cílového závěru.

Důvody pro stanovení pacientových cílů

- Usměrnit plánování ošetrovatelských zásahů, jimiž by bylo dosaženo předpokládané změny u pacientky
- Usměrnit stanovení hodnotících kritérií pro měření účinnosti závěrů

Cíle jsou uvedeny v termínech chování pacientky/klientky a nikoli v termínech ošetrovatelských činností – jsou širokým pojmem a je třeba je dále upřesnit. Usměrnují plánování ošetrovatelských zásahů, jimiž by bylo dosaženo

předpokládané změny u pacienta a stanovení hodnotících kritérií pro měření účinnosti zásahů.

Druhy cílů – krátkodobý, dlouhodobý

Kritérium je standardem nebo modelem, který lze použít v úsudku. Očekávané výsledky jsou závěry o konkrétních, pozorovatelných a měřitelných odpovědích pacienta. Jsou specifikací obecnějších cílů.

např.

Cíl krátkodobý

Rodička má zmírněnou porodní bolest, akceptuje porodní bolest, vnímá porodní bolest nižší intenzity.

Cíle a očekávané výsledky

- Řídí činnost porodní asistentky
- Poskytují časové limity na plánování aktivity
- Slouží jako kritéria hodnocení pokroku na cestě k dosažení cíle
- Umožňují pacientovi a porodní asistenci určit, kdy byl problém vyřešen

Charakteristika očekávaných výsledků

- Pro každý pacientův cíl je nutné si stanovit 3-6 očekávaných výsledků
- Každý očekávaný výsledek souvisí s daným cílem
- Výsledek stanovený očekávaným výsledkem je dosažitelný
- Každý očekávaný výsledek se týká jediného specifického výsledku
- Každý očekávaný výsledek má být co nejspecifičtější a co nejkonkrétnější, to pak usnadňuje měření
- Každý očekávaný výsledek je prokazatelný nebo měřitelný, tj. výsledek lze vidět, slyšet, cítit nebo změřit jinou osobou

Součástí očekávaných výsledků

- Podmět- pacient
- Sloveso- dělá, zná, pije
- Podmínky- jak, kde, co
- Plánovaná úroveň výkonu- za jak dlouho

např.

Klientka vypije 2000 ml tekutin za 24 h

Rodička akceptuje v maximální možné míře porodní bolesti do 2 hodin

Pacientka dodržuje pohybový režim po operaci do 3 dnů

Stanovení cílů a očekávaných výsledků

- Cíle a očekávané výsledky se stanoví z pohledu pacientky a nikoliv z pohledu porodní asistentky
- Nepoužívá se terminologie, která odráží ošetřovatelský zásah, tj. činnost sestry a neodráží pacientovo chování, resp. jednání
- Dodržovat následující vazby + cíl se váže na problém a očekávaný výsledek k cíli
- Formulovat očekávané výsledky tak, aby odrážela schopnosti pacientky
- Poskytnout pacientům srozumitelné, přiměřené informace, kterým porozumí a jazykem, kterému porozumí
- Posoudit cíle a očekávané výsledky s prací dalších zdravotnických pracovníků
- Formulovat očekávané výsledky konkrétně, měřitelně a nikoli abstraktně a neměřitelně
- Pacientku nepoučovat, ale vysvětlovat

7.4 Čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu - realizace

Realizace propojuje všechny fáze procesu v jeden dynamický celek. Ve fázi realizace je činnost porodní asistentky zaměřena na dosažení naplánovaných cílů individualizované péče o pacientku/klientku.

7.5 Pátá fáze ošetrovatelského procesu - vyhodnocení

Poslední fází ošetrovatelského procesu je zhodnocení výsledků poskytnuté péče a dosažení stanovených cílů. Porodní asistentka provádí objektivní pozorování-měření a testem a v neposlední řadě subjektivním hodnocením samotné klientky v možnostech její psychického a fyzického komfortu. Vyhodnocení se zapisuje do ošetrovatelské dokumentace.

Cíl se vyhodnocuje ve vztahu k dosaženým očekávaným výsledkům jako

- Cíl byl splněn
- Cíl byl splněn částečně
- Cíl nebyl splněn

např.

Cíl byl splněn. Rodička akceptuje porodní bolesti, spolupracuje s porodní asistentkou. Průběh porodu je bez komplikací.

8 Ošetřovatelský proces v práci zdravotnického záchranáře

Ošetřovatelský proces v práci zdravotnického záchranáře je vzhledem ke krátkému časovému úseku, který záchranář stráví s pacientem, modifikovaný v jednotlivých krocích. Ošetřovatelský proces patří do činnosti zdravotnického záchranáře podle Vyhlášky č. 55/2011 Sb. a dalších platných legislativních norem.

Náročnost aplikace ošetřovatelského procesu v urgentní medicíně se týká zejména toho, že sestra/záchranář nemá dostatek prostoru k hlubšímu zkoumání všech ošetřovatelských problémů, a jedná se tedy hlavně o problémy akutního charakteru nebo problémy chronického charakteru v momentálně akutní fázi. Největší nároky na znalosti sestry/záchranáře v urgentní medicíně spočívají v tom, že musí být schopna všechny fáze ošetřovatelského procesu provádět lidově řečeno „v hlavě“. V urgentní medicíně není dostatek prostoru pro ošetřovatelskou dokumentaci, takže sestra/záchranář záchranné služby je odkázána na to, jak rychle dokáže stanovit diagnózu, naplánovat a realizovat ošetřovatelskou péči. Ale i v urgentní medicíně jsou situace, například během zajištěných transportů na větší vzdálenosti, kdy má sestra/záchranář pro ošetřovatelský proces daleko více prostoru.

8.1 První fáze ošetřovatelského procesu - posouzení

Cílem posouzení je založení databáze s pacientovými odpověďmi na zdravotní potíže nebo nemoc s ohledem na jeho potřebu zdravotnického zásahu.

Zhodnocení stavu pacienta probíhá stejně jako v jakémkoli jiném zdravotnickém zařízení. Využívají se stejné metody získávání informací (rozhovor, pozorování, měření). V případě pacienta v bezvědomí nebo stavu, kdy komunikace s ním není možná, je posouzení zúženo na objektivní projevy eventuálně na výpovědi svědků události.

Databáze záznamu o výjezdu obsahuje všechny základní informace o pacientovi, tj. anamnéza, fyzikální posouzení, lékařská anamnéza, fyzikální vyšetření, výsledky orientačních laboratorních a diagnostických testů a jiné materiály o pacientově zdravotním stavu včetně terapeutických postupů ke zvládnutí kritického stavu.

Identifikační údaje obsahují jméno a příjmení pacienta/ky, pohlaví, datum narození, číslo pojišťovny, kód ZP, adresa trvalého pobytu, státní příslušnost.

Historie případu: datum, naléhavost akce, čas výzvy, čas výjezdu, čas příjezdu na místo, čas odjezdu z místa, předání pacienta/ky, čas návratu, konec akce.

Identifikační údaje posádky /1,2/ - lékař/ka, sestra/záchranář, řidič/záchranář. Vozidlo, kilometry. Součinnost jiných posádek. Volající, operátorka. Příbuzní (kontakt).

Místo zásahu (byt, ulice, silnice, veřejná místnost, škola, terén, příroda, zemědělství, průmysl, služby, zdravotnické zařízení, sportovní zařízení).

Adresa zásahu, obsah výzvy, začátek příznaků. Výjezd indikovaný, výjezd neindikovaný. Komplikace výjezdu (dopravní, stav pacienta, technické, chybné místo zásahu, organizační, okolí, dostupnost, napadení posádky ZZS). Vliv alkoholu, žádost PČR o odběr krve na alkohol, vliv drog.

Osobní anamnéza, alergologická anamnéza, farmakologická anamnéza.

Nynější onemocnění.

Příčina zásahu: onemocnění, úraz, domácí násilí, sebevražda, intoxikace, toxikomanie, psychické onemocnění, jiné.
Objektivní zhodnocení lékařem, popis EKG, terapie, pracovní lékařská diagnóza.

Fyzikální assessment se zaměřuje na projevy ohrožující život a zdraví pacienta/ky. Hodnocení krevního tlaku, pulzu, SpO₂, vědomí (GCS), dechová aktivita, tělesná teplota, glykemie, EtCO₂, posouzení zornic, u novorozenců Apgar skóre (po 1., 5., 10. Minutě), alkohol (promile, dechová zkouška).

Vstup do oběhu
EKG (3sv., 12sv)

Triáž pozitivita (cílené směřování pacientů k poskytnutí definitivní péče) – posouzení fyziologických ukazatelů (F), posouzení anatomických poranění (A), posouzení mechanických poranění (M), pomocná kritéria (P).

Informovaný souhlas obsahuje podpis pacienta s tvrzením, že je způsobilý k projevu svobodné vůle, byl poučen o postupech léčby a riziku spojeném s odmítnutím zdravotnické péče. Eviduje se i možnost, kdy pacient odmítá podepsat informovaný souhlas. Podpisy lékaře, záchranáře, řidiče, dalších osob.

Terapeutické postupy:

Zajištění dýchacích cest (endotracheální kanyla, laryngální maska, koniopunkce, kombitubus).
Ventilace (inhalace O₂, IPPV, BiPAP, NIV, SIMV CPAP).

Minutový výdej, srdeční frekvence, FiO₂, PEEP, P_{insP}, ΔASB.

Kardiopulmonální resuscitace (prodlení do zahájení, trvání). Laická KPR (neprováděna, masáž, dýchání, užití AED). Stav při zahájení (mióza, lapavé dechy, podchlazení, cyanóza). EKG při zahájení (fibrilace komor, komorová tachykardie, asystolie, bezpulzová elektrická aktivita). Defibrilace (J), zevní kardiostimulace.

Poloha při převozu (na zádech, polosed, sedící, jiná)

Použité přístroje (defibrilátor, ventilátor, odsávačka, inkubátor, inj. pumpa, vol. pumpa)

Pomůcky (scoop rám, vakuová matrace, dlaha, fixační límec, transportní plachta, evac chair, přetlakové infúze, kardiopumpa, ferno klíny, vyprošťovací pomůcky).

NACA (skórovací systém hodnocení závažnosti stavu):

0 – žádné ohrožení

I – bezvýznamné

II – ambulantní ošetření

III – nutná hospitalizace

IV – potenciální ohrožení života

V – přímé ohrožení života

VI – resuscitace

VII – smrt.

Spolupráce (Policie České republiky, Městská policie, Hasičský záchranný sbor)

Ukončení (na místě, odvoz domů, odmítnutí ZP, předán LZS, předán ZZS, předán DZS, předán PČR, předán PaZS).

Předán zdravotnickému zařízení (oddělení).

Úmrtí (dne, čas, před příjezdem, po KPR, při převozu, při předání)
Cennosti, kontakt, předáno, průkaz ZP, OP (pas)
Nepitván, zdravotní pitva, soudní pitva.
Kdo pacienta/ku předal, kdo pacienta/ku převzal.

Situační analýza je souhrn bio-psycho-sociálních problémů pacienta v situaci ohrožující jeho zdraví nebo život.

8.2 Druhá fáze ošetrovatelského procesu – diagnostika

Diagnóza je analyticko-syntetický proces. Diagnostický proces má tyto fáze:

Zpracování údajů – interpretace shromážděných dat. Má tyto fáze:

- a) uspořádání údajů
- b) porovnání údajů se standardy
- c) seskupení údajů
- d) zjištění mezer a rozporů.

V podmínkách urgentní medicíny je tato fáze odlišná z důvodu kritického stavu a omezeného časového prostoru. Od lékařské diagnózy se odvíjí i terapie na zvládnutí urgentního postižení a minimalizování druhotných komplikací. V tomto kroku může sestra/záchranář stanovit sesterskou diagnózu jako reakci na aktuální nebo potenciální problém pacienta/ky.

Formulování ošetrovatelských diagnóz

- v tomto konečném stadiu sestra formuluje příčinné vztahy mezi zdravotními problémy a faktory, které je ovlivňují

Forma ošetrovatelské diagnózy:

- **Termíny popisující problém (P)** - tato složka se týká označení nebo názvu diagnostické kategorie, je popisem pacientova individuálního, rodinného nebo komunitního zdravotního problému, který vyžaduje ošetrovatelskou péči
- **Etiologie problému (E)** - nebo jiných ovlivňujících faktorů, tato složka identifikuje jednu nebo více možných příčin zdravotního problému a dává směr nezbytné sesterské léčbě
- **Charakteristiky pro seskupování znaků a symptomů (S)** - určující charakteristiky poskytují informace nezbytné pro stanovení diagnostické kategorie

Psaní diagnostického závěru

- Dvousložková ošetrovatelská diagnóza: P+E (problém + etiologie)
- tříložková ošetrovatelská diagnóza: P+E+S (problém + etiologie + symptomy).

Charakteristika diagnostického závěru

- diagnostický závěr je jasný a stručný
- je specifický a zaměřený na pacienta
- vztahuje se na jeden problém pacienta
- je přesný

- vychází ze spolehlivých a podstatných posuzovacích údajů.

8.3 Třetí fáze ošetrovatelského procesu – plánování

Plánování v urgentní medicíně a v práci sestry/záchranáře má svá specifika. Jsou daná naléhavostí situace, časovým limitem.

Součásti plánování:

1) Vytýčení priorit - v podmínkách urgentní péče se jedná ve většině případů o vysoké priority, ale také o ohrožení zdravotního stavu, tedy priority střední. Na řešení problémů s nízkou prioritou není často časová rezerva.

Faktory, které mohou působit na stanovení priority:

- urgentnost zdravotního problému
- pacientova hodnota zdraví a názory
- pacientovy priority
- prostředky dostupné sestře i pacientovy
- čas potřebný pro ošetrovatelské postupy
- plán lékařské léčebné péče

2) Stanovení pacientových cílů a očekávaných výsledků - pacientův cíl je žádoucí výsledek nebo změna na jeho cestě za zdravím. Ošetrovatelská diagnóza usměrňuje typ cílového závěru.

Důvody pro stanovení pacientových cílů:

- usměrňují plánování ošetrovatelských zásahů, jimiž by bylo dosaženo předpokládané změny u pacienta a stanovení hodnotících kritérií pro měření účinnosti zásahů

Cíle jsou uvedeny v termínech chování pacienta a nikoli v termínech ošetrovatelských činností – jsou širokým pojmem a je třeba je dále upřesnit.

Usměrňují plánování ošetrovatelských zásahů, jimiž by bylo dosaženo předpokládané změny u pacienta. Také usměrňují stanovení hodnotících kritérií pro měření účinnosti zásahů.

Kritérium je standardem nebo modelem, který lze použít v úsudku. Očekávané výsledky jsou závěry o konkrétních, pozorovatelných a měřitelných odpovědích pacienta. Jsou specifikací obecnějších cílů.

Cíle a očekávané výsledky:

- řídí činnost sestry/záchranáře
- poskytují časové limity na plánování aktivity
- slouží jako kritéria hodnocení pokroku na cestě k dosažení cíle
- umožňují pacientovi a sestře/záchranáři určit, kdy byl problém vyřešen

Charakteristika očekávaných výsledků:

- pro každý pacientův cíl je nutné si stanovit 3-6 kritérií očekávaných výsledků
- každý očekávaný výsledek souvisí s daným cílem
- stanovený očekávaný výsledek je dosažitelný
- každý očekávaný výsledek se týká jediného specifického výsledku
- každý očekávaný výsledek má být co nejspecifičtější a co nejkonkrétnější, to pak usnadňuje měření

- každý očekávaný výsledek je prokazatelné nebo měřitelné, tj. výsledek lze vidět, slyšet, cítit nebo změřit jinou osobou

Součástí očekávaných výsledků:

- podmět - pacient
- sloveso - dělá, zná, pije
- podmínky - jak, kde, co
- plánovaná úroveň výkonu - za jak dlouho

Plánování péče v podmínkách urgentní medicíny je krok náročný na znalosti sestry/záchranáře a její schopnost reagovat v kritických situacích a dovednosti řešit diagnostikované problémy pacienta.

Řeší se aktuální problémy a krátkodobé cíle.

Stanovení cílů a očekávaných výsledků

- cíle a očekávané výsledky se stanoví z pohledu pacienta a nikoliv z pohledu sestry
- nepoužívá se terminologie, která odráží ošetřovatelský zásah, tj. činnost sestry a neodráží pacientovo chování, resp. jednání
- dodržovat následující vazby + cíl se váže na problém a očekávaný výsledek k cíli
- formulovat očekávaný výsledek tak, aby odrážela pacientovi schopnosti
- poskytnout pacientům srozumitelné, přiměřené informace, kterým porozumí a jazykem, kterému porozumí
- posoudit cíle a očekávané výsledky - s prací dalších zdravotnických pracovníků
- formulovat očekávaný výsledek - konkrétně, měřitelně a nikoli abstraktně a neměřitelně
- pacienta nepoučovat, ale vysvětlovat

V plánování péče dominují myšlenkové operace sestry/záchranáře před písemnou formou. Na aktuální problém reagují z pozice svých kompetencí. Je potřebné si položit otázku: „Jak bude pacient vypadat po ošetřovatelských intervencích?“ a „Co pro to musím udělat?“

8.4 Čtvrtá fáze ošetřovatelského procesu – realizace

Realizace propojuje všechny fáze procesu v jeden dynamický celek. Ve fázi realizace je činnost sestry/záchranáře zaměřena na dosažení naplánovaných cílů individualizované péče o pacienta. V urgentní medicíně jsou však jisté rozdíly oproti „realizaci“ v zařízení lůžkového charakteru. Prvním a největším rozdílem je, že není možné „realizaci“ dokumentovat. Sestra/záchranář záchranné služby musí péči realizovat automaticky a na základě stanovených cílů. S tím souvisí fakt, že naplánovanou péči realizuje sama, jinými slovy nepředává na oddělení, kde je klient přebírán, dokumentaci provedené dosavadní péče. Sestra/záchranář záchranné služby by však měla slovně seznámit sestru nemocničního zařízení o poskytnuté péči, aby bylo na ni možno plynule navázat.

8.5 Pátá fáze ošetřovatelského procesu – vyhodnocení

Poslední fází ošetrovatelského procesu je zhodnocení výsledků poskytnuté péče a dosažení stanovených cílů. Rozdíl mezi hodnocením v zařízení lůžkového typu a mezi urgentní medicínou není nijak velký. Shodně se provádí objektivní pozorování - měření a testem a v neposlední řadě subjektivním hodnocením samotného pacienta v možnostech jeho psychického a fyzického komfortu. Stejně jako u ostatních fází ošetrovatelského procesu v urgentní medicíně je rozdíl v dokumentaci, resp. v možnostech dokumentování částí ošetrovatelské péče. V urgentní péči se zpravidla dokumentují jen objektivní a měřené výsledky.

Cíl se vyhodnocuje ve vztahu k dosaženým výsledkům výsledných kritérií jako:

- cíl byl splněn
- cíl byl splněn částečně
- cíl nebyl splněn