



Ošetřovatelství

Anotace předmětu:

Předmět je nezbytnou součástí teorie ošetřovatelství. Umožňuje studentům pochopit hlavní úkol profesionální ošetřovatelské praxe, jímž je zajištění a uspokojení životních potřeb pacienta/ klienta, rodiny a komunity. Seznamuje s klasifikacemi lidských potřeb podle různých oborů a autorů a zaměřuje se na reakce a projevy neuspokojených potřeb u osob zdravých, nemocných, u osob se zdravotním postižením a umírajících. Dále se zaměřuje na procvičování jednotlivých fází ošetřovatelského procesu.

Garant předmětu:

PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

1 Úvod do problematiky, základní pojmy, východiska ošetřovatelského procesu, historický vývoj

Literatura

- ADAMUS, Milan a kol. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2425-5.
- BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.
- DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. 1. vyd. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
- FRÝDLECKÁ, Helena, HEŘMANOVÁ, Jana, STAŇKOVÁ, Marta a kol. (a)1996. *Lemon 1*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 125 s. ISBN 80-7013-234-5.
- FRÝDLECKÁ, Helena, HEŘMANOVÁ, Jana, STAŇKOVÁ, Marta. *Lemon 3*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 158 s. ISBN 80-7013-244-2.
- HERDMAN, T. Heather, KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2009-2011*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-802-473-42-31.
- HERDMAN, T. Heather, KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.
- HLINOVSKÁ, Jana, NĚMCOVÁ, Jitka et. al. *Interaktivní procesy v ošetřovatelství a porodní asistenci*. 1. vyd. Praha [i. e. Plzeň]: Maurea. 2012. ISBN 978-80-90-4955-3-1.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Základy ošetřovatelství: studijní opora*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2012. ISBN 978-80-7464-207-4.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Ošetřovatelské teorie a modely: studijní opora*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2013. ISBN 978-80-7464-214-2.
- JAROŠOVÁ, Darja, PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetřovatelství*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2012. ISBN 978-80-7464-304-0.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vyd. nezměn. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-457-3.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetřovatelství: Systémový přístup*. 1. vyd. 3. dotisk. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0429-9.



- MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka, FROŇKOVÁ, Marie, HERMANOVÁ, Renáta, ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I. aktual. a doplň. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
- NĚMCOVÁ, Jitka, BOROŇOVÁ, Jana. *Repetitorium ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2011. ISBN 978-80-90287679.
- NĚMCOVÁ, Jitka a kol. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetřovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2013. ISBN 978-80-902876-9-3.
- VOJTEKOVÁ, Ivana a kolektiv. *Vybrané kapitoly z ošetřovatelství pro studenty všeobecného lékařství*. 1. vyd. Bratislava: Asklepios, 2010. ISBN 978-80-7167-152-7.
- VORLÍČEK, Jiří, ABRAHAMOVÁ, Jitka, VORLIČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
- VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdenek, POSPÍŠILOVÁ, Yvona. *Paliativní medicína*. 2. vyd. přeprac. a dopl. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
- KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora, OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetřovatelství: koncepce, ošetřovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. ISBN 80-217-0528-0.
- TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-285-X.

1.1 Vývoj profesionálního ošetřovatelství a profesionální ošetřovatelské praxe

Profesionální ošetřovatelství se rozvíjelo spolu s rozvojem medicíny, se vzděláním v medicíně a se vznikem nemocnic. Úzce souvisí s jeho zakladatelkou Florence Nightingalovou, ale určitá profesionální příprava, kterou vyžadovalo fungování nemocnic a veřejného zdravotnictví, už fungovala předtím. Lékař postupně potřeboval ke své práci pomocníka, který by prováděl jeho pokyny a který by na nemocného trvale dozíral jak v domácnostech, tak ve špitálech.

Florence Nightingalová (1820-1910) se pokládá za zakladatelku profesionálního ošetřovatelství, a zároveň za první teoretičku v ošetřovatelství. Její čtyři zásady: čistota, dobré a vlídné zacházení, dostatečná výživa a přívětivé slovo - se na dlouhé období staly mottem a kritériem ošetřovatelské péče. Vytvořila základy ošetřovatelského vzdělání. Florence Nightingalová prosazovala ošetřovatelství za autonomní povolání.

Na rozdíl od omezeného rozvoje ošetřovatelství ve většině Evropských zemí (zejména z důvodů tradičního dominantního postavení medicíny v systémech zdravotní péče), prošlo ošetřovatelství ve vyspělých zemích světa zejména v USA, Kanadě, Japonsku, Austrálii a dalších, **přirozeným společenským vývojem**. Rychlý vývoj zaznamenalo zejména vzdělání v ošetřovatelství a široká škála nemocničních a komunitních ošetřovatelských služeb. Tyto změny umožnily ošetřovatelské profesi pokrýt požadavky na nově organizované služby a tím i **výrazný vzrůst profesionality**. Růst profesionality v ošetřovatelství se projevuje zejména ve



vztahu k šíři a hloubce vědomostní báze, specializovanému vzdělání, etice a autonomii.
Profese nebo povolání vyžaduje speciální vědomosti, dovednosti a přípravu.

Povolání je tedy práce, která je předmětem osobního zájmu člověka, který ji pravidelně vykonává (většinou po celý život) a má k tomu předpoklady a vzdělání.

Zaměstnání je činnost, ve které se člověk po určitý čas angažuje např. obchod. Zaměstnání nemusí být vždy předmětem osobního zájmu zaměstnance a může být dočasné.

Povolání se **obecně liší** od jiných druhů zaměstnání potřebou dlouhodobého speciálního vzdělávání nebo výcviku s cílem dosáhnout patřičných znalostí a dovedností k plnění úkolů ve službě člověku, organizaci nebo společnosti. Zaškolení profesionála **představuje celkový socializační proces se širším a hlubším zaměřením na sociální a postojevé aspekty jeho osobnosti a dovednostní vybavení**, než je to obvykle u jiných druhů zaměstnání.

V roce 1970 Mooreová a Rosenblumová identifikovaly **šest charakteristických znaků profese**:

Profese musí mít:

- 1) systémovou teorii,
- 2) vážnost a úctu
- 3) prestiž
- 4) etický kodex
- 5) profesionální kulturu
- 6) hlavní zdroj příjmu pro ty, kteří jí praktikují.

V současné době se nadnárodní základní charakteristické znaky profese v podstatě shodují (např. vysokoškolské pre i postgraduální profesní vzdělání, vlastní teorie, kompetence, vážnost, úcta, prestiž, etický kodex, profesní organizace, hlavní zdroj příjmu). Jedním z nejdůležitějších znaků je např. **pověření kompetencemi** ze zákona. Pokud tento důležitý znak chybí, nespĺňuje povolání základní kritérium, které je typické pro ostatní profese. Kvalifikaci nebo také profesní autonomii a kompetence pro rozhodování mohou získat sestry (i ostatní nelékařské profese) pouze na základě **adekvátního profesního vzdělání**.

Pak může být **odstraněna tradiční dvojkolejnost v řízení ošetřovatelské péče** (lékař a sestra). Z ekonomických důvodů, zejména potřeby efektivního vertikálního řízení je nutné, aby sestry byly kompetencemi pověřeny co nejdříve. Vertikální řízení (nadřízenost, podřízenost), znamená **primárně rozdělení práce na základě vzdělání, profesní kompetence a odpovědnosti**.

Termín vertikální rozdělení práce by měl být vnímán bez pozitivních nebo negativních významů. Jde o standardní hierarchii při řízení jakékoli pracovní činnosti.

Sestra, která je profesionálem v ošetřovatelství provádí samostatně v zájmu klienta/pacienta zhodnocení jeho zdravotního stavu a míru uspokojení potřeb, získané informace analyzuje, pak naplňuje a realizuje komplexní péči o něj, průběžně také



vyhodnocuje účinnost zvoleného způsobu péče (výsledkem by mělo být zlepšení zdravotního stavu (klienta /pacienta). Takto poskytována ošetřovatelská péče je **založena na systémovém přístupu, na znalostech obecných teoretických metod a postupů, které sestra získá vzděláním.**

Ve společnosti existují různé názory na to, co se očekává od role, kterou plní ošetřovatelská profese a která nemůže být zcela oddělena od postavení a role ženy.

Existují tři možné představy:

- představa sestry jako náhrada milující, utěšující a pečující matky, která jedná instinktivně a tyto úkoly plní jako své poslání,
- představa sestry, která podle nařízení lékaře plní zručně a efektivně některé úkoly v rámci diagnostiky a léčení chorob,
- představa sestry, která jedná a rozhoduje nezávisle, na základě svých vlastních znalostí, dovedností a profesionální odpovědnosti při posuzování a řešení individuálních problémů klienta/pacienta.

-

Všechny tyto představy obsahují prvky, které jsou legitimní a hodnotné. Současné vymezení podoby sestry profesionála zahrnuje následující prvky:

- **emocionální stránku** a **společenskou** důležitost profesionální praxe,
- **technickou** kompetenci a **dovednosti** nezbytné pro profesionální praxi,
- **profesionální znalosti** a vytvoření **nezávislého** úsudku a názoru.

Profesionální ošetřovatelská péče vyžaduje systematický přístup, speciální vědomosti, dovednosti a postoje, které **musí mít vědecký základ.**

Jádro profesionální praxe sester tvoří vzdělání ve **všeobecném ošetřovatelství** (od toho termín: všeobecná sestra, WHO termín: sestra pro zdraví všech). Termín všeobecná sestra nemá za cíl stavět tuto sestru do protikladu se sestrou specialistkou. Záměrem bylo spíše poukázat na nutnost systémového základu v oblasti všeobecného ošetřovatelského vzdělání se silným důrazem na základní (primární) zdravotní péči.

Vzdělání ve všeobecném ošetřovatelství představuje širokou teoretickou bázi základních systematických poznatků o člověku, zdraví, sociálním prostředí, modelech a **metodologii ošetřovatelských činností**, dále pak o **systémech hodnot, na** kterých je ošetřovatelství založeno, a které začínají být ve stále větší míře důležité i pro ostatní zdravotnické pracovníky.

Mezi tyto hodnoty patří:

- uznání a respektování každé lidské bytosti,
- holistické (celostní) pojetí člověka - uznání faktorů, které ovlivňují prožívání zdraví a nemoci,
- uznání potřeby podporovat a udržovat zdraví po celý život - přesvědčení, že lidé mají právo spolurozhodovat o své péči.

Z této základní teoretické báze profesního vzdělání se pak odvíjí konkrétní funkční profil v jednotlivých oblastech ošetřovatelství a specializace (např. v klinických oborech akutní péče, následné a doléčovací péče, v zařízeních primární péče a komunitní péče, v agenturách



domácí péče apod.). V jednotlivých oblastech ošetřovatelství (po získání profesní kvalifikace) se pak sestry **specializují**.

Ošetřovatelství je vědní obor - disciplína, která je charakterizována specifickým předmětem a metodou (popřípadě technikou výzkumu). Ošetřovatelství akceptovalo základní vědecký (systémový) přístup a východiska, kterými se řídí lidské poznání.

V rovině vědecko-teoretické je tedy ošetřovatelství **multidisciplinární obor** s vlastní teoretickou základnou a její praktickou aplikací.

Věda v ošetřovatelství vystupuje jako jednota dvou stránek:

- systém specifických teoretických vědeckých poznatků (předmět zkoumání),
- metoda praxe (ošetřovatelský proces).

S novými trendy a vědeckostí oboru ošetřovatelství se objevila také **nová terminologie**. Její znalost a pochopení je východiskem pro pokračování v dalším rozšiřování poznatků v tomto oboru a hledání cest k exaktnosti (vědecky podložených faktů a zjištění).

1.2 Vymezení oboru ošetřovatelství a zakotvení metodologie ošetřovatelského procesu

Vymezení oboru ošetřovatelství:

Jako každý obor má svoji:

- 1) Filosofii** - (především celostní přístup - holismus),
- 2) Metaparadigmata** - předmět zkoumání (čtyři koncepce: člověk, zdraví, prostředí a ošetřovatelská činnost),
- 3) Paradigmata** - teorie oboru (koncepční modely a teorie - Nightingalové, Hendersonové, Oremové, Kingové, Royové, Gordonové atd.),
- 4) Metodologii** - (ošetřovatelský proces),
- 5) Výzkum,**
- 6) Systém univerzitního pre a post graduálního vzdělávání,**
- 7) Národní a mezinárodní profesní organizace.**

Filozofie (láska k moudrosti) je věda o nejobecnějších zákonitostech vývoje bytí (člověka, přírody a společnosti). Jádro filozofie tvoří ontologie (nauka o bytí) a gnoseologie (noetika, teorie poznání). Dalšími disciplínami jsou např. filozofická antropologie (zkoumající podstatu člověka), etika nebo-li praktická filozofie (zkoumající obecně závazná pravidla chování a jednání). V průběhu dějin vznikly další doplňkové filozofické disciplíny např. dějiny filozofie, estetika (nauka o krásnu), sociologie, politologie, filozofie vědy, metodologie věd, logika apod.

Světový názor je souhrn zásad názorů a přesvědčení, jimiž se řídí jedinec, skupina lidí a celá společnost ve své činnosti a ve vztahu ke skutečnosti.

Filozofie a světový názor se odráží v každém oboru, v jeho etických zásadách i v teoretických konceptních modelech. V ošetřovatelství je to mimo jiné zejména filozofie holismu, organistický světový názor a světový názor změny.

Holismus (z řeckého holos – celek) je filozofický směr zejména biologický - filozofie celistvosti blízká teorii emergentního vývoje. Termín holismus zavedl ve své knize Holismus a evoluce - 1926 jihoafrický politik a generál J.CH. Smuts, který zemřel v roce 1950. Podle něho **celek**

není jen pouhý souhrn jednotlivých částí. Celek je neredukovatelný, nehmotný a nepoznatelný. Celek lze rozdělit na části, ale tímto rozdělením celkovost zanikne.

Holistická teorie vidí všechny živé organizmy jako jednotné celky ve vzájemné interakci se svým okolím. Celek člověka zahrnuje zjednodušeně vyjádřeno pět součástí: biologickou, společenskou (přírodní a společenské prostředí), kognitivní (poznávací), emocionální a duchovní). **Dojde-li k poruše v jedné součásti celku, dochází k poruše celého systému.**

Zdraví člověka z holistického pohledu zahrnuje celou jeho osobnost: celistvost bytosti a všechny stránky jejího životního stylu - tělesnou zdatnost, primární prevenci negativních tělesných a emocionálních stavů, zvládnání stresu, reakce na prostředí, sebekoncepci a duchovno.

Filozofie a světový názor v ošetřovatelství - moudrost, ke které se sestry propracovaly poznáním, se odráží v duchovním rozměru a etických zásadách a vytváří - hodnoty a přesvědčení oboru Ošetřovatelství:

To je síla, která - **dává ošetřovatelské činnosti smysl:**

- projevuje se ve vztazích k lidem,
- sestry investují svoji důvěru, naději, podstupují riziko, plní závazky, chrání individuální práva klientů/pacientů.

- 1) Uznání a respektování každé lidské bytosti,
- 2) Chápání člověka v jeho holistickém (celostním) pojetí,
- 3) Uznání faktorů, které ovlivňují prožívání zdraví a nemoci (např. pocit ohrožení, ztráta, obavy, poranění, bolest, frustrace, celková životní situace apod.),
- 4) Uznání potřeby podporovat a udržovat zdraví po celý život,
- 5) Přesvědčení, že lidé mají právo spolurozhodovat o své péči.

Metaparadigmata – předmět zkoumání

Každý obor si vyčleňuje jisté **jevy, kterými se bude zabývat jedinečným způsobem**. Koncepce (pojetí) a tvrzení, které identifikují tyto jevy a uvádějí je do vzájemného vztahu, jsou na nejvyšší a **nejvšeobecnější úrovni abstrakce**.

Metaparadigma je proto **nejširší a nejglobálnější pohled určitého oboru na zkoumání určitého problému, jevu** a slouží jako shrnující jednotka nebo rámec, uvnitř kterého se vytvářejí omezenější struktury.

Metaparadigma každého oboru je proto nejzákladnějším rozlišením mezi obory. Obory se od sebe liší také podle toho, na jaké koncepte (pojetí) se zaměřují. Je zcela obvyklé, že se stejnými nebo podobnými koncepty (pojetími) zabývá více oborů. **Jedinečné vymezení každého oboru z hlediska koncepcí (pojetí) je specifikováno jeho metaparadigmem** (např. jak sociologie, tak psychologie se zabývá chováním, ale sociologie se zaměřuje na sociální chování a psychologie na psychologické chování).

Metaparadigma ošetřovatelství:

Ústředními koncepty (pojetími) jsou:

- **Člověk** - příjemce ošetřovatelských činností (může to být jednotlivá osoba, rodina, společenství nebo specifická skupina).
- **Zdraví** - týká se příjemce dobrého zdravotního stavu případně nemoci.



- **Prostředí** - tvoří jeho nejbližší příbuzní, přátelé, spolupracovníci a fyzické prostředí, ve kterém žije nebo se nachází.
- **Ošetřovatelská činnost** - kterou sestry provádějí v zájmu příjemce nebo ve spolupráci s ním.

Souvislosti mezi čtyřmi koncepcemi metaparadigmatu objasňuje konstatování:

Ošetřovatelství se zabývá integritou nebo zdravím lidských bytostí, přičemž uznává, že lidé jsou v neustálé interakci se svým okolím.

Řešení vztahů mezi koncepcemi metaparadigmatu (hlavní oblasti zájmu ošetřovatelství) se zaměřuje na:

- zásady a zákony, které řídí životní proces, dobrý stav a optimální funkce lidských bytostí, nemocných i zdravých,
- vytváření vzorů lidského chování v interakci s okolím v normálním životě i náročných životních situacích,
- procesy, kterými se dosáhne pozitivních změn ve zdravotním stavu.

Ošetřovatelské metaparadigma se vyvíjí od doby, co Florence Nightingalová poprvé popsala ošetřovatelskou péči o člověka v souvislosti s působením okolních vlivů na jeho zdraví (1859). K výslovnému formování metaparadigmatu však došlo teprve nedávno (90 léta 19. století).

Paradigmata – teorie oboru (konceptní modely a teorie)

Model obecně je abstraktní vyjádření reality, zjednodušený konceptní pracovní rámec, sestavený tak, by ověřil určitou teorii. Modely vytvářejí teoretici, vědci a profesionálové z praxe, aby určitým způsobem interpretovali, vysvětlili nebo analyzovali daný jev.

Jevem ve vztahu k péči o zdraví může být například:

- lidské prostředí a chování lidí v něm,
- zdravotní, sociální a ekonomické zabezpečení lidí,
- patofyziologické procesy (choroby),
- léčebné postupy,
- zdravotnické instituce,
- systémy péče o zdraví (např. biomedicínský model, model primární péče apod.).

Modely by měly pomoci těm, kteří se snaží pochopit, zkoumat nebo teoreticky více přemýšlet. Jsou užitečné i pro praxi, pro plánování, kdy je nutné určit priority, při rozvoji a zdokonalování činnosti v praxi. **Vytváření modelů je sociální proces**. Modely odrážejí myšlení těch, kdo je vytvořili. Modely nabízejí různé chápání jevů i přístupu k nim. Je třeba na ně nazírat kriticky a měly by být předmětem neustálého přehodnocování v kontextu nových poznatků (např. biomedicínský model zdravotní péče, již dnes neodpovídá potřebám společnosti).

Naše vědomostní základna se neopírá pouze o teorii ošetřovatelství, ale také o poznatky mnoha dalších disciplín (přírodních věd, medicíny, filozofie, psychologie, sociologie, antropologie atd.), z nichž každá má svá vlastní hlediska a trendy a formuluje definici zdraví odlišně. Mnohé obory ošetřovatelství jsou ovlivňovány biomedicínským modelem.

Medicína se tradičně zaměřuje na diagnostiku a léčebnou péči specializovanou podle anatomických systémů a jejich patologických stavů (z tohoto biomedicínského pohledu byl organizován i tradiční systém zdravotní péče).

S vývojem nových poznatků a požadavků na kvalitu péče vznikla **potřeba holistické péče, která zahrnuje jak léčebnou, tak i ošetřovatelskou péči.**

Biomedicínský model péče má tendenci ignorovat psychosociální potřeby člověka a péči v holistickém - bio-psycho-sociálním pojetí. **Každý člověk je přece víc než lékařská diagnóza,** představuje celistvou jedinečnou a neopakovatelnou osobnost.

Teoretický rozvoj ošetřovatelství (koncepční modely a teorie) slouží několika základním cílům:

- získává poznatky, které pomáhají zlepšovat praxi,
- třídí informace do logických systémů,
- odhaluje mezery ve vědomostech ve specifických úsecích studia,
- poskytuje logický návod na sběr důležitých údajů o zdravotním stavu klienta/pacienta, nutných k rozhodování a realizaci péče,
- poskytuje kritéria na vyhodnocení účinnosti ošetřovatelské péče,
- rozvíjí a organizuje způsob studia ošetřovatelství,
- řídí ošetřovatelský výzkum a rozšiřuje vědomosti.

Koncepční modely a rámce otevírají cestu ke koncepci (pojetí) oboru ošetřovatelství v jasných a srozumitelných pojmech. **Profesionalita** a touha po rovnoprávném a kolegiálním postavení vůči ostatním zdravotnickým profesionálům **vyžaduje přesně vymezenou koncepci (koncepční model, rámec) ošetřovatelství v systému péče o zdraví.** Pokud mají být sestry považovány za zdravotnické profesionály a odborníky, musí si přesně ujasnit své jedinečné a významné postavení v interdisciplinárním týmu.

1.3 Historický vývoj metodologie ošetřovatelství – ošetřovatelského procesu

Poprvé pojem ošetřovatelský proces použila Hallová v roce 1955, (jehož komponenty v následném období modifikovaly různé autorky, např. Wiedenbachová, Knowlesová, Yuraová, Walsová či Gebbieová):

- **1965** V. Hendersonová konstatovala, že ošetřovatelský proces má stejné fáze jako vědecká metoda,
- **1971** D. Oremová konstatovala, že ošetřovatelský proces má **3** fáze:
 - 1) začátek a pokračující určení potřeby ošetřovatelské péče,
 - 2) plánování ošetřovatelských výkonů u pacienta, které přispějí k dosažení zdravotnických cílů,
 - 3) začátek, vykonávání a kontrola pomocných akcí,
- **1973** publikovala Americká asociace sester (ANA) standardy ošetřovatelské praxe, které byly zpracovány dle kroků ošetřovatelského procesu, v tu dobu členěného na **4** fáze,
- **1976** C. Rojová používala **6** fází ošetřovatelského procesu, doporučila používat termín sesterská diagnóza,
 - 1) posouzení chování pacienta,
 - 2) posouzení vlivů faktorů na něho působících,
 - 3) identifikace problému,

- 4) vytýčení cíle, zásah,
- 5) výběr přístupu,
- 6) vyhodnocení,

- **1982 5** kroků schématu bylo definováno National Council of State Boards v USA a patřily mezi ně názvy označující chování sestry:

- 1) assessing – posuzování,
- 2) analyzing - analyzování posouzením získaných informací za účelem tvorby ošetřovatelských diagnóz,
- 3) planing – plánování,
- 4) implementing – provádění,
- 5) evaluating – vyhodnocení,

V aktuální publikaci Nursing Interventions and Clinical Skills uvádějí autorky **5** fází ošetřovatelského procesu s těmito kroky:

- 1) assessment – posouzení,**
- 2) diagnosis – diagnostika,**
- 3) planning – plánování,**
- 4) implementation – realizace,**
- 5) evaluation – vyhodnocení.**

Z teoretického hlediska jde o **systemovou teorii** aplikovanou na postup, který řeší určitý problém s předem stanoveným cílem (očekávanými výsledky), jinak také **analyticko-syntetická metoda** řešení problému nebo **myšlenkový algoritmus**, který používá kvalifikovaná sestra při hodnocení stavu klienta, plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti péče. **Z teoretického hlediska jde o metodologii oboru ošetřovatelství.**

Z praktického hlediska je ošetřovatelský proces systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče, jejímž cílem je (pokud možno pozitivní a zdraví prospěšná) změna zdravotního stavu klienta/pacienta. Proto je dnes ošetřovatelský **proces mezinárodním standardem ošetřovatelské praxe.**

Před tím, než se začala používat metoda ošetřovatelského procesu v praxi, sestry poskytovaly svou **péči na příkaz lékaře** a jejich péče byla **zaměřena více na chorobu** než na individuální potřeby nemocného člověka.

- **Využití** ošetřovatelského procesu v klinické praxi se **nejprve legitimovalo v USA v roce 1973** kdy **Americká Asociace Sester (ANA)** jej uveřejnila jako **standard ošetřovatelské praxe**, který má pět fází:

- 1) Zhodnocení,
- 2) Diagnostiku,
- 3) Plánování,
- 4) Realizaci,
- 5) Vyhodnocení.

Cílem ošetřovatelského procesu je kvalitní ošetřovatelská péče - uspokojení individuálních potřeb klienta/pacienta. Sestra nejdříve **ve spolupráci s klientem/pacientem** zhodnotí jeho celkový zdravotní stav (sestaví anamnézu), určí aktuální

a potenciální problémy (ošetřovatelské diagnózy - OD), sestaví písemný individuální plán ošetřovatelské péče (v něm seřadí OD podle priorit, ke každé OD stanoví očekávané výsledky a ošetřovatelské intervence), pak péči realizuje (vše zaznamenává do formuláře: Vývoj stavu klienta/pacienta - pozorování a její účinnost po určité době vyhodnotí (srovnáním skutečného stavu pacienta a očekávaných výsledků v plánu péče). Pokud **pacient není schopen samostatně rozhodovat** a spolupracovat, sestra může požádat o spolupráci jeho příbuzné nebo přátelé.

Aplikace metody ošetřovatelského procesu vyžaduje, aby sestra získala odpovídající vzdělání a dovednosti:

- **interpersonální** (komunikace, naslouchání, projev zájmu a empatie, získání důvěry apod.),
- **technické** (zručnost při výkonech),
- **intelektové** (řešení problémů, kritické myšlení a schopnost vytváření adekvátních úsudků) atd.

1.4 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelská praxe je dynamická, **reaguje na měnící se potřeby populace** a na **požadavky transformujících se systémů péče o zdraví**. Jedinečnost moderní ošetřovatelské péče spočívá v tom, že sestra umí propojit všechny ošetřovatelské činnosti tak, aby adekvátně reagovala na potřeby jednotlivců, rodin, a komunit v diferencovaných situacích a prostředí.

Hlavní vývojové trendy rozvoje ošetřovatelství:

V roce 1989 bylo popsáno **sedm hlavních trendů**, které mezinárodně přispívají k rozvoji oboru ošetřovatelství a ošetřovatelské metodologie.

1) **Snižování nákladů na zdravotní péči** zejména tlak na snižování počtu drahých nemocničních lůžek a nemocničního personálu vede k potřebě péče mimo nemocnice. To vyžaduje, aby ošetřovatelství definovalo standardy profese a ošetřovatelské péče a poskytovalo účinnou a finančně efektivní péči. To znamená, že péče musí být plánována a musí uspokojovat individuální potřeby klientů/pacientů. Žádoucím výsledkem tedy je, že v důsledku omezených zdrojů sestry musí fungovat co nejefektivněji.

2) **Stanovení ceny ošetřovatelské péče** (přepočtení počtu hodin potřebné ošetřovatelské péče na finanční náklady), se stalo centrem profesionální pozornosti. Sestry v manažérských funkcích musí sestavovat rozpočty v situacích, kdy mají méně peněz, limitovaný čas, redukovaný počet lůžek a personálu. Ke stanovení ceny zdravotnické péče u konkrétních klientů/pacientů musí být použita i péče, kterou poskytují nelékařské profese, protože bez ní celková péče nemůže být kvalitní ani efektivní.

3) **Zkracování délky pobytu v nemocnici**, přestože se délka pobytu snižuje, individuální péče musí být plánována a kontinuálně poskytována. Sestry přebírají větší část odpovědnosti za takto propuštěné pacienty, kteří vyžadují ošetřovatelskou péči podle určité diagnostické skupiny. K zajištění optimálních výsledků péče u pacientů od přijetí do nemocnice, během hospitalizace až po propuštění do domácí péče, je nutná úzká týmová dobře organizovaná spolupráce.

4) **Stoupající závislost na náročných diagnostických a léčebných technologiích**, v právně sporné společnosti obranná praxe medicíny vyústila do zvýšené závislosti na náročných diagnostických technologiích a léčebných intervencích. Pacienti jako lidské bytosti se často ztrácejí mezi složitými přístroji, hadicemi a monitory, které začaly převažovat v jejich péči. To vede sestry k plnění jejich nové profesní role - obhajování lidské individuality jako (holistického) bio-psycho-sociálního celku, upozorňují na etické důsledky dilematu: kvality života a práva na smrt. Usilují o zajištění rovnováhy mezi výhodami technologií a lidskými potřebami, obhajují dostupnost a rovnoprávný přístup ke kvalitní péči o zdraví (práva pacientů).

5) **Potřeba širších a hlubších znalostí v ošetřovatelství**, nutnost zajištění účinné ošetřovatelské péče v náročném společenském prostředí vyžaduje vysokou klinickou odbornost a dovednosti sester, zralost, kritické myšlení, asertivitu a efektivní komunikaci. Vzdělávací programy sledují tyto cíle a stále rozšiřují znalosti sester a zvyšují jejich odpovědnost.

6) **Potřeba úzké spolupráce a komunikace** se neustále zvyšuje z důvodu důrazu na komplexnost a efektivnost péče. Pouze týmovou spoluprací mezi odděleními, službami a zařízeními může zdravotnický personál poskytovat úplnou a efektivní péči. K tomu potřebuje **jasně vymezené kompetence a odpovědnost** (nejlépe zákonem). Sestry jako primární koordinátor celkové péče výrazně přispívají k této efektivitě. Plány ošetřovatelské péče slouží jako prostředek komunikace jak mezi sestrami, tak i jinými odbornými profesemi. Je to právní a etická dokumentace rozhodovacího a komunikačního procesu. Aktivní účast pacientů a jejich rodinných příslušníků v procesu péče rovněž významně podporuje její celkovou efektivitu.

7) **Možnost použití počítačů v plánování ošetřovatelské péče**, sestry jsou přesvědčeny, že jejich limitovaný čas může být využit lépe v přímé péči o pacienty než administrativou. Sestavení adekvátní (standardní) struktury plánů ošetřovatelské péče v počítači velmi usnadňuje sestram administrativu. Sestry mohou velmi rychle napsat, zobrazit, aktualizovat, vyhodnotit a vytisknout plán péče a tím zlepšit kvalitu záznamu. Většina počítačových systémů ve světě už dnes používá standardizované plány péče, které reflektují přijaté standardy ošetřovatelské péče u určitých stavů. Běžně se používají i ošetřovatelské diagnózy NANDA. Standardní obsah ošetřovatelské dokumentace slouží i pro srovnávání a vyhodnocování informací na národní i mezinárodní úrovni a k výzkumu.

1.4.1 Ošetřovatelský proces – jako systémová metoda řešení problému

Samotný pojem - **proces představuje sérii plánovaných činností, které jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku**. Pojem **ošetřovatelský proces** je **poměrně nový a souvisí s akceptováním vědeckého (systémového) přístupu** a východisek, v oboru ošetřovatelství, kterými se řídí lidské poznání.

- **Z teoretického hlediska jde o systémovou teorii** aplikovanou na postup, který řeší určitý problém s předem stanoveným cílem (očekávanými výsledky), jinak také analyticko-syntetická metoda řešení problému nebo myšlenkový algoritmus, který používá kvalifikovaná sestra při hodnocení stavu klienta, plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti péče. Z teoretického hlediska jde o **metodologii oboru ošetřovatelství**

- **Z praktického hlediska je ošetřovatelský proces** systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče, jejímž cílem je (pokud možno pozitivní a zdraví prospěšná) změna zdravotního stavu klienta/pacienta. Proto je dnes ošetřovatelský proces mezinárodním **standardem ošetřovatelské praxe**. Před tím, než se začala používat metoda ošetřovatelského procesu v praxi, sestry poskytovaly svou péči na příkaz lékaře a jejich péče byla zaměřena více na chorobu než na individuální potřeby nemocného člověka.

Výhody ošetřovatelského procesu

a) pro pacienta:

- kvalitní plánovaná péče, která uspokojuje potřeby jednotlivce, rodiny, komunity, společnosti,
- návaznost a kontinuita péče,
- účast pacientů na péči.

b) pro sestru:

- důsledné a systematické ošetřovatelské vzdělání,
- uspokojení v zaměstnání,
- odborný růst
- vyhnutí se rozporu se zákonem,
- realizace standardů ošetřovatelské praxe,
- splnění standardů akreditovaného pracoviště.

1.5 Základní vědomosti a dovednosti nutné pro poskytování ošetřovatelské péče metodou ošetřovatelského procesu

Základní vědomosti a dovednosti nutné pro poskytování ošetřovatelské péče metodou ošetřovatelského procesu:

1) Zhodnocení

- biopsychosociální a duchovní systémy,
- potřeby lidí ve vývojových obdobích,
- zdraví,
- nemoc,
- patofyziologie,
- systém rodiny,
- kultura, hodnoty vlastní i hodnoty pacienta,
- systematické pozorování,
- efektivní komunikace,
- vytvoření vztahu ochoty pomoci,
- sestavení anamnézy stavu zdraví klienta/pacienta
- provedení fyzikálního vyšetření

2) Diagnostika

- standardní názvy ošetřovatelských diagnóz,
- etiologické faktory ošetřovatelských diagnóz,
- charakteristické projevy ošetřovatelských diagnóz,
- rizikové faktory spojené a potencionálními ošetřovatelskými diagnózami,
- projevy vitálních funkcí,

- individuální mechanismy adaptace,
- diferencovat objektivní projevy a vlastní interpretace (domněnky, úsudky),
- kritické myšlení,
- induktivní a deduktivní myšlení,
- seskupování informací
- ověřování příznaků a stavů,
- formulace a testování hypotéz,
- stanovení ošetřovatelské diagnózy.

3) Plánování

- silné a slabé stránky pacientovi osobnosti,
- hodnoty a názory pacienta,
- rozsah ošetřovatelské praxe,
- prostředky na ošetřovatelskou činnost,
- role ostatních pracovníků ve zdravotnickém a ošetřovatelském týmu,
- řešení problému,
- schopnost rozhodovat,
- stanovení cílů pacienta ve vztahu k ošetřovatelské diagnóze a ve spolupráci s ním,
- vytýčení priorit,
- stanovení měřitelných kritérií očekávaných výsledků,
- výběr vhodných strategií péče k dosažení cíle,
- napsání ošetřovatelských intervencí/zároků do plánu,
- získání spolupráce pacienta a ostatních spolupracovníků.

4) Realizace

- tělesné ohrožení a bezpečí,
- asepse,
- výkony a procedury,
- používání zařízení,
- organizace
- management,
- studium,
- teorie změny,
- obhajoba,
- Práva pacienta
- vývojová úroveň pacienta,
- systematické pozorování,
- efektivní komunikace,
- udržování vztahu ochoty pomoci,
- provádění psychomotorických cvičení,
- nácvik sebezpečí,
- laskavá péče,
- plnění role ochránkyně práv pacienta,
- poskytování rady pacientům,
- delegování pravomocí,



- dohled nad prací jiných a jejich hodnocení,
- realizace lékařských ordinací.

5) Vyhodnocení

- měřitelná kritéria očekávaných výsledků – cílů pacienta/klienta,
- reakce pacienta na ošetřovatelskou péči,
- získávání údajů a jejich srovnání,
- vyvozování závěrů z dosažených cílů,
- zvažování možných ošetřovatelských činností,
- revize plánu ošetřovatelské péče.

2 Potřeby klienta, Maslowova hierarchie potřeb

Literatura:

- ADAMUS, Milan a kol. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2425-5.
- BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.
- DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. 1. vyd. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-294-8.
- FRÝDLECKÁ, Helena, HEŘMANOVÁ, Jana, STAŇKOVÁ, Marta a kol. (a)1996. *Lemon 1*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 125 s. ISBN 80-7013-234-5.
- FRÝDLECKÁ, Helena, HEŘMANOVÁ, Jana, STAŇKOVÁ, Marta. *Lemon 3*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 158 s. ISBN 80-7013-244-2.
- MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka, FROŇKOVÁ, Marie, HERMANOVÁ, Renáta, ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I*. aktual. a doplň. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
- HERDMAN, T. Heather, KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.
- VOJTEKOVÁ, Ivana a kolektiv. *Vybrané kapitoly z ošetřovatelství pro studenty všeobecného lékařství*. 1. vyd. Bratislava: Asklepios, 2010. ISBN 978-80-7167-152-7.
- VORLÍČEK, Jiří, ABRAHAMOVÁ, Jitka, VORLIČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
- VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdenek, POSPÍŠILOVÁ, Yvona. *Paliativní medicína*. 2. vyd. přeprac. a dopl. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
- KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora, OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetřovatelství: koncepce, ošetřovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. ISBN 80-217-0528-0.
- TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-285-X.

2.1 Potřeby nemocných

Charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství je systematické hodnocení a plánované **uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka**. Uspokojování potřeb člověka se realizuje prostřednictvím ošetřovatelského procesu.

Bio-psycho-sociální jednota organismu člověka

- jednotu chápeme jako celek, jako bytost bio-psycho-sociální, holistickou a ne pouze jako soubor částí a procesů,
- organismus je celkem, který je v neustálé interakci mezi svými jednotlivými částmi a svým okolím,
- porucha jedné části celku vede zákonitě k poruše jiné části, popř. celého systému (somatika-psychika-sociální prostředí).

Potřeba - je projevem nějakého nedostatku (nebo nadbytku), jehož odstranění je žádoucí. Pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu a vývoji lidské bytosti.

- Prožívání nedostatku ovlivňuje všechny systémy.
- Potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se a kultivují, na rozdíl od pudů a instinktů - ty chápeme jako biologicky dané vnitřní síly neovlivnitelné zvenčí.
- Každý člověk vyjadřuje a uspokojuje potřebu jinak, v průběhu života se potřeby mění z hlediska kvality i kvantity.
- Je důležité si uvědomit, že všichni lidé mají společné potřeby, a že tyto potřeby jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby života, z nichž si ani dva nejsou podobné.
- Potřeby je možné uspokojovat žádoucím či nežádoucím způsobem.
- Za žádoucí způsoby považujeme ty, které neškodí ani nám, ani jiným, jsou ve shodě se sociálně-kulturními hodnotami individua a jsou uspokojovány v mezích zákona.
- Potřeby jsou základními motivy, vyjadřujícími nějaký nedostatek a jsou určovány kulturou.
- **Biologická potřeba** vyjadřuje stav narušené fyzické rovnováhy (homeostázy), ekonomická potřeba vyjadřuje nutnost nebo žádost vlastnit a užívat určitý objekt (barevný televizor, boty, ...), bývá tak často míněn prostředek k dosahování některého psychologického cíle.
- **Psychologický význam potřeby** je zcela specifický a vyjadřuje psychický stav, odrážející nedostatek. Je spojen s významem sociálním, vyjadřujícím nedostatky v sociálním životě jedince.
- Pocit potřeby vyvolává tzv. **motivační napětí**. Motivace je označována jako proces, který určuje směr, sílu a trvání určitého chování a jednání. Motivace může být vědomá (pocit hladu, lov, nasycení) nebo nevědomá (snaha o kariéru, ale neví proč). Mezi nimi není ostrá hranice, někdy se mohou prolínat (najedení může být vědomě motivováno hladem, ale i nevědomě osamělostí). Motivační napětí je reakcí na potřebu organismu.

Klasifikace potřeb:

v psychologii se potřeby dělí na:

- biogenní, fyziologické,
- psychogenní, sociogenní, psychologické.

Potřeby, představují základní rovinu zaměřenosti, v biologickém základu člověka jsou

zakotveny **primární potřeby** tzv. nutnost potravy, spánku, bezpečí a **vyšší potřeby**, které jsou spjaty se společenským začleněním - máme pět hlavních skupin:

1) Potřeby poznávací

- touha po informacích, novinkách, zajímavostech atd., ale i touha řešit problémy a zkusit si své objevitelské a řešitelské síly. V tom druhém případě nejde až zas tak o výsledek, ale hlavně o postup díky němuž byl problém vyřešen (tzv. vzít za správný konec).

2) Potřeby sociální

konkretizují se rozmanitými, někdy i protichůdnými způsoby např.:

- **potřeba obliby** - být druhým lidem sympatický,
- **potřeba statusu** - zaujímat mezi lidmi pevné postavení,
- **potřeba prestiže** - být oceňován,
- **potřeba afiliace** - patřit do skupiny,
- **potřeba kompetice** - soutěžit s druhými, v něčem vyniknout,
- **potřeba dominance** - získat převahu,
- **potřeba kooperace** - spolupracovat s druhými, čerpat od nich pomoc a sám pomoc poskytovat, rozdělit si společně povinnosti v rámci skupinového úkolu splnit svou povinnost,
- **potřeba submise** - nechat se druhými vést, podřídit se, projevit ustoupením a uznáním převahy něčí dobrou vůli,
- **potřeba imitace a identifikace** - mít vzor, respektive idol, do kterého je možno se vcítovat, který je možno napodobovat či obdivovat.

3) Potřeba aktivity

- projevuje se rozmanitými způsoby např. jako potřeba odreagování se po déle trvající nehybnosti, ale i potřeba pracovní činnosti, herní, sportovní, rekreační atd.

4) Potřeby dosahování výkonů (tzn. výkonové potřeby)

- týkají se rozmanitě projevujícího se úsilí něco dokončit, udělat, zvládnout lépe než předtím - tím si chceme nejen vydobýt mezi lidmi uznání ale i být spokojený sám se sebou,
- dítě se např. snaží sestavit vyšší a vyšší věž z kostek,
- důležité je: **vytyčování aspirací** tzn. vytyčování cílů, na které si tróufáme.

5) Potřeby existencionální neboli potřeby smyslu života

- potvrzuje se, že každý z nás je jimi za určitých životních situací zaměstnán ba zcela pohlcen, připadá mu, že nevyřeší-li je nějak, je jeho život ohrožen (např. Proč žít dál? a Jak dál žít?),
- neuspokojení existencionálních potřeb se vesměs pojí z životní krizí a jejich uspokojení je často odrazovým můstkem pro rozmach tvořivých sil

Větší vnímavost je typická pro většinu lidí:

- **v určitých fázích životní cesty** (např. dospívání, poklesu výkonnosti s narůstajícím věkem, odchod do důchodu atd.),
- **jako následek duševního otřesu** (např. smrt blízké osoby, rozvod atd.),
- **reakce na výraznou změnu zdraví** (např. chronické onemocnění, následek úrazu atd.).

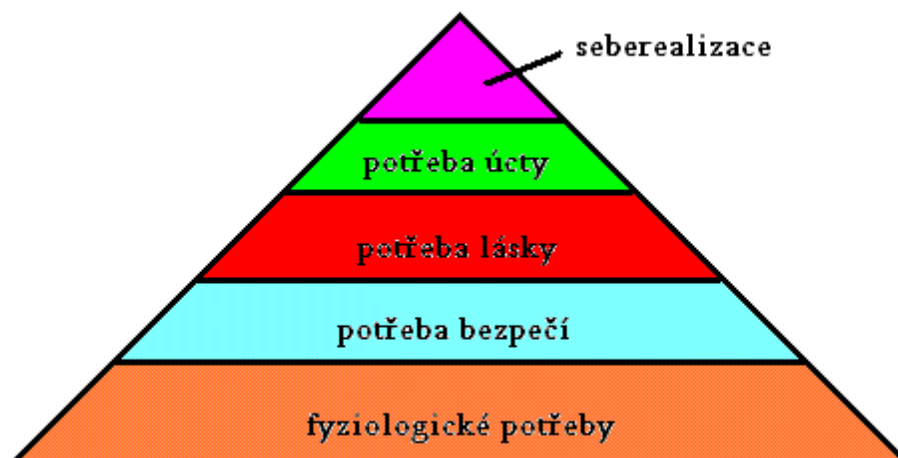
2.2 Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa

Abraham Harold Maslow (1. dubna 1908, Brooklyn, New York, USA – 8. června 1970, Menlo Park, Kalifornie, USA) byl americký psycholog, jeden ze zakladatelů humanistického proudu v psychologii, 10. nejcitovanější psycholog ve 20. století. Nejčastěji bývá uváděn jako autor Maslowovy pyramidy lidských potřeb. Maslow je původem polské jméno, a proto se čte polsky, a ne anglicky.

Abraham se narodil jako nejstarší ze sedmi dětí. Jeho rodiče byli chudí Židé, kteří počátkem 20. století emigrovali do USA, aby unikli perzekucím v carském Rusku. Sami nebyli intelektuálně orientovaní, ale vzdělání přikládali význam. Maslow jako dítě zažíval v newyorském Brooklynu těžké časy, stal se terčem antisemitismu některých učitelů i dětí z okolí. Prožíval také komplikovaný vztah ke své matce, který přerostl do silného odporu. Kromě svého bratrance Willa měl málo přátel, a tak trávil mnoho času čtením. Absolvoval City College a poté studoval psychologii na University of Wisconsin. V roce 1928 se oženil se svou sestřenicí Berthou, která v té době ještě studovala střední školu. Narodili se jim dvě děti. V letech 1951 až 1969 byl profesorem na Brandeis University v Massachusetts. Roku 1967 prodělal silný infarkt. O tři roky později, ve věku 62 let, dostal při běhání další infarkt, který se stal příčinou jeho smrti.

K nejvýznamnějším příspěvkům Abrahama Maslowa v psychologii patří **hierarchie lidských potřeb, kterou obvykle zobrazoval jako pyramidu:**

- potřeba seberealizace (naplnit své možnosti růstu a rozvoje),
- potřeba uznání, úcty (být vážený, mít úspěch v očích jiných lidí a na tomto základě být sám sebou kladně hodnocen),
- potřeba lásky, sounáležitosti (vedou k touze někam a k někomu patřit, být přijímán a milován),
- potřeba bezpečí, jistoty (projevuje se především vyhýbáním se všemu neznámému, neobvyklému či hrozivému),
- fyziologické potřeby (potřeba potravy, tepla, vyměšování).



Nezákladnější potřeby (fyziologická, bezpečí, sounáležitost a úcta) Maslow označuje jako **potřeby nedostatkové** (potřeby deficience), pátou kategorií (seberealizace) pak jako **potřeby růstové**. Obecně platí, že níže položené potřeby jsou významnější a jejich alespoň částečné uspokojení je podmínkou pro vznik méně naléhavých a vývojově vyšších potřeb. Toto však nelze říci zcela bezvýhradně a je doloženo, že uspokojování vyšších potřeb (estetických, duchovních) může napomoci v mezních situacích lidského života, ve kterých je možnost uspokojování nižších potřeb omezena (např. v prostředí koncentračních táborů, o čemž referovali mj. Viktor Frankl nebo Konrad Lorenz). Za nejvyšší považuje Maslow potřebu seberealizace, již označuje lidskou snahu naplnit své schopnosti a záměry.

Hierarchie potřeb podle A.H. Maslowa

- autorem teorie hierarchického uspořádání neboli jejich stupňovité zařazení podle potřeb od nejnižších až po nejvyšší,
- podstatné na tom je, že jedinec dospívá k vyšším potřebám, až když uspokojí ty nižší,
- např. dítě, které strádá pocitem lásky a bezpečí, nedokáže v sobě rozvinout vyšší potřebu, neuspokojení níže postavené potřeby bezpečí je natolik zaměstnává (trápí, ztěžuje), že nemá sílu postoupit na další úroveň to, ale znamená vážnou újmu, jedinec je v tomto smyslu deformován.

Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa

Vytvořil teorii motivace, ze které vychází jeho hierarchická teorie potřeb. Zdůrazňuje v ní těsné propojení filozofie a psychologie. Podle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, protože některé motivy jsou silnější než jiné. Lidé jsou motivováni hierarchickým systémem základních potřeb. Hierarchie potřeb zahrnuje potřeby filozofické, potřeby bezpečí, afiliace, uznání a seberealizace. Jedinec je integrovaný a organizovaný celek, tzn., že každá potřeba je vždy výrazem celého jedince. Prakticky stále je některá potřeba neuspokojena, lidská bytost stále něco vyžaduje.

Potřeby jsou **hierarchicky řazeny** podle své naléhavosti, neuspokojené nižší potřeby převládají a zvítězí v konfliktu nad neuspokojenými vyššími potřebami. Vyšší potřeby se vzhledem k věku projevují později (u novorozenců dominují fyziologické potřeby, na začátku adolescence se objevují potřeby seberealizace). Jsou-li základní potřeby jedince trvale frustrovány, pak dochází k projevům psychopatologie.

- **Fyziologické potřeby:** objevují se při poruše homeostázy, vyjadřují potřeby organismu sloužící k přežití. Jedinec se snaží o jejich uspokojení dříve, než se stanou aktuálními. V momentě, kdy jsou fyziologické potřeby aktuální, stávají se dominantními a ovlivní celkové chování a jednání člověka.
- **Potřeba jistoty a bezpečí:** je potřebou vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, ochraně, ekonomického zajištění. V situaci ztráty pocitu a životní jistoty nebo chybí-li v životě pořádek a řád, stojí uspokojení potřeby jistoty na prvním místě (u nemocného člověka vždy).
- **Potřeba lásky a sounáležitosti (neboli potřeby afilační):** je to potřeba milovat, být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti, potřeba být sociálně integrován. Vystupuje v situacích osamocení a opuštění.

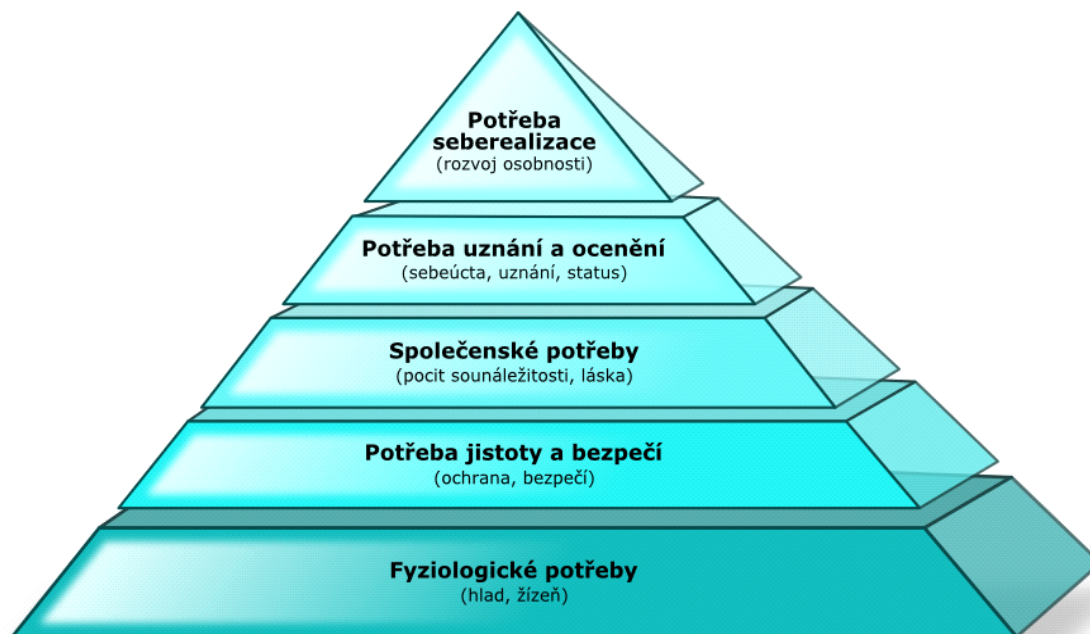
- **Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty**: jsou to dvě spojené potřeby, potřeba sebeúcty a sebehodnocení (vyjadřuje přání výkonu, kompetence, důvěry, nezávislost na mínění druhých), druhá vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí, statutu, prestiže uvnitř sociální skupiny. Vystupuje v situacích ztráty respektu, kompetence, důvěry a projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty.

- **Potřeba seberealizace, sebeaktualizace**: je tendence realizovat své schopnosti a záměry, člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být.

K těmto vyšším potřebám řadí Maslow tzv. **metapotřeby** (potřeby růstu). Patří sem potřeby poznání a porozumění, jednoty, rovnováhy a harmonie, spontaneity, individuality, hravosti, autonomie, smysluplnosti atd. Metapotřeby jsou ve srovnání se základními potřebami méně naléhavé, ale jejich uspokojení posiluje vývoj k lidskosti, k vyššímu štěstí a radosti. Potřebu transcendence vysvětluje Maslow jako touhu přesáhnout sebe sama, **hledání smyslu života směrem** k duchovní sféře, víře, která přesahuje smyslové a rozumové poznání. Je to touha po nejvyšším smyslu, mystických hodnotách. Tím člověk přesahuje svoji osobnost a obrací se k Bohu. Maslow zjistil, že lidé s uspokojenými potřebami jsou šťastnější, zdravější a výkonnější než jedinci s neuspokojenými potřebami.

Vyšší potřeby: potřeba seberealizace, potřeba uznání, potřeba sounáležitosti.

Nižší potřeby: potřeba bezpečí, fyziologické potřeby.



Zdraví může být **definováno negativně** jako absence **nemoci**, funkcionálně jako schopnost vyrovnat se s denními aktivitami, nebo **pozitivně** jako způsobilost a podoba balansu (vyrovnanosti). V každém organismu je **zdraví forma homeostáze**. To je stav balansu s příjmem a výdejem **energie** a látky v rovnováze (s možností růstu). Zdraví též značí dobré vyhlídky na trvalý přežití. U vnímajících bytostí jako lidí je zdraví širší koncept.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako „stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody a nesestává se jen z absence nemoci nebo vady“. Přestože toto je užitečná a přesná definice, dá se považovat za idealistickou a nerealistickou. Podle této definice WHO se dá klasifikovat 70–95 % lidí jako nezdravých. Nejsolidnější **aspekty pohody**, které pevně vyhovují sféře medicíny, jsou **environmentální zdraví, výživa, prevence nemoci** a veřejné zdravotní záležitosti, které mohou být zkoumány a pomoci v **měření pohody**.

Environmentální zdraví lze definovat různými způsoby. Některé definice jsou užší, některé širší, avšak všechny se zaměřují na vliv faktorů životního prostředí na lidské zdraví. **Světová zdravotnická organizace** například používá tuto definici: **Environmentální zdraví se zabývá všemi fyzikálními, chemickými a biologickými faktory existujícími vně vůči některé osobě a všemi příbuznými faktory dopadajícími na chování. Zahrnuje vyhodnocení a kontrolu těch environmentálních faktorů, které mohou potenciálně ovlivnit zdraví.**

Definice zdraví

velmi rozšířené pojetí zdraví člověka vychází z definice, která je od roku **1947** obsažena v ústavě Světové zdravotnické organizace (WHO): **Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (well-being) a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.** Zdraví je v této definici vymezováno třemi vzájemně rovnocennými složkami – tělesné, duševní a sociální - vymanil z tradičního biologizujícího pojetí. Vymezení zdraví člověka se vztahuje ne jedince neoddělitelně spjatého se sociálním prostředím. **Nemoc** je z tohoto hlediska **poruchou v systému člověka-prostředí**, je to potenciál vlastního organismu vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky prostředí, v němž člověk žije. Je to potenciál vlastního organismu vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky prostředí, v němž člověk žije. V posledních desetiletích je přijímán názor, že nemoc má stejně jako zdraví mnoho faktorový, bio-psycho-sociální základ. Především **jejich vzájemná interakce** s lidským organismem a způsobem života člověka vyvolávají nemoci anebo přispívá k jejich rozvoji.

V roce 1984 zveřejnila WHO následující definici zdraví: **Zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím. Zdraví se tedy chápe jako zdroj každodenního života a ne jako cíl života.** Jde o **pozitivní koncepci**, která zahrnuje společné a osobní zdroje stejně jako fyzické možnosti. Tato definice uznává mnohadimenzionální podstatu zdraví. Lidé nejsou zdraví, pokud nemohou realizovat své touhy a životní cíle, uspokojovat své potřeby a úspěšně se vyrovnávat se svým prostředím, v tomto smyslu chápe zdraví jako rezervu tělesných a duševních sil a jako schopnost přizpůsobit se měnícím podmínkám. V současné době si nemůžeme klást za cíl jen zbavit člověka nemoci, ale stále více musíme mít na **zřeteli potřebu optimálního rozvíjení a využívání všech jeho pozitivních biologických, psychických a sociálních vlastností a schopností.**

2.3 Nemocný člověk a jeho potřeby

Nemocný člověk a jeho potřeby

Uspokojení potřeb hodnoceno objektivním úsudkem např. sestrou (vážení, laboratorní testy), nemusí být shodné se subjektivními pocity klienta/pacienta. Směrodatné jsou vždy informace od klienta/pacienta.

Faktory modifikující uspokojování potřeb člověka: faktory znemožňující, znesnadňující, měnící uspokojování potřeb. Patří mezi ně: nemoc, individualita člověka (osobnost), mezilidské vztahy, vývojové stádium člověka a okolnosti za, kterých nemoc vzniká.

Nemoc: záleží na druhu onemocnění, s postupným uzdravováním klesá potřeba pomoci při uspokojování potřeb, nemocní často zaměřují veškerou pozornost na uspokojování fyziologických potřeb.

Individualita člověka: osobnost člověka, osobnostní vlastnosti modifikují potřeby, jejich vyjádření, způsob uspokojování i psychickou odezvu. Určující je typologie člověka (extrovert, introvert), emociální labilita nebo stabilita a odolnost vůči zátěži. Spokojení lidé snadněji snášejí změny.

Mezilidské vztahy: zejména vztahy k příbuzným a blízkým, narušují uspokojování potřeb.

Vývojové stádium člověka: modifikuje signalizaci a způsob uspokojování potřeb i jejich psychickou odezvu. Je nutná zvýšená pozornost zvláště v období kojeneckém a batolecím, kdy chybí výrazové prostředky k signalizaci potřeby (obdobně je problematické vyjádření potřeby u starého člověka).

Okolnosti, za kterých nemoc vzniká: nemocný člověk bude jinak vyjadřovat a uspokojovat své potřeby v domácí péči a jinak při hospitalizaci v nemocničním zařízení. Je nutno brát v úvahu i specifické situace, např. onemocnění matky malého dítěte, onemocnění na cestách mimo domov, v cizině apod.

Využití poznatků o potřebách lidí v práci sestry:

- Poznání sebe sama a tím uspokojování vlastních potřeb.
- Pochopením potřeb druhých lidí lépe rozumíme jejich chování.
- Poznanky o základních potřebách tvoří teoretický podklad pro ošetřovatelský proces a jeho aplikaci v nemocnici i v domácí péči.
- Znalosti lidských potřeb umožňují přiměřenou intervenci.
- Znalostí o lidských potřebách lze využít při edukaci nemocného, podpořit nemocného v jeho seberealizaci.

3 Posuzování - charakteristika 1. kroku ošetřovatelského procesu

Sbírání údajů, zdroje, typy údajů, metody sbírání údajů, sestavení ošetřovatelské anamnézy, škály pro posuzování, dokumentování údajů

Posuzování a zhodnocení zdraví klienta/pacienta

Adekvátní systematické ošetřovatelské zhodnocení stavu zdraví pacienta, je považováno, za jednu z nejkvalifikovanějších dovedností, kterou se sestry naučí tím, že vedle adekvátního zvládnutí teoretických poznatků.

Posuzování:

- shromáždění údajů,
- ověření údajů,
- klasifikace (organizování) údajů.



Posouzení zahrnuje sběr, ověřování a třídění údajů o pacientově/klientově zdravotním stavu. Informace o **tělesných, emocionálních, vývojových, společenských, kulturních, intelektových a duchovních aspektů pacienta/klienta**, které je možno získat **z různých pramenů**, jsou základem pro činnost a rozhodnutí provedené v jednotlivých fázích. Šikovnost v pozorování, komunikaci, vedení rozhovoru a fyzikální vyšetření jsou základními podmínkami posuzování.

Činnosti při posuzování:

- odebrání zdravotní anamnézy,
- zhodnocení zdravotního stavu,
- přehled záznamů, např. laboratorní vyšetření a jiných,
- rozhovor s osobami, které klienta/pacienta znají,
- přehled dokumentace.

Vědomosti potřebné pro posuzování:

- bio-psycho-sociální a duchovní systémy,
- potřeby lidí ve vývojových obdobích,
- zdraví,
- nemoc,
- patofyziologie,
- systém rodiny,
- kultura, hodnoty vlastní i hodnoty pacienta atd.

Dovednosti potřebné pro posuzování:

- systematické pozorování,
- efektivní komunikace,
- vytvoření vztahu ochoty pomoci,
- sestavení anamnézy stavu zdraví klienta/pacienta,
- provedení fyzikálního vyšetření.

Typy získaných informací a údajů:

a) Objektivní – nazývají se příznaky (vnější projevy).

Zjistíme je pozorováním nebo srovnáním s normou, můžeme je vidět, slyšet, hmatat, čichat (např. pláč, zápach, třes atd.).

b) Subjektivní – nazývají se symptomy (vnitřní projevy).

Udává je a popisuje konkrétní osoba (např. svědění, nepohodlí, bolest, strach, napětí atd.), představují pacientovo vnímání zdravotního stavu nebo životní situace.

c) Proměnné (dynamické) např. krevní tlak, jehož hodnoty se mohou měnit.

d) Konstantní (statické) např. datum narození.

Sběr dat musí být:

- **systematický** - nedojde k opomenutí významných údajů,
- **nepřetržitý** - zabezpečuje jejich aktuálnost vzhledem na měnící se zdraví pacienta.

Prameny údajů:



- **primární** - sám pacient/klient,
- **sekundární** - nepřímé prameny,
 - významné osoby (rodina, přítel),
 - zdravotničtí pracovníci,
 - záznamy, zprávy,
 - příslušná literatura, dokumentace.

Pacient/klient - je hlavním pramenem údajů. Poskytuje subjektivní údaje, které nemůže poskytnout nikdo jiný. **Významné osoby**, rodinní příslušníci, často znají pacienta velmi dobře a mohou o něm poskytnout údaje. Tyto osoby jsou velmi důležité, mohou poskytnout informace, pokud je klient/pacient např. v bezvědomí, s poruchou intelektu. Další informace je možno získat od spolupacientů.

Zdravotničtí pracovníci - sestry, fyzioterapeuti, lékaři, nutriční terapeuti, sociální pracovníci mohou informovat o minulém nebo současném stavu pacienta/klienta.

Zdravotnické záznamy - jsou informace o klientově/pacientově předchozích a současných onemocněních. Obsahují údaje o klientově/pacientově povolání, náboženství, sociálním postavení atd.

Jiné záznamy - mohou být laboratorní výsledky. Dále i **měřicí techniky a testy** – cílené škály, testy, dotazníky, měřicí pomůcky.

Literatura, dokumentace - využití odborných časopisů, poskytují údaje doplňující.

Metody shromažďování údajů - mezi hlavní metody sběru dat patří pozorování, rozhovor, vyšetření:

A) Pozorování - je to cílené získávání údajů o nemocném pomocí všech smyslů.

Stálý kontakt s nemocným pacientem/klientem - sestra sleduje celkový stav, chování, soběstačnost v základních všedních činnostech, spánek, funkce smyslových orgánů. Pozorování sestrou musí být **cílevědomé a systematické** tak, aby nic významného neušlo její pozornosti. Většinou si sestry **rozvíjejí individuální** postup v pozorování událostí. O objektivním pozorování má sestra napsat **záznam**. Při tvorbě závěrů musí posuzovat společně subjektivní údaje pacienta i objektivní skutečnosti.

Když sestra vkročí na pokoj, všímá si:

- klinických příznaků klientových potíží (např. bledost, ztížené dýchání, úzkost),
- ohrožení pacientovi bezpečnosti (skutečné či předpokládané),
- přítomnost a funkce příslušných vybavení (např. infuze, enterální pumpy),
- okolního prostředí.

B) Rozhovor - je plánovaná komunikace nebo konverzace s určitým cílem.

Rozhovor možno proces aplikovaný ve většině fází ošetřovatelského procesu.

K rozhovoru lze přistupovat dvojím způsobem: **direktivně** či **nedirektivně**.

- **Direktivní rozhovor** - je velmi organizovaný, zaměřený na specifické informace. Sestra si vytyčí cíl rozhovoru a snaží se ho dosáhnout, alespoň z počátku položením uzavřených otázek. Direktivní rozhovor se často používá na sběr informací v limitovaném čase.

- **Nedirektivní rozhovor** - Po navázání kontaktu sestra dovoluje pacientovi řídit předmět rozhovoru a jeho postupnost. Sestra povzbuzuje ke komunikaci kladením otázek s otevřeným zakončením. Nedirektivní rozhovor se používá na řešení problémů.
- **Kombinace direktivního a nedirektivního rozhovoru** – je vhodná při **sběru informací**.

Druhy otázek v rozhovoru:

Uzavřené otázky - používané u direktivního rozhovoru, jsou omezené a vyžadují krátkou odpověď podávající specifickou informaci. Uzavřené otázky často začínají výrazy „kdy“, „kde“, „kdo“, „co“ - např. Kde Vás to bolí?; Jaký lék jste si vzal?; Kdy jste se narodil? Lidé ve stresu, s komunikačními bariérami vítají tento typ otázek.

Otevřené otázky - otázky s otevřeným zakončením se používají při nedirektivním rozhovoru. Vyzývají pacienta k objasnění nebo doplnění pocitů, přičemž mu ponechávají volnost hovořit, o čem chce. Otevřené otázky jsou široké, specifikují jen námět. Odpovědi na ně jsou delší než jedno, dvě slova. Hlavním nedostatkem těchto otázek je, že se pacient může uchýlit k zdoluhavému opisování nepodstatných informací. Jsou užitečné na začátku rozhovoru nebo při změně tématu např. Jak se cítíte v poslední době?; Co Vás přivedlo do nemocnice?

Kombinace uzavřených a otevřených otázek – sestry často využívají kombinace.

Plánování rozhovoru:

Dle možností by měl být rozhovor **naplánovaný**. Každý rozhovor a **místo** jeho konání ovlivňuje **čas**, **místo** a **okolnosti**. Všeobecně platí, že pacient/klient by se měl během rozhovoru **cítit příjemně, uvolněně a v časové pohodě**.

- **čas** - rozhovor s hospitalizovaným pacientem by se měl konat, když je pacient bez bolesti, bez vyrušování rodinou, přáteli, zdravotnickými pracovníky.
- **místo** - zajištění soukromí, vyvětráno, dostatek světla.
- **způsob vedení rozhovoru** - u chodících pacientů je vhodné sedět u stolu na dvou židlích, vytváří to neformální atmosféru. U ležících pacientů může sestra sedět v pravém úhlu k posteli, nežli za postelí či u stolu.

Části rozhovoru:

- **úvod** - počátek rozhovoru může mít rozhodující význam a může ovlivnit další průběh rozhovoru. Během úvodu zahajujeme navázání kontaktu a orientaci,
- **hlavní část** - pacient hovoří o tom, co si myslí, cítí, prožívá,
- **závěr** - poděkování, rozloučení.

Pokyny:

- poslouvejte pozorně,
- hovořte pomalu a jasně,
- používejte jazyk, kterému pacient rozumí,
- plánujte otázky – v logické návaznosti,
- pokládejte najednou jen jednu otázku,
- umožněte pacientovi, aby se díval na věci vlastníma očima, a ne očima sestry,
- nevnucujte pacientovi svůj vlastní hodnotový systém
- vyhýbejte se používání osobních příkladů
- naznačujte respekt, zájem a přijímání věcí neverbálním způsobem,

- využívejte a akceptujte mlčení, aby měl pacient čas najít vhodná slova,
- používejte kontakt zrakem, zachovejte klid, rozvahu a vyjádřete soucit.

C) Fyzikální vyšetření při fyzikálním vyšetření sestra shromažďuje objektivní údaje, které jsou potřebné na dokončení první fáze ošetrovatelského procesu.

Fyzikální vyšetření je zaměřené na **somatický stav jedince**. Toto vyšetření je možné provádět několika způsoby např. „od hlavy k patě“ nebo podle „jednotlivých systémů“, sestra provádí měření fyziologických funkcí, antropometrické měření: věk, výška, hmotnost, stav výživy, objektivní popis chování - držení těla, chůze, oční kontakt, řeč atd. Další způsob fyzikálního vyšetření je **rámčové screeningové vyšetření** - jde o objektivní zhodnocení základních funkcí těla, které jsou nezbytné k uspokojování denních životních potřeb člověka a jeho reakcí na aktuální zdravotní situaci.

Součástí jakékoli formy fyzikálního vyšetření sestrou jsou různé **pomůcky** tzv. **nástroje**, které byly vytvořeny a jsou využívány v různých zařízeních a ošetrovatelských službách **k měření a objektivnímu** hodnocení aktuálního stavu a schopnosti klienta např. Stupnice rizika vzniku dekubitů Nortonové, Měřítka na bolest, Glasgowská stupnice kómatu atd.

Fyzikální vyšetření při fyzikálním vyšetření sestra shromažďuje objektivní údaje:

Kůže: kožní choroby – ekzém, lupenka, akné, změny pigmentace, náchylnost k modřinám, nadměrně suchá nebo vlhká pokožka, žloutenka, svědění, vyrážky, změny barvy nebo velikost mateřských znamének, špatně léčitelné vředy;

Vlasy: šedivé vlasy, ztráta vlasů, nadměrné tělesné ochlupení, nutnost paruky;

Hlava: časté nebo silné bolesti hlavy, malátnost, závratě, pád nebo nehoda následkem bezvědomí;

Oči: poruchy vidění, oční infekce, bolesti očí, nadměrné slzení, dvojité vidění, rozmazané vidění, citlivost na světlo, katarakta, svědění, skvrny před očima, potřeba brýlí (na čtení, do dálky) nebo očních čoček, datum posledního vyšetření zraku;

Uši: infekce, ztráta sluchu, bolest, výtok, zvonění uší, potřeba sluchadla;

Nos: časté rýmy, krvácení z nosu, alergie, bolesti, čich, odkapávání z nosu;

Ústa a krční mandle: bolavé nebo krvácející koutky, dásně, bolesti, zvětšeniny, bílé skvrny na rtech nebo jazyku, bolesti a kazy zubů, ztížené polykání, změna hlasu nebo chrapot, zubní protézy (dolní, horní, parciální), datum posledního ošetření zubů;

Krk: bolesti, otoky, velikost, omezené pohyby, zduřené uzliny;

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

Dýchací systém: bolesti na hrudníku, kašel dušnost, sípění, vykašlávání krve, TBC plic, emfyzém, astma, bronchitida, výsledek posledního vyšetření plic;

Kardiovaskulární systém: srdeční choroby, palpitace, srdeční šelesti, vysoký krevní tlak, anemie, křečové žíly, otok dolních končetin nebo vředy;

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

Močový a pohlavní systém: časté močení, odkapávání moče, časté nutkání na močení, močení v noci, potíže na počátku močení, krev v moči, inkontinence moče, bolesti nebo pálení při močení, infekce močového traktu, ureterostomie, pohlavní choroby;

- **ženy:** věk při menarche, poslední menstruace, trvání, množství krve, pravidelnost cyklů, problémy s bolestivou menstruací, krvavý výtok, svědění zevního genitálu nebo vagíny, vaginální infekce;

- **muži:** výtok z penisu, opuchnutí, leze, sexuální problémy;

Kosterní a svalový systém: bolesti svalů, otoky nebo slabost, bolestivost nebo ztuhlost kloubů, křeče v dolních končetinách, defekty kostí, chybění končetiny, protéza;

Nervový systém: těžkosti při chůzi, bezvědomí, křeče, třes, ochrnutí, pocit zatrnutí, pocit píchání nebo pálení v některé části těla, problémy s řečí, ztráta paměti, dezorientace, zapomnětlivost, nejasné myšlení, emocionální změny;

Endokrinní systém: struma v anamnéze, netolerance tepla nebo chladu, diabetes, nadměrná žízeň nebo chuť k jídlu.

Rámcové screeningové vyšetření:

- celkový vzhled, úprava, hygiena,
- dutina ústní a nos,
- zuby – zubní náhrady, chybění zubů,
- slyší šepot,
- přečte novinové písmo,
- má brýle,
- puls - rychlost, pravidelnost, jakost,
- dýchání - pravidelnost, hloubka, dýchací zvuky,
- krevní tlak,
- stisk ruky,
- může zvednout tužku,
- rozsah pohybu kloubů,
- svalová tuhost/pevnost,
- kůže - barva, kožní leze, riziko dekubitů,
- chůze,
- držení těla,
- chybění části těla.

Předvedená schopnost pro soběstačnost - kód pro funkční úroveň 0–5:

- schopnost najít se,
- schopnost umýt se,
- vykoupat se, umýt se,
- celkový pohyb,
- schopnost dojít si na toaletu,
- pohyb na lůžku,
- schopnost obléknout se,
- uvařit si,
- nakoupit si,
- udržování domácnosti,



- kanyly intravenózní,
- vývody/cévkky,
- odsávání,
- nynější hmotnost,
- hmotnost nahlášena,
- výška,
- tělesná teplota.

Objektivní pozorování v průběhu získávání informací a vyšetření:

- orientace,
- chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy),
- řeč, způsob vyjadřování - hlas a způsob řeči,
- úroveň slovní zásoby,
- oční kontakt,
- rozsah pozornosti (odvádění, rozptylování),
- nervozita (rozrušení nebo uvolnění) rozsah 1-5,
- asertivní nebo pasivní - rozsah 1–5,
- vzájemná spolupráce a součinnost se členy rodiny nebo s doprovázející osobou pokud je přítomna.

Součástí jakékoli formy fyzikálního vyšetření sestrou jsou různé **nástroje**, které lze použít k měření a objektivnímu hodnocení stavu a schopností klienta/pacienta např.:

- Stupnice dle Nortonové, Knoll, aj. (pro zhodnocení rizika vzniku dekubitů),
- Parkerové tabulka (pro sledování inkontinence),
- Gaidův test (pro odhad zmatenosti),
- Měřítka na bolest (pro děti, pro dospělé),
- Měřítka na velikost očních zornic,
- Měřítka na velikost malých kožních útvarů a lézí,
- PWC tabulka na zakreslení velikosti rány,
- Glasgowská stupnice kómatu,
- Svanborgův test soběstačnosti pacienta,
- Barthelův test základních denních činností,
- Měření vývoje soběstačnosti a další.

Vedle **modelu Funkčního typu zdraví podle Gordonové**, (který představuje standardní model) je možné k **systematickému ošetřovatelskému hodnocení použít i Model lidských reakcí**. Starší typy ošetřovatelských modelů (např. **Hendersonové**) jsou zpravidla zúženy, nejsou standardní (neodpovídají novým potřebám a novému postavení ošetřovatelství v systému zdravotní péče, zejména orientaci na primární péči). **Nicméně v přechodném transformačním období, kdy není standardem vymezena ošetřovatelská praxe (kdy stále převládá péče o nemocné a sestry nemají kompetence v oblasti primární péče podle nové koncepce ošetřovatelství) záleží na znalostech a dovednostech každé sestry, jaký model si zvolí pro oblast, ve které pracuje. Nejdůležitější ze všeho je adekvátní péče o nemocné.**

Získané informace o stavu zdraví klienta/pacienta (subjektivní i objektivní) se **zapisují do formuláře pro ošetrovatelskou anamnézu.**

Ošetrovatelství se postupně **oproštuje od praktikismu** a buduje si samostatnou teoretickou základnu, která sestře umožňuje ošetrovat nemocného nikoliv pouze na základě zkušeností, tradičního a mechanického provádění výkonů, ale na základě poznatků, které jsou výzkumně ověřeny.

Vědecká základna ošetrovatelství se opírá o vědy biologické, v nichž je těsně spjata s lékařstvím, a o vědy humanitní a to zejména o psychologii, sociologii a etiku.

V ošetrovatelství došlo k mnoha změnám, které musí ošetrovatelská praxe odrážet. **Rozvoj oboru transparentně vymezuje působnost oboru.** Vedle tradiční spolupráce s lékařem v oblasti diagnostiky a terapie, má ošetrovatelství specifickou oblast, v níž sestra samostatně působí. **Její činnosti jsou zaměřeny na upevnění zdraví člověka ve smyslu definice zdraví WHO, na zvyšování soběstačnosti a vytváření pocitu fyzické a psychické pohody osob, o něž pečuje.**

Teoretické (koncepční) modely ošetrovatelství vyjadřují vztah mezi několika základními atributy ošetrovatelství. Na základě obecných teorií **vysvětlují úlohu sestry** ve vztahu ke zdraví, nemoci, prostředí, jedinci a komunitě, v níž žije (paradigma ošetrovatelství). **Vymezují pojetí sesterské role v ošetrovatelské péči** ve vztahu k nemocnému či zdravému člověku. Teoretické modely ošetrovatelství hledají teoretické cesty, jak dosáhnout cílů ošetrovatelství uvedených.

Jsou to abstraktní rámce (konstrukce), které pomáhají sestřím plánovat ošetrovatelskou péči, zjišťovat problémy, vztahující se ke klinické praxi, a studovat výsledky ošetrovatelských činností a zásahů.

Charakterizují vztahy mezi čtyřmi základními komponentami ošetrovatelství - mezi zdravím, prostředím, člověkem (nemocným) a ošetrovatelskou péčí (sestrou).

Paradigmata – teorie oboru

1) Zdraví je chápáno jako stav dynamické rovnováhy vyznačující se adaptabilitou, která člověku pomáhá dosáhnout vyšší kvality života. Je ovlivňováno jak lidským organismem, tak chováním člověka v daném sociokulturním a přírodním prostředí.

2) Člověk by měl cítit odpovědnost za své zdraví, aktivně se starat o své tělo, udržovat ho v harmonii s citovou a duševní stránkou života.

3) Nemoc je zpravidla chápána jako hrubá změna biologických struktur a poruchami orgánů nebo organismu jako celku. Každý nemocný člověk má zájem, aby se co nejrychleji uzdravil, aby se zbavil nepříjemných pocitů a bolestivých příznaků, aby byl funkčně zdatný.

4) Z těchto atributů vychází sestra při ošetrovatelské péči, neboť zdravotníci mají často rozhodující roli v péči o zdraví člověka.

Teoretické modely ošetrovatelství hledají rámec, z něhož sestra při hledání nevhodnější péče může vycházet, co dává její činnosti racionální podklad. Většina modelů se používá v Severní Americe, kde vznikly, některé byly akceptovány v Evropě a jsou užívány v praxi v souvislosti s ošetrovatelským procesem. Teoretický rámec (model) ošetrovatelství, z něhož sestra vychází v přístupu k problematice nemocného, je rozdílný.

Ošetrovatelský proces popsaný v každém novějším koncepčním modelu zdůrazňuje zjišťování zdravotního stavu, stanovování očekávaných výsledků ošetrovatelské péče,

realizaci ošetřovatelských činností a hodnocení zdravotního stavu pacienta po plánovaném zákroku. **Dnes existují desítky teoretických modelů, avšak v praxi se ujal jen ty, které umožňují konkrétně pochopit ošetřovatelskou problematiku jedince, rodiny a komunity, v níž žijí.**

Tak mohou být výchozí bázi pro přístup sestry k nemocnému i zdravému člověku, k jeho hodnocení a poskytování individualizované péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu.

Ošetřovatelské modely a teorie slouží těmto základním cílům:

1. shromažďují poznatky, které pomáhají zlepšovat ošetřovatelskou praxi,
2. třídí informace do logicky uspořádaných systémů,
3. poskytují logický návod na sběr údajů o zdravotním stavu klientů,
4. poskytují kritéria na vyhodnocení účinnosti ošetřovatelské péče,
5. organizují a rozvíjí způsoby studia ošetřovatelství,
6. řídí ošetřovatelský výzkum a rozšiřují ošetřovatelské vědomosti,
7. aplikace odhalují mezery ve vědomostech ve specifických úsecích studia.

Každý koncepční model odráží:

1. filosofický postoj
2. různou zkušenost konkrétní skupiny vědců v rámci oboru
3. výzkumnou tradici
4. kognitivní orientaci

Zdůrazňují význam ošetřovatelských činností, napomáhají udržení zdraví, zlepšení péče.

Diskuse na téma Standardní ošetřovatelský model či potřebě více modelů v klinické ošetřovatelské praxi

- Potřeba rámcového modelu, který by z hlediska holistické ošetřovatelské péče **vyhovoval všem** (sestrám a porodním asistentkám v praxi, managementu, učitelům, studentům a výzkumu) z důvodu snižování nákladů a zajišťování kvality péče se řízením systémů péče o zdraví začalo realizovat na vědecké bázi.

Jediný standardní model umožní:

- společný rámec zlepšení komunikace, výuky a výzkumu,
- podpoří rozvoj ošetřovatelské profese,
- zlepší pochopení role sestry či porodní asistentky jako autonomní profese poskytující ošetřovatelskou péči.

Na druhé straně existují názory propagující více rozdílných koncepčních modelů, které:

- usnadní pochopení charakteru a rozsahu ošetřovatelství,
- podpoří rozvoj ošetřovatelství,
- umožní zkoumat jevy z různých pohledů různými způsoby,

Ošetřovatelská profese musí převzít odpovědnost: za sestavení základů takového modelu, aby mohl být aplikován na zdravého i nemocného člověka.

Pak bude mít ošetřovatelská profese:

- jasně vymezené pole působnosti (koncepce a odpovědnost),
- bude schváleno její zaměření na tuto standardní strukturu klinického pozorování a hodnocení,



- pro učitele, studenty a sestry z praxe bud jasně vymezeno, jak je třeba rozvíjet odborné schopnosti a dovednosti v hodnocení zdravotního stavu klienta/pacienta a v ošetřovatelské diagnostice.

Model Funkčního typu zdraví vznikl na základě výzkumu v 80. létech v USA - splňuje kritéria standardního modelu. Jeho autorka je profesorka ošetřovatelství v Boston College v Massachusetts paní Marjory Gordonová, PhD, RN, FAAN.

V 90 létech se začal i v Evropě tento model akceptovat v různých modifikovaných podobách, jeden z nich pod názvem **ENMDS** (An European Nursing Minimum Data Set).

Modely tvoří východisko:

- 1) vzdělání (cílem vzdělání),
- 2) ošetřovatelská praxe (dosažení cíle ošetřovatelské praxe),
- 3) řízení (managementu ošetřovatelských služeb),
- 4) výzkum (tvorba teoretického základu).

Sběr dat a informací v praxi:

V průběhu praxe je nejlepší provádět ošetřovatelskou anamnézu ve dvou stádiích (1 + 2):

1. První stádium ošetřovatelské anamnézy: se sestavuje krátce po přijetí pacienta/klienta do nemocnice a poskytuje dostatek informací pro sestru, aby **zahájila péči o nemocného.**

Tyto informace jsou získány v relativně krátkém čase:

- **povrchní pohovor** s nemocným nebo jeho příbuznými,
- **systematické vyšetření** (např. od hlavy k patě),
- zhodnocení **náchylnosti k dekubitům** užitím stupnice dle Nortonové, Knoll aj.
- zhodnocením **fyzilogických funkcí a hmotnosti/výšky** (BMI index).

První stádium ošetřovatelské anamnézy – může mít např. položky:

- důvod přijetí,
- jak nemocný a jeho rodina chápe svůj stav,
- významné osoby v životě nemocného,
- zdravotní anamnéza a předchozí hospitalizace aj.

Celkové zhodnocení při přijetí:

První stupeň anamnézy by měl být **zakočen krátkým popisem** pacientova tělesného a emocionálního ho stavu při přijetí. To pomůže např. identifikovat potíže s dýcháním, chudou periferní cirkulaci, stav kůže, stav výživy, poruchu smyslového vnímání. Tyto základní informace jsou komplexní a musí se zapsat do zdravotnické či ošetřovatelské dokumentace.

2. Druhé stádium ošetřovatelské anamnézy

Představuje **více detailnější** tělesné a psychologické vyšetření a může zahrnovat **užití více náročnějších nástrojů v určitých problematických** oblastech (např. za využití vybraného koncepčního modelu) jako je stav vědomí, výživa aj. **To může být provedeno krátce po sestavení první části anamnézy a také může být použito pro pravidelné znovuzhodnocení stavu pacienta a ošetřovatelských problémů.**

Dva oddělené sloupce jsou ve druhém stádiu ošetřovatelské anamnézy: **dřívější stav/chování a současný stav/chování.**

Do prvního sloupce sestra запиše **obvyklý stav** nemocného např. doma a do **druhého sloupce současný stav např. při přijetí.** Je-li pacient v bezvědomí, dezorientován, zmaten nebo neschopen rozhovoru při přijetí, pak je nutné, aby sestra provedla rozhovor s osobou, která bude schopna takové informace poskytnout. Ať je ta osoba kdokoli, vždy je nutné ji přesně vysvětlit, proč jsou tyto informace nutné a k čemu slouží.

Dřívější stav/chování	Současný stav/chování
Tekutiny a elektrolyty	Při přijetí
- množství, typ, častost
- oblíbené/neoblíbené nápoje
- stav úst atd.

Způsob záznamu:

- **podrobný záznam a popis** verbálního a nonverbálního chování zaznamenaného během rozhovoru,
- **analýza výkladu** (např. hlavního a nepodstatného, zaznamenaného chování).

Obtížné situace při ošetřovatelské anamnéze:

1. úzkost,
2. zlost a nepřátelství,
3. handicapovaní např. nevidomí pacienti,
4. zmatené, popletené chování pacienta/klienta,
5. pláč,
6. deprese,
7. hluchota,
8. fatálně nemocní pacienti,
9. jazykové bariéry,
10. příliš umluvení pacienti,
11. pacienti s omezenou inteligencí a negramotní,
12. pacienti, kteří kladou hodně otázek,
13. mlčení pacienta/klienta,
14. sexuálně atraktivní a svůdní pacienti/klienti,
15. pacienti s mnohočetnými problémy.

Při obtížných situacích v rámci ošetřovatelské anamnézy musí sestra využívat **profesionální dovednosti a znalosti**, aby identifikovala ošetřovatelské problémy klienta/pacienta.

Literatura:

ADAMUS, Milan a kol. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2425-5.
 BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.



- DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. 1. vyd. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
- FRÝDLECKÁ, Helena, HEŘMANOVÁ, Jana, STAŇKOVÁ, Marta. a kol. (a)1996. *Lemon 1*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 125 s. ISBN 80-7013-234-5.
- FRÝDLECKÁ, Helena, HEŘMANOVÁ, Jana, STAŇKOVÁ, Marta. *Lemon 3*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 158 s. ISBN 80-7013-244-2.
- HERDMAN, T. Heather, KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2009-2011*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-802-473-42-31.
- HERDMAN, T. Heather, KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.
- HLINOVSKÁ, Jana, NĚMCOVÁ, Jitka et al. *Interaktivní procesy v ošetřovatelství a porodní asistenci*. 1. vyd. Praha: Maurea. 2012. ISBN 978-80-90-4955-3-1.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Základy ošetřovatelství: studijní opora*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2012. ISBN 978-80-7464-207-4.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Ošetřovatelské teorie a modely: studijní opora*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2013. ISBN 978-80-7464-214-2.
- JAROŠOVÁ, Darja, PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetřovatelství*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2012. ISBN 978-80-7464-304-0.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vyd. nezměn. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-457-3.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetřovatelství: Systémový přístup*. 1. vyd. 3. dotisk. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0429-9.
- MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka, FRONKOVÁ, Marie, HERMANOVÁ, Renáta, ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I*. aktual. a doplň. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
- NĚMCOVÁ, Jitka, BOROŇOVÁ, Jana. *Repetitorium ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2011. ISBN 978-80-90287679.
- NĚMCOVÁ, Jitka a kol. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetřovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2013. ISBN 978-80-902876-9-3.
- VOJTEKOVÁ, Ivana a kolektiv. *Vybrané kapitoly z ošetřovatelství pro studenty všeobecného lékařství*. 1. vyd. Bratislava: Asklepios, 2010. ISBN 978-80-7167-152-7.
- VORLÍČEK, Jiří, ABRAHAMOVÁ, Jitka, VORLIČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
- VORLÍČEK, Jiří; ADAM, Zdenek; POSPÍŠILOVÁ, Yvona. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
- KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora, OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetřovatelství: koncepce, ošetřovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. ISBN 80-217-0528-0.
- TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-285-X.

4 Ošetřovatelská diagnóza - 2. krok ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelská diagnostika

Ošetřovatelská diagnóza je standardní pojmenování problému klienta/pacienta - jeho **reakce** na aktuální a potenciální zdravotní problémy nebo životní procesy či situace

- V průběhu vývoje ošetřovatelského procesu vzniklo několik definic sesterské diagnózy. Nejstarší definici formulovala Abdellahová v roce 1957 následovně: “je to určení charakteru a rozsahu ošetřovatelských problémů, které vznikly u jednotlivých pacientů či rodin, kterým se poskytuje ošetřovatelská péče”.

- První národní konference o klasifikaci sesterských diagnóz v roce 1973 přijala definici tohoto znění: “Sesterská diagnóza je úsudek či závěr, který vzniká jako výsledek sesterského posouzení”.

- Devátá národní konference o klasifikaci sesterských diagnóz (NANDA) pak přijala v roce 1990 tuto definici: **“Sesterská diagnóza je klinický závěr o odpovědích jednotlivce, rodin či komunity na skutečné nebo potenciální zdravotní problémy či životní proces. Sesterské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetřovatelských zásahů na dosažení výsledků, za které je sestra zodpovědná”.**

Charakteristika ošetřovatelské diagnózy:

- Za vypracování ošetřovatelských diagnóz jsou **zodpovědné profesionální sestry**.

- Zdravotní problém znamená jakýkoliv stav, ve kterém nemocný potřebuje pomoc při upevnování, udržování či znovuzískání zdraví nebo při zabezpečení klidné smrti. Tuto pomoc nepotřebuje nemocný pouze v době nemoci, ale může ji potřebovat i v době zdraví.

- Ošetřovatelské diagnózy udávají jak **skutečné zdravotní problémy jedince**, tak i **potenciální zdravotní problémy**, neboli **rizikové faktory**, které predisponují osoby či rodiny k určitým zdravotním problémům.

- Oblast ošetřovatelské diagnózy zahrnuje pouze takové stavy, které jsou **sestry schopné a oprávněné v rámci svých kompetencí zvládnout**.

- **Ošetřovatelská diagnóza je závěr, který je možno udělat pouze po pečlivém a systematickém procesu sběru dat.**

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.

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

Srovnání ošetřovatelské a lékařské diagnózy:

Ošetřovatelská 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.

Literatura:

- BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.
- DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. 1. vyd. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
- HERDMAN, T. Heather. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2009-2011*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-802-473-42-31.
- HERDMAN, T. Heather. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.
- HLINOVSKÁ, Jana; NĚMCOVÁ, Jitka et al. *Interaktivní procesy v ošetřovatelství a porodní asistenci*. 1. vyd. Praha [i. e. Plzeň]: Maurea. 2012. ISBN 978-80-90-4955-3-1.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Základy ošetřovatelství: studijní opora*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2012. ISBN 978-80-7464-207-4.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Ošetřovatelské teorie a modely: studijní opora*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2013. ISBN 978-80-7464-214-2.
- JAROŠOVÁ, Darja a Ilona PLEVOVÁ. *Management v ošetřovatelství*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2012. ISBN 978-80-7464-304-0.



- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vyd. nezměn. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-457-3.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetřovatelství: Systémový přístup*. 1. vyd. 3. dotisk. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0429-9.
- MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka; FROŇKOVÁ, Marie; HERMANOVÁ, Renáta; ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I. aktual. a doplň. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
- NĚMCOVÁ, Jitka a Jana BOROŇOVÁ. *Repetitorium ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2011. ISBN 978-80-90287679.
- NĚMCOVÁ, Jitka a kol. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetřovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2013. ISBN 978-80-902876-9-3.
- SYSEL, Dušan, BELEJOVÁ, Hana a Oto MASÁR. *Teorie a praxe ošetřovatelského procesu*. 1. vyd. Brno: Tribun EU, 2011. ISBN 978-80-263-0001-4.
- VOJTEKOVÁ, Ivana a kolektiv. *Vybrané kapitoly z ošetřovatelství pro studenty všeobecného lékařství*. 1. vyd. Bratislava: Asklepios, 2010. ISBN 978-80-7167-152-7.
- KOZIEROVÁ, Barbara; ERBOVÁ, Lenora; OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetřovatelství: koncepcia, ošetrovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. ISBN 80-217-0528-0.
- TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-285-X.

Internetové zdroje

- MZČR: Dokumenty, standardy – ošetřovatelské péče. [online]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/standardy-oseetrovatelske-pece_7399_2849_29.html.
- KUDLOVÁ, Pavla. Ošetřovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2012–2014. *Ošetřovatelství: teória, výskum, vzdelávanie* - [online]. Dostupné z: <http://www.oseetrovatelstvo.eu/archiv/2013-rocnik-3/cislo-2/zmeny-v-publikaci-oseetrovatelske-diagnozy-definice-a-klasifikace-2012-2014>.

4.1 Vznik NANDA

Potřeba snadnější komunikace mezi sestrami a **kódifikace ošetřovatelských problémů** klientů pro počítačové zpracování informací ve zdravotnickém systému v USA, vedly k vytvoření **standardní terminologie** (názvů) ošetřovatelských diagnóz.

Samotné slovo diagnóza znamená obecně:

- umění určit (pojmenovat) problém na základě jeho projevu a příznaků,
 - závěr týkající se podstaty nějakého problému nebo jevu,
 - analýza průběhu a podstaty problému, stavu nebo situace.
- proto se neomezuje na žádnou konkrétní profesi, kvalifikuje jí pouze její odborný charakter. Proto každý, kdo vyvozuje určitý závěr o povaze problému nebo stavu diagnostikuje.

V roce **1950** se v americké ošetřovatelské literatuře **poprvé objevuje slovo ošetřovatelská diagnóza, které použila Mac Manus**.

Od té doby vzniklo několik dalších zpřesňujících definicí ošetřovatelských diagnóz např.: **V roce 1976 definuje ošetřovatelskou diagnózu Gordonová takto:** Klinická ošetřovatelská diagnóza stanovená kvalifikovanou sestrou popisuje kombinaci projevů a příznaků, které poukazují na aktuální nebo potenciální zdravotní problémy, které jsou sestry na základě svého vzdělání (udělené licence) a zkušenosti schopné a povinné léčit.

Další konference se v St. Louis konaly v roce 1975, 1978, 1980, 1982. V tomto roce byl schválen nový název - **Národní konference o klasifikaci ošetřovatelských diagnóz - NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).**

NANDA existuje v USA již více jak 30 let. Jejím úkolem je **zajišťovat a podporovat rozvoj standardní terminologie a systematického seřazení (taxonomie) ošetřovatelských diagnóz, intervencí a očekávaných výsledků** pro profesionální praxi. V současné době existuje Taxonomie I. a Taxonomie II.

NANDA používá obecný systematický postup při standardizaci terminologie a informací, podobně jako všechny ostatní obory. Z tohoto hlediska proto mají standardní NANDA diagnózy vysokou kvalitu a začínají se přejímat a používat mezinárodně.

Funkce organizace NANDA:

1. Zajišťuje strukturu pro formalizaci terminologie, která popisuje aspekty ošetřovatelství.
2. Zajišťuje systém pro rozvoj a standardní pojmenování ošetřovatelských diagnóz.
3. Usnadňuje výzkum v oblasti ošetřovatelských diagnóz.
4. Publikuje výsledky jednání konferencí NANDA, které se konají každé dva roky.
5. Vydává čtvrtletní časopis.
6. Zajišťuje pořádání konferencí NANDA, např. komunikaci, zdroje a napojení na síť v průběhu konference apod.

V USA se může stát členem NANDA, vedle výzkumných pracovníků v oboru ošetřovatelství, každá kvalifikovaná sestra, která má zájem o aktivní práci v této organizaci a má platnou licenci pro vykonávání praxe.

NANDA v současné době úzce spolupracuje s **ICN** (International Council of Nurses) na tvorbě **Mezinárodní klasifikace ošetřovatelské praxe - ICNP** (The International Classification for Nursing Practice) a s dalšími mezinárodními organizacemi např. **ACENDIO** (Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes). ACENDIO je evropská organizace, která má stejný účel jako NANDA.

Vznikla v roce 1995 pod patronací Royal College of Nursing z Velké Británie a má sídlo v Londýně. Její první konference se konala v roce 1997.

Důvody vzniku ACENDIO v Evropě:

Z důvodu integrace Evropy a realizace **vědeckého systému řízení a regulace** péče o zdraví v evropském regionu, vznikla potřeba vytvořit **účinné nástroje řízení** a to vyžaduje vedle nové legislativy i **standardizaci všech prvků**, které systém zdravotní péče tvoří (např. zdravotnických zařízení, profesí, standardní klasifikaci zdravotních potřeb klientů), včetně jednotné standardní **terminologie**.

Vytvoření standardní terminologie je předpokladem efektivní komunikace nejen na mezinárodní úrovni, ale i uvnitř každé země.

ACENDIO má v současné době nelehký úkol - **sjednotit ošetřovatelskou terminologii v Evropě**. Komunikace mezi sestrami je obtížná zejména z důvodu velkých rozdílů mezi jednotlivými zeměmi. Mezi překážky patří zejména tradiční způsob myšlení a biomedicínské pojetí ošetřovatelské péče, jazyková bariéra, ale i nízká (nesystémová-nevědecká) úroveň vzdělání sester v oboru ošetřovatelství.

Iniciativu proto přebírají země, kde existují Národní centra pro výzkum v ošetřovatelství a také univerzitní pracoviště, kde probíhá výuka a výzkum v oboru ošetřovatelství (např. Itálie, Holansko, Velká Británie apod).

Hlavními cíli ACENDIO stejně jako NANDA je:

1. Podílet se na vytvoření mezinárodní standardní terminologie, která bude akceptována v oboru ošetřovatelství v Evropě a která zahrnuje všechny aspekty ošetřovatelství (např. diagnostiku, intervence, očekávané výsledky a další klasifikace).
2. Podporovat uvádění této terminologie do praxe a usnadnit sestram vyměňovat si v této oblasti informace.
3. Umožnit členům profesních organizací všech zemí, spolupráci a podíl na tomto náročném úkolu.

ACENDIO a NANDA spolu úzce spolupracují a výsledkem spolupráce by měla být Mezinárodní taxonomie ošetřovatelských diagnóz.

NANDA (North American for Nursing Diagnosis Assotiation - Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy) je profesionální organizace sester pro standardizaci sesterské terminologie. NANDA taxonomie má za úkol uspořádat ošetřovatelské diagnózy podle určitého principu - cílem je utvořit standardní a jednotné názvy.

První taxonomie byla vytvořena v roce 1973 na Univerzitě v Saint Louis. Definovala 31 ošetřovatelských diagnóz, které byly uspořádány podle abecedy. Při rozšiřování se toto uspořádání ukázalo jako nepraktické. Po roce 1982 byl na konferenci v Saint Louis **schválen nový název - NANDA.** Cílem asociace NANDA je podporovat a zlepšovat systém ošetřovatelských diagnóz, očekávaných cílů a intervencí pro všeobecné použití u profesionálních sester. **V roce 1988 byla vytvořena NANDA taxonomie I, která čítala 9 kategorií (domén). V roce 2000 byla vytvořena NANDA taxonomie II, která čítá 13 domén.** NANDA taxonomie II **vychází z funkčních vzorců Marjory Gordonové.** Obsahuje **13 diagnostických domén**, každá z nich se **dále větví na diagnostické třídy.** Diagnostické třídy již obsahují ošetřovatelské diagnózy včetně jejich číselných kódů. Tento klasifikační systém umožňuje další plynulé doplňování nových diagnóz vycházejících z praxe.

4.2 NANDA v ČR

V České republice se začala zavádět **NANDA taxonomie II od roku 2005.** Pro použití v českém zdravotnictví bylo nutné tuto taxonomii přizpůsobit našim poměrům - způsobu ošetřování, ekonomice, personálu, pacientům/klientům (P/K), léčebným metodám atd. Docentka Jana Marečková převedla diagnózy z anglické terminologie a přidělila jim číselné kódy. Vydala knihu Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách, kde uvedla možné související faktory, určující znaky a rizikové faktory k daným diagnózám. Nanda taxonomie II slouží jako návod, nemusíme se jich striktně držet a můžeme vytvářet své vlastní (související



faktory, rizikové faktory, určující znaky). Dodržovat musíme číselné označení domén, tříd a diagnóz. Pokud vytvoříme diagnózu novou, např. doména č. 8 sexualita, diagnóza Stud - nejsme oprávněni k číselnému okódování.

13 diagnostických domén:

Podpora zdraví

Výživa

Vylučování a výměna

Aktivita, odpočinek

Vnímání/poznávání

Sebepercepce

Vztahy mezi rolemi

Sexualita

Zvládání/tolerance zátěže

Životní princip

Bezpečnost/ochrana

Komfort

Růst/vývoj

4.3 NANDA taxonomie

Taxonomie II NANDA International 2012–2014

Ošetřovatelství se snažíme nazývat ošetřovatelské problémy dle jednotné terminologie. Vývojem taxonomie na úrovni mezinárodního standardizovaného systému ošetřovatelských diagnóz s kódy se ve světě zabývá **NANDA - North American Nursing Diagnosis Association. NANDA (přejmenovaná v roce 2002 na NANDA International)**, pořádá konference i pracovní jednání širokého týmu odborníků z USA, Kanady, Evropy i Asie a z těchto jednání a ze schvalovacích procesů vychází od roku 2001 v dvouletém cyklickém období publikace *NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*. Obsahuje schválené, revidované a vyřazené ošetřovatelské diagnózy k určitému datu. V České republice vyšel první oficiální překlad této publikace až v roce 2010 pod názvem *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace NANDA International 2009–2011 (NANDA-I, 2010)*. V roce 2013 je připraven k vydání další český překlad revidovaného a doplněného vydání textu *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2012–2014 (NANDA-I, 2012)*.

Pro přehlednost textu je důležité si vymezit **nejdůležitější změny**, které byly provedeny v revidovaném a doplněném vydání textu *NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2012–2014 (2012)*. Shrnout důvody, proč bylo nutné názvy ošetřovatelských diagnóz **překládat do českého jazyka doslovně**. Určit nejdůležitější změny, které byly provedeny v českém překladu.

Publikace NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2012–2014 obsahuje 16 nových a 11 revidovaných diagnóz spolu s několika novými nebo aktualizovanými úvodními kapitolami.

Vlastní kniha je rozdělena do čtyř částí. Část 1 se zabývá úvodem do Taxonomie ošetřovatelských diagnóz NANDA International. Taxonomie II (dále taxonomie, nebo

taxonomie II) řadí diagnózy do domén a tříd, a používá multiaxiální strukturu pro rozvoj ohnisek diagnostických pojmů. V části 2 jsou také uvedeny veškeré informace, které se podařily nashromáždit NANDA-I o předkladatelích nových nebo revidovaných diagnóz (tabulka 1). Ti odborníci, kteří se zabývají NANDA diagnostikou dlouhodobě, jistě tuto záslužnou práci ocení, protože se konečně mohou zorientovat i v revidovaných ošetrovatelských diagnózách, o kterých nemuseli mít do této chvíle patřičný přehled. Část 2 obsahuje kapitoly týkající se hodnocení a klinického posouzení, ošetrovatelských diagnóz v edukaci, elektronických zdravotních záznamů, výzkumu, administrativy a kritérií pro hodnocení ošetrovatelských klasifikací. Část 3 obsahuje vlastní diagnózy, které kromě názvu diagnózy obsahují kód, doménu a třídu, do které jsou v taxonomii NANDA International zařazeny, definici diagnózy, heslovitě a v abecedním pořadí určující znaky, související faktory, popř. jen rizikové faktory. **Nové diagnózy jsou doplněny i o reference, o které se autoři opírali při jejich verifikaci.** Část 4 obsahuje informace, které se týkají NANDA International. V revidované kapitole je podrobně **uveden proces podávání nové nebo revidované ošetrovatelské diagnózy výboru pro vývoj diagnóz NANDA International (DDC – NANDA International's Diagnosis Development Committee).** Jsou zde rovněž uvedeny postupy a procesy, týkající se revize diagnóz NANDA International, procesu podávání a úrovně kritérií pro důkazy. Jsou zde také uvedeny konkrétní informace k organizaci a k přínosu členství v NANDA International. **Z 16 nových diagnóz zařazených v publikaci 2012–2014 jsou 4 diagnózy určeny především porodním asistentkám.** Jde o diagnózy - Neefektivní průběh porodu (00221), Riziko neefektivního průběhu porodu (00227), které jsou zařazeny v doméně 8 – Sexualita, a diagnózy Nedostatek mateřského mléka (00216) a Riziko novorozenecké žloutenky (00230), které jsou zařazeny v doméně 2 – Výživa. Nové diagnózy 2012–2014 jsou uvedeny v tabulce 1.

Tabulka 1 - Schválené nové diagnózy v období 2012–2014, přiřazené do 13 domén taxonomie II

Schválené nové diagnózy v období 2012-2014, přiřazené do 13 domén taxonomie II	
Doména	Schválené nové diagnózy (2012-2014)
Doména 1 – Podpora zdraví	Oslabené zdraví v komunitě (00215)
Doména 2 – Výživa	Nedostatek mateřského mléka (00216)
Doména 2 – Výživa	Riziko novorozenecké žloutenky (00230)
Doména 3 – Vylučování/Výměna	-
Doména 4 – Aktivita/Odpočinek	Riziko neefektivní periferní tkáňové perfuze (00228)
Doména 5 – Percepce/Kognice	Neefektivní kontrola impulzů (00222)
Doména 6 – Vnímání sebe sama	Riziko chronicky snížené sebeúcty (00224)
Doména 6 – Vnímání sebe sama	Riziko narušení osobní identity (00225)
Doména 7 – Vztahy mezi rolemi	Neefektivní vztah (00223)
Doména 7 – Vztahy mezi rolemi	Riziko neefektivního vztahu (00229)
Doména 8 – Sexualita	Neefektivní průběh porodu (00221)
Doména 8 – Sexualita	Riziko neefektivního průběhu porodu (00227)

Doména 9 – Zvládání/Tolerance zátěže	Riziko neefektivního plánování aktivit (00226)
Doména 10 – Životní principy	-
Doména 11 – Bezpečnost/Ochrana	Riziko alergické reakce (00217)
Doména 11 – Bezpečnost/Ochrana	Riziko nežádoucích reakcí na jodové kontrastní látky (00218)
Doména 11 – Bezpečnost/Ochrana	Riziko suchého oka (00219)
Doména 11 – Bezpečnost/Ochrana	Riziko tepelného poranění (00220)
Doména 12 – Komfort	-
Doména 13 – Růst/Vývoj	-

Zdroj: KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2012–2014.*

V rámci 11 revidovaných ošetrovatelských diagnóz za období 2012–2014 (tabulka 2.) došlo nejčastěji k revizím definic a k doplnění určujících znaků a souvisejících faktorů. U diagnózy Snaha zlepšit kojení (00106), došlo i ke změně názvu (dříve Efektivní kojení).

Tabulka 2 Revidované ošetrovatelské diagnózy v období 2012–2014, přiřazené do 13 domén taxonomie II

Doména	Revidované diagnózy (2012–2014)
Doména 1 – Podpora zdraví	Snaha zlepšit management vlastního zdraví (00162)
Doména 2 – Výživa	Novorozenecká žloutenka (00194)
Doména 4 – Aktivita/Odpočinek	Neefektivní vzorec dýchání (00032)
Doména 4 – Aktivita/Odpočinek	Neefektivní periferní tkáňová perfuze (00204)
Doména 7 – Vztahy mezi rolami	Snaha zlepšit kojení (00106)
Doména 9 – Zvládání/Tolerance zátěže	Bezmocnost (00125)
Doména 9 – Zvládání/Tolerance zátěže	Riziko bezmocnosti (00152)
Doména 11 – Bezpečnost/Ochrana	Riziko infekce (00004)
Doména 11 – Bezpečnost/Ochrana	Riziko narušení integrity kůže (00047)
Doména 12 – Komfort	Nauzea (00134)
Doména 12 – Komfort	Zhoršený komfort (00214)

Zdroj: KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2012–2014.*

Pokud byly provedeny u diagnóz větší revize (revidované definice, přidané/odstraněné určující znaky atd.), jsou tyto změny shrnuty v tabulkách č. 2 a 3. V textu v rámci diagnóz je provedeno i mnoho dalších drobných úprav, které výbor pro vývoj diagnóz NANDA International nepovažuje za revize. Např. pokud je uvedeno, že určující znak má dvě odlišná ohniska, mohou být rozdělena do dvou oddělených znaků, avšak protože nebyl změněn jejich obsah, není to považováno za revizi. Nejlepší způsob, jak zobrazit jednotlivé změny je porovnat aktuální vydání s předchozím.

V období 2009–2014 bylo z taxonomie NANDA International vyřazeno celkem 8 diagnóz, z toho 7 diagnóz již v období 2009–2011 (tabulka 3). **Jako nejčastější důvody vyřazení diagnóz byly uvedeny:**

- 1) nutnost jejich aktualizace tak, aby odrážely současnou úroveň vědeckého poznání (uvedeno u všech vyřazených diagnóz),
- 2) absence souvisejících faktorů (uvedeno u všech diagnóz kromě diagnózy Úplná inkontinence moči (00021), u níž je uvedeno, že je třeba odlišit pojem od ostatních diagnóz zaměřených na inkontinenci). Diagnózy Traumatický syndrom po znásilnění: smíšená reakce (00143) a Traumatický syndrom po znásilnění: tichá reakce (00144) navíc sdílely stejnou definici, kterou je třeba odlišit. Nyní je na revizním procesu, zda a kdy se diagnózy vrátí zpět do taxonomie NANDA International. V období 2012–2014 byla vyřazena pouze jedna diagnóza - Narušené smyslové vnímání specifikovat: vizuální, auditivní, kinestetické, gustatorické, taktilní, olfaktorické (00122).

Tabulka 3. Ošetrovatelské diagnózy vyřazené z taxonomie NANDA-I za období 2009–2014

Rok vyřazení	Diagnóza	Vyřazena z domény
2009–2011	Chování zaměřené na zdraví (00084)	1 – Podpora zdraví
2009–2011	Úplná inkontinence moči (00021)	3 – Vylučování a výměna
2009–2011	Traumatický syndrom po znásilnění: smíšená reakce (00143)	9 – Zvládání/Tolerance zátěže
2009–2011	Traumatický syndrom po znásilnění: tichá reakce (00144)	9 – Zvládání/Tolerance zátěže
2009–2011	Efektivní řízení léčebného režimu (00082)	1 – Podpora zdraví
2009–2011	Neefektivní řízení léčebného režimu v komunitě (00081)	1 – Podpora zdraví
2009–2011	Narušení myšlenkových procesů (00130)	5 – Percepce/Kognice
2009–2011	Narušené smyslové vnímání (specifikovat: vizuální, auditivní, kinestetické, gustatorické, taktilní, olfaktorické)	5 – Percepce/Kognice

Zdroj: KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2012–2014.*

Pro vyřazení v průběhu dalšího cyklu z taxonomie je navržena jedna aktuální diagnóza Opožděný růst a vývoj (00111), protože obsahuje dvě diagnostická ohniska: růst a vývoj, a jedna syndromová diagnóza Syndrom zhoršené interpretace okolí (00127), pokud se její definice neupraví tak, aby odpovídala nové definici syndromových diagnóz.

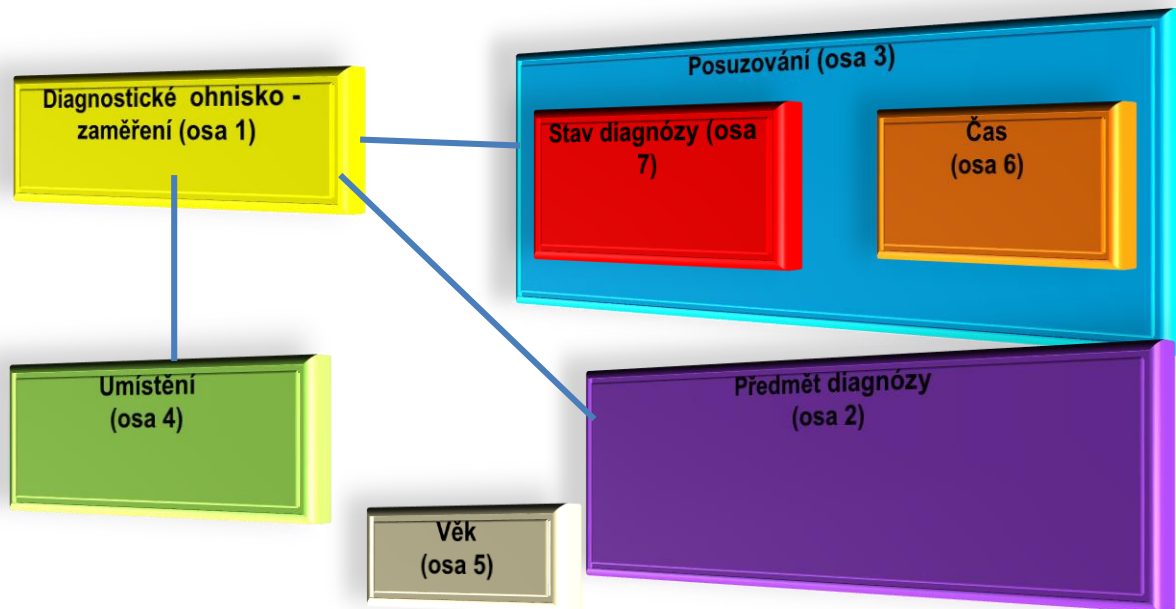
NANDA International od vydání publikace 2012–2014 již nadále nedefinuje kategorii ošetrovatelských diagnóz diagnóza wellness. Tento typ a definice diagnózy byly vyřazeny z taxonomie NANDA International a veškeré diagnózy wellness byly převedeny na diagnózy pro podporu zdraví jako je tomu např. u diagnózy Snaha zlepšit kojení (00106) dříve Efektivní

kojení. U této diagnózy došlo ke změně názvu a definice, aby se ukázala změna ohniska směrem od wellness k podpoře zdraví.

Důvody, proč bylo nutné názvy ošetřovatelských diagnóz překládat do českého jazyka doslovně

Při vývoji ošetřovatelské diagnózy využívá NANDA International multiaxiální přístup, přičemž považuje za nezbytné zvažovat všech 7 os: **Osa 1: diagnostické ohnisko** (základní pojem, z něhož vychází další kroky diagnostiky); **Osa 2: předmět diagnózy** (jedinec, rodina, skupina, komunita); **Osa 3: posouzení** (zhoršený, neefektivní atd.); **Osa 4: umístění** (měchýř, sluchový, mozkový atd.); **Osa 5: věk** (kojenec, dítě, dospělý atd.); **Osa 6: čas** (chronická, akutní, přerušovaná); **Osa 7: stav diagnózy** (aktuální, riziková, k podpoře zdraví). Tento multiaxiální systém konstrukce pojmů ošetřovatelských diagnóz musí být zachován i v českém překladu.

Obrázek 1 Model ošetřovatelské diagnózy



Zdroj: Ošetřovatelské diagnózy definice klasifikace 2012–2014, s. 60.

Diagnostické ohnisko je hlavním prvkem nebo základní a nezbytnou částí či kořenem diagnostického pojmu. Všechna schválená diagnostická ohniska v taxonomii II NANDA-I jsou vytištěna na přední straně českého překladu s kódy diagnóz, s nimiž diagnostická ohniska souvisí. V anglické publikaci nejsou uvedeny kódy souvisejících diagnóz, ale strany, na kterých se tyto diagnózy v publikaci nachází. V Části 3 Ošetřovatelské diagnózy NANDA-I 2012–2014 jsou diagnostická ohniska zvýrazněna v jejich názvech, např. **diagnóza Zhoršený komfort (00214) – zvýrazněné diagnostické ohnisko – komfort – viz Osa 1, nezvýrazněné je posouzení – zhoršený – viz Osa 3. Ošetřovatelské diagnózy jsou zde řazeny abecedně podle diagnostických ohnisek nejprve v rámci domény, následně pak v rámci třídy.**

Názvy diagnóz v českém překladu publikace *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace NANDA International 2012–2014* (2013, v tisku) bylo **nutné překládat doslovně a to ze dvou důvodů: 1. z důvodu dohledání diagnostických ohnisek; 2. z důvodu požadavku NANDA International o doslovný překlad zejména diagnóz a jejich komponent. Pokud by se diagnóza přeložila do českého jazyka volněji, bylo by obtížné diagnostická ohniska zpětně dohledat** – viz multiaxiální přístup vývoje ošetrovatelské diagnózy. Tímto doslovným překladem některé diagnózy utrpěly na srozumitelnosti – viz např. diagnóza Riziko nestabilní hladiny cukru v krvi (00179).

Nejdůležitější změny, které byly provedeny v českém překladu

V českém překladu publikace *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace NANDA International 2012–2014* (2013, v tisku), je z důvodu požadavku NANDA International u diagnóz v Části 3 **zachováno anglické abecední řazení** podle diagnostických ohnisek nejprve v rámci domény, následně pak v rámci třídy, proto v řazení diagnóz **v českém překladu nelze nalézt logiku.**

Další podmínkou zahraničního nakladatele (Wiley-Blackwell), jeho licence a tedy vydání díla, byla odborná revize přeloženého textu *NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2012–2014*. Zároveň zahraniční nakladatel vyžadoval průběžné informace o realizaci překladu, posouzení a koordinaci vydání české verze.

I přes zachování doslovného překladu diagnóz – viz např. diagnóza Riziko nestabilní hladiny cukru v krvi (00179). NANDA International nakonec **oficiálně povolila doplnění vysvětlujícího textu překladatele v hranatých závorkách** s poznámkou, že nejde o oficiální terminologii NANDA-I, ale o vysvětlující text překladatele. V hranatých závorkách tak byly u vybraných diagnóz doplněny jejich alternativní české názvy, jako např. Riziko nestabilní glykemie (00179). Také např. diagnóza Neefektivní průběh porodu (00221) byla doplněna o její alternativní název [Neefektivní perinatální období], stejně tak Riziko neefektivního průběhu porodu (00227) [Riziko neefektivního perinatálního období], proto, že překladatelka spolu s odbornými konzultanty došla k závěru, že se komponenty těchto dvou diagnóz nezabývají pouze průběhem porodu, ale celým perinatálním obdobím. Také na několika místech byly **diagnózy doplněny o dovětky v hranatých závorkách**, jako např. diagnóza Riziko syndromu nepoužívání (00040) [muskuloskeletálního systému], Opomíjení jedné strany [těla] (00123), Riziko perioperačního zranění při manipulaci [s pacientem] (000870). Tyto dovětky by měly pomoci ošetrovatelským profesionálům, stejně tak i studentům se rychleji zorientovat v zaměření dané diagnózy.

Český překlad je doplněn o hranaté závorky s dokreslujícím/vysvětlujícím textem i na jiných místech, než jen u samotných diagnóz, např. demence po více [mozkových] infarktech.

Nová publikace *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2012–2014* (NANDA-I, 2012) obsahuje 16 nových, 11 revidovaných diagnóz spolu s několika novými nebo aktualizovanými úvodními kapitolami. V období 2012–2014 byla vyřazena pouze jedna diagnóza Narušené smyslové vnímání specifikovat: vizuální, auditivní, kinestetické, gustatorické, taktilní, olfaktorické (00122). V českém překladu publikace *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace NANDA International 2012–2014* (2013) je, na rozdíl od originálu, uveden v hranatých závorkách vysvětlující text překladatelky. Český text také prošel odbornou revizí.

Taxonomický výbor umístil diagnózy jak v rámci taxonomie II NANDA–I, tak klasifikace, po schválení ošetřovatelských diagnóz **ošetřovatelských intervencí NANDA-I (NIC) a klasifikace ošetřovatelských výsledků (NOC) v kombinaci s taxonomií ošetřovatelské praxe NNN** DDC členy NANDA-I a správní rady.

Taxonomie II má kódovou strukturu, která splňuje doporučení Národní lékařské knihovny (NLM) ohledně terminologických kódů ve zdravotnictví.

Ošetřovatelská diagnóza (OD) 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 (např. 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, 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. **Formulování ošetřovatelských diagnóz** - v tomto konečném stadiu sestra formuluje příčinné vztahy mezi zdravotními problémy a faktory, které je ovlivňují.

4.4 Diagnostický proces

Je to proces analýzy a syntézy získaných poznatků, při nichž se uplatňuje řada myšlenkových procesů, jako je objektivita, kritické myšlení, rozhodování, induktivní a deduktivní usuzování.

Diagnostický proces má 4 fáze:

1. Utrídění a vyhodnocení informací

Shromážděné informace sestra vyhodnocuje a interpretuje tak, že nejprve stanoví míru soběstačnosti pacienta, potom zjistí dosažitelnost laické péče a nakonec určí potřebu ošetřovatelských zákroků:

- uspořádání údajů,
- porovnání údajů se standardy,
- seskupení údajů (vytvoření pracovní hypotézy),
- zjištění mezer a rozporů.

2. Stanovení zdravotních problémů pacienta a potřeb ošetřovatelské péče

- problémy: existují x neexistují,
- pacient se s ním účinně vyrovnává x nevyrovnává,
- vyžaduje si další zkoumání a diagnostikování,
- v současnosti nedělá pacienta neschopným,
- klade velké nároky na schopnost pacienta vyrovnat se s ním,
- je kritický x dlouhodobý x stálý,
- pozitiva = síly (zdraví, rodina, vzdělání, záliby, práce, smysl pro humor, model chování...

3. Formulování ošetřovatelské diagnózy

Formuluje se nejen problém samotný, ale i příčiny, které jej způsobují, případně jeho projevy, na jejichž podkladě může sestra sestavit plán ošetřovatelské péče.

4. Priority diagnóz

- Na konci diagnostického procesu je nutné diagnózy seřadit podle naléhavosti jejich řešení – **vysoká** (ohrožení života), **střední** (ohrožení zdraví), **nízká**.

Formulace ošetřovatelských diagnóz – stanovené ošetřovatelské diagnózy musí odpovídat získaným informacím.

Ošetřovatelské diagnózy mohou být:

1. **aktuální** (jasně se projevující),
2. **rizikové - potenciální** (skryté, existuje riziko jejich vzniku),
3. **podporující zdraví a edukační** (ošetřovatelské diagnózy popisují lidské reakce, které představují zlepšení a upevnění zdraví jednotlivce, rodiny, nebo komunity).

Forma ošetřovatelské diagnózy (PES):

- **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)
- **třísložková** 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 ošetřovatelským zásahem,
- použití jednoho symptomu vyskytujícího se u pacienta.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza (OD - třísložková) se skládá:

1) **Ze standardního názvu, kódu a definice** (viz *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace NANDA International 2012–2014* (2013, v tisku),

2) Z určujícího znaku/znaků (viz *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace NANDA International 2012–2014* (2013, v tisku),

3) Souvisejících faktorů, znaků (viz *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace NANDA International 2012–2014* (2013, v tisku).

Při vytváření je potřeba odebrat důkladnou anamnézu. **Poté cíleně hledáme určující znaky (UZ) dané dysfunkce.** Určující znaky můžeme upřesnit jako projevy dysfunkce, tedy to, podle čeho poznáme problém. **Nyní vyhledáme související faktory (SF) vztahující se k dané dysfunkci.** Související faktory by se daly upřesnit jako příčiny dysfunkce, to, co způsobuje problém. Související faktory, které vedou ke vzniku ošetřovatelské diagnózy nebo k ní mají nějaký vztah. Určením konkrétní příčiny vzniku OD u pacienta, jí tzv. **individualizujeme.**

4.5 Příklady diagnóz

Aktuální diagnózy:

Narušená integrita tkáně (00044)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Poškození sliznice, rohovky, kůže anebo podkožních tkání.

Určující znaky: poškozená tkáň (kůže, podkoží)

Související faktory: teplotní extrémy.

Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

Určující znaky: pozorované známky bolesti, narušení vzorce spánku.

Související faktory: průvodci zranění (popáleninový úraz).

Narušený vzorec spánku (00198)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

Definice: Časově omezená narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů.

Určující znaky: uvádí stavy bdělosti, nespokojenost se spánkem.

Související faktory: hluk, světlo.

Narušený obraz těla (00118)

Doména 6: Sebepercepce

Třída 3: Obraz těla

Definice: Zmatek v mentálním obrazu fyzického já člověka.

Určující znaky: uvádí pocity, které odrážejí změněný pohled na vlastní tělo (např. vzhled, funkci); uvádí vnímání, které odráží změněný pohled na vzhled vlastního těla; *subjektivní:* strach z reakce jiných.



Související faktory: trauma (popáleninový úraz), léčebný režim.

Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky: uvádí obavy (z přijetí kolektivem).

Související faktory: přirozené (bolest); naučená reakce (např. podmínky v nemocnici); oddělení od podpůrného systému v potencionálně stresující situaci (hospitalizace, nemocniční procedury).

Zhoršená sociální interakce (00052)

Doména 7: Vztahy mezi rolemi

Třída 3: Plnění rolí

Definice: Nedostatečné nebo přehnané množství anebo nedostatečná kvalita sociální interakce.

Určující znaky: diskomfort ve společenských situacích; dysfunkční interakce s jinými; neschopnost získat uspokojivý pocit ze sociálního zapojení (začlenění).

Související faktory: omezená fyzická pohyblivost; narušení vlastního konceptu.

Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

Definice: Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin.

Určující znaky: omezený rozsah pohybu.

Související faktory: naordinované omezení pohybu; bolest.

Deficit sebepěče při vyprazdňování (00110)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepěče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se vyprazdňování.

Určující znaky: neschopnost přemístit se na toaletu.

Související faktory: zhoršená pohyblivost, bolest.

Deficit sebepěče při koupání (00108)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepěče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

Určující znaky: neschopnost dostat se do koupelny.

Související faktory: bolest.

Potencionální, riziková ošetřovatelská diagnóza (OD – dvojsložková) se skládá:

1. Ze standardního názvu, kódu a definice (viz *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace NANDA International 2012–2014* (2013, v tisku),

2. Z rizikových faktorů (viz Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace NANDA International 2012–2014 (2013, v tisku).

Potenciální diagnózy představují konkrétní **ohrožení** pro pacienta a bez adekvátní ošetřovatelské péče se mohou aktuálně projevit, rozpoznáme je podle rizikových faktorů.

Potenciální diagnózy:

Riziko infekce (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Rizikové faktory: nedostatečná primární obrana (porušení kůže); traumatizovaná tkáň (trauma popáleninové, destrukce tkáně).

Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00028) [riziko dehydratace]

Doména 2: Výživa

Třída 5: Hydratace

Definice: Riziko snížení objemu intravaskulárních, intersticiálních anebo intracelulárních tekutin. Týká se to rizika dehydratace, samotné ztráty vody beze změny sodíku.

Rizikové faktory: faktory ovlivňující potřeby tekutin (hypermetabolický stav).

Ošetřovatelská diagnostika je analyticko-syntetický myšlenkový proces. Výsledkem diagnostického procesu je určení ošetřovatelských diagnóz a jejich zaznamenání do plánu ošetřovatelské péče.

Výhody ošetřovatelských diagnóz (OD):

- usnadňují komunikaci mezi sestrami a ostatními členy zdravotnického týmu, OD identifikuje stav zdraví pacienta,
- jeho síly a zdravotní problémy,
- posilují ošetřovatelský proces a poskytují směr pro plánování,
- nezávislých ošetřovatelských zásahů/intervencí,
- pomáhají identifikovat zaměření ošetřovatelských činností a tím usnadňují měření a hodnocení kvality péče,
- ulehčují péči v případě, že se pacient přemístí na jinou jednotku nebo do jiného zařízení, OD usměrňují i plánování ošetřovatelských výkonů po propuštění z nemocnice,
- pomáhají uskutečňovat komplexní péči o zdraví a její kontinuitu,
- louží jako podklad pro financování ošetřovatelské péče.

5 Plánování - 3. krok ošetřovatelského procesu

Definice ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče.

- Jeho cílem je určit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potenciální problémy péče o zdraví, naplánovat uspokojení zjištěných potřeb a vykonat specifické ošetřovatelské zásahy na jejich uspokojení.

- Ošetřovatelský proces je **cyklický**, to znamená, že jeho jednotlivé složky následují v logickém pořadí, ale v určitém čase může být zahrnuto i více komponentů.
- Na konci prvního cyklu se může péče ukončit, pokud se dosáhlo cíle, anebo po znovu posouzení se může cyklus opět začít.

Ošetřovatelský proces se skládá z pěti kroků:



Zdroj: Autor

Definice a proces plánování:

- Plánování je proces **vytýčení ošetřovatelských strategií** či **intervencí** s cílem prevence, redukce či eliminace pacientových zdravotních problémů, které byly zjištěné a validizované během diagnostické fáze.
- Tento proces je uvážený, systematický a je nevyhnutný na **dosazení kvalitní ošetřovatelské péče**.
- Jednotlivé kroky představují řadu **aktivit sestry, které směřují k odstranění problémů, stanovených v diagnostickém procesu**.
- **Na plánování ošetřovatelských strategiích se mohou podílet** sestry, rodina nemocného a jeho podpůrné osoby a členové jiných zdravotnických profesí.

Literatura:

BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.

- DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. 1. vyd. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
- HERDMAN, T. Heather. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.
- HLINOVSKÁ, Jana; NĚMCOVÁ, Jitka et al. *Interaktivní procesy v ošetrovatelství a porodní asistenci*. 1. vyd. Praha [i. e. Plzeň]: Maurea, 2012. ISBN 978-80-90-4955-3-1.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Základy ošetrovatelství: studijní opora*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2012. ISBN 978-80-7464-207-4.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Ošetrovatelské teorie a modely: studijní opora*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2013. ISBN 978-80-7464-214-2.
- JAROŠOVÁ, Darja a Ilona PLEVOVÁ. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2012. ISBN 978-80-7464-304-0.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. nezměn. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-457-3.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství: Systémový přístup*. 1. vyd. 3. dotisk. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0429-9.
- MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka; FROŇKOVÁ, Marie; HERMANOVÁ, Renáta; ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. aktual. a doplň. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
- NĚMCOVÁ, Jitka a Jana BOROŇOVÁ. *Repetitorium ošetrovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2011. ISBN 978-80-90287679.
- NĚMCOVÁ, Jitka a kol. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2013. ISBN 978-80-902876-9-3.
- SYSEL, Dušan, BELEJOVÁ, Hana a Oto MASÁR. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. 1. vyd. Brno: Tribun EU, 2011. ISBN 978-80-263-0001-4.
- VOJTEKOVÁ, Ivana a kolektiv. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelstva pro studentov všeobecného lékařstva*. 1. vyd. Bratislava: Asklepios, 2010. ISBN 978-80-7167-152-7.
- KOZIEROVÁ, Barbara; ERBOVÁ, Lenora; OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetrovatelstvo: koncepcia, ošetrovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. ISBN 80-217-0528-0.
- TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-285-X.

5.1 Jednotlivé kroky ve fázi plánování

Základní kroky plánování:

1. Vytýčení priorit:

Stanovení **pořadí ošetrovatelských strategií**. Priority ošetrovatelské péče mohou být **vysoké, střední nebo nízké**, mění se v závislosti na aktuálních zdravotních problémech pacienta. Existuje několik **faktorů, které mohou ovlivnit stanovení priorit**. Může to být způsobeno **změnou** pacientových hodnot, názorů a priorit, časem potřebným pro ošetrovatelské postupy nebo změnou zdravotního stavu pacienta. Stanovení **preferenčního**

pořadí ošetřovatelských strategií, čímž se určuje pořadí, v jakém se budou řešit problémy pacienta. Tento **krok se pak liší** podle toho, v jaké oblasti péče o zdraví je péče o zdraví poskytována (**primární, sekundární, terciální**). V oblasti **sekundární akutní péče** stanovujeme priority podle **aktuálního zdravotního stavu** a **funkční úrovně soběstačnosti pacienta**. **První** v pořadí by měly být ošetřovatelské diagnózy, které mají **nejvyšší priority**, jelikož **ohrožují život** pacienta. **Další** v pořadí by měly být problémy **ohrožující zdraví** - tyto problémy pak mají v této oblasti střední prioritu. Plánuje-li sestra ošetřovatelskou péči u pacienta s neuspokojenými fyziologickými a vývojovými potřebami, jsou základní či fyziologické potřeby **prioritní**. V oblasti primární a terciální péče je věnována pozornost prioritám, které souvisí nejen s **riziky pro zdraví**, ale s léčbou a **kvalitou života handicapovaného, nemocného nebo umírajícího člověka**.

2. Stanovení cílů a očekávaných výsledků:

Je důležité si uvědomit, **čeho chceme u pacienta dosáhnout**. Pacientův cíl je žádoucí výsledek nebo změna na jeho cestě za zdravím.

Důvody ke stanovení cílů (dlouhodobých, krátkodobých) jsou:

- usměrnit plánování ošetřovatelských zásahů, jimiž bylo dosaženo předpokládané změny u pacienta,
- usměrnit **stanovení hodnotících výsledků** pro měření účinnosti závěrů.
- **cíle pacienta** jsou odvozeny **z první části ošetřovatelské diagnózy** a jsou stanoveny **v pojmech výsledků změn u pacienta**,
- **cíl je základem** pro stanovení **očekávaných výsledků**,
- cíle vždy směřují k nemocnému a jejich **naplnění hodnotíme podle změn** somatických a psychických, které nastaly v jeho zdravotním stavu,
- dovolí-li to zdravotní stav nemocného, měl by se rovněž **aktivně zúčastnit** stanovení cíle/ů,
- pokud to není možné, měli bychom **pacienta s nimi alespoň seznámit**,
- vždy je nutné **stanovit také cíle, které jsou reálné**, neboli pro jejich dosažení máme potřebné podmínky,
- musíme dbát na to, aby cíl byl **jasný, srozumitelný** jak pro sestry, tak i pro pacienta,
- **cíl/e musejí být konkrétní a měřitelné**.

Cíl - může být krátkodobý a dlouhodobý:

- **krátkodobý cíl** se týká bezprostředně následujícího období (dny, hodiny atd.),
- **dlouhodobý cíl** se vztahuje k delším obdobím (konec hospitalizace nebo směřuje do domácí péče atd.),
- **splnění každého krátkodobého cíle je vždy krokem k dosažení dlouhodobého cíle**,
- **pacientův cíl je očekávaný výsledek nebo změna na jeho cestě** za zdravím a odvozuje se od ošetřovatelské diagnózy.

Očekávané výsledky jsou závěry o konkrétních, pozorovatelných a měřitelných odpovědích pacienta. **Specifikují obecné cíle, jsou to závěry o specifických pozorovatelných i měřitelných** odpovědích pacienta a určují, zda se dosáhlo stanovení cíle, a proto jsou nezbytné pro vyhodnocení.

Při formulaci očekávaných výsledků si klademe **2 pomocné otázky:**

1. jak bude pacient vypadat, jak si bude počínat, když dosáhne cíle,
2. co musí pacient udělat, aby dosáhl cíle atd.

Očekávané výsledky **usměrňují činnost sestry**, poskytují **časové limity** na plánované aktivity, hodnocení pokroku a určují dobu vyřešení problému. **Na každý pacientův cíl je třeba si stanovit 3-6 očekávaných výsledků**, každý tento očekávaný výsledek souvisí s daným cílem. Každý očekávaný výsledek se **týká konkrétního výsledku**, který je daným očekávaným výsledkem dosažitelný. Očekávané výsledky mají být co nejspesificičtější, nejkonkrétnější, jsou prokazatelně měřitelné (tzn. výsledek lze cítit, slyšet, vidět atd.).

Součásti očekávaných výsledků:

Podmět	Sloveso	Podmínky	Kritéria očekávaných výsledků
Pacient	pije	2500 ml	denně
Pacient	provádí	cvičení PDK	každých 6 hodin
Pacient nemocnice	vyjmenuje	potraviny s nízkým obsahem soli	před propuštěním z nemocnice

Součásti očekávaných výsledků:

1. podmět - pacient, klient,
2. sloveso - verbalizuje, pije, spolupracuje, zná atd.,
3. podmínky - kde?, jak?, co?,
4. plánovaná úroveň výkonu - za jak dlouho?,

Příklad:

Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

Určující znaky: pozorované známky bolesti, narušení vzorce spánku.

Související faktory: průvodci zranění (popáleninový úraz).

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: Pacientka nepocituje žádnou bolest v klidu ani při pohybu (intenzitu bolesti 0 na 10 stupňové škále) do 2 týdnů.

Krátkodobý cíl: Pacientka si sníží bolest na snesitelnou úroveň (intenzita bolesti klesne na 3 na 10 stupňové škále) do 1 týdne.

Očekávané výsledky:

Pacientka spolupracuje při monitoraci bolesti na 10 stupňové VAS škále bolesti pro děti do 1 dne.

Pacientka zná možnosti využití úlevové polohy a v případě potřeby přivolá sestru do 1 hodiny.

Pacientka užívá analgetika dle své potřeby a dle ordinace lékaře.

Pacientka neprojevuje známky bolesti (nepláče, vnímá podněty z okolí) do 1 hodiny.

Pacientka se nebudí během spánku kvůli bolesti do 24 hodin.

Narušený obraz těla (00118)

Doména 6: Sebepercepce



Třída 3: Obraz těla

Definice: Zmatek v mentálním obrazu fyzického já člověka.

Určující znaky: uvádí pocity, které odrážejí změněný pohled na vlastní tělo (např. vzhled, funkci); uvádí vnímání, které odráží změněný pohled na vzhled vlastního těla; subjektivní: strach z reakce jiných.

Související faktory: trauma (popáleninový úraz), léčebný režim.

Priorita: nízká

Dlouhodobý cíl: Pacientka se nedívá na své tělo negativním pohledem, zná svou hodnotu do 4 dnů.

Krátkodobý cíl: Pacientka nemá strach ze setkání s druhými a komunikuje s ostatními pacienty do 2 dnů.

Očekávané výsledky:

Pacientka se nebojí podívat na postiženou část těla do 1 dne.

Pacientka je informována o průběhu a očekávaných výsledcích léčby do 12 hodin.

Pacientka má dostatek zájmových aktivit v průběhu dne denně.

Narušená integrita tkáně (00044)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Poškození sliznice, rohovky, kůže anebo podkožních tkání.

Určující znaky: poškozená tkáň (kůže, podkoží)

Související faktory: teplotní extrémy

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: Pacientka má obnovenou integritu tkáně do 5 měsíců.

Krátkodobý cíl: Pacientka má integritu tkáně obnovenou do míry zabránění vstupu infekce do 4 dnů.

Očekávané výsledky:

Pacientka spolupracuje při převazech a léčbě poškozené tkáně do 24 hodin.

Pacientka má asepticky ošetřenou ránu 1krát denně.

Pacientka zná způsoby péče o již zhojené části poškozené tkáně do 1 hodiny.

Pacientka dodržuje každodenně klidový režim dle ordinace lékaře.

3. Plánování ošetřovatelských intervencí (strategií):

Intervence jsou činnosti sestry zvolené pro dosažení pacientových cílů. Zaměřují se na odstranění nebo zmenšení příčiny. Je důležité zvažovat důsledky každé alternativy a **vybrat jednu nebo více** ošetřovatelských strategií. Mezi **metody**, kterými lze dosáhnout strategií, patří **extrapolace, brainstorming, hypotetizování** atd. Správný výběr metody vyžaduje od sestry znalosti i zkušenosti.

Jednotlivé kroky:

- vytváření alternativních ošetřovatelských strategií - brainstorming, stanovení hypotéz, extrapolace atd.,
- zvýšení důsledků ošetřovatelských strategií, výběr ošetřovatelských strategií,
- rozvíjení alternativních ošetřovatelských strategií.



4. Psaní ošetřovatelských ordinací:

Ošetřovatelské ordinace jsou **specifické zásahy vykonávání sester** (příkazy) na dosažení vytyčených cílů péče.

Ošetřovatelská ordinace má 5 součástí:

- datum,
- akční sloveso,
- obsahový oblast - specifikuje „kde“ a „co“, pomocí „čeho“,
- časový prvek specifikuje „kdy“, „jak dlouho“, „jak často“,
- podpis sestry (kdo to ordinoval).

Formulace ošetřovatelských činností:

Sloveso	Obsah	Časový prvek
Přilož	klasový obvaz na PHK	ihned
Sleduj	bilanci tekutin	po dobu 2 dnů
Proveď	celkovou koupel	každý den po dobu imobility

Příklad:

Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

Určující znaky: pozorované známky bolesti, narušení vzorce spánku.

Související faktory: průvodci zranění (popáleninový úraz).

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: Pacientka nepocituje žádnou bolest v klidu ani při pohybu (intenzitu bolesti 0 na 10 stupňové škále) do 2 týdnů.

Krátkodobý cíl: Pacientka si sníží bolest na snesitelnou úroveň (intenzita bolesti klesne na 3 na 10 stupňové škále) do 1 týdne.

Očekávané výsledky:

Pacientka spolupracuje při monitoraci bolesti na 10 stupňové VAS škále bolesti pro děti do 1 dne.

Pacientka zná možnosti využití úlevové polohy a v případě potřeby přivolá sestru do 1 hodiny.

Pacientka užívá analgetika dle své potřeby a dle ordinace lékaře.

Pacientka neprojevuje známky bolesti (nepláče, vnímá podněty z okolí) do 1 hodiny.

Pacientka se nebudí během spánku kvůli bolesti do 24 hodin.

Plán intervencí od 10. 06. 2013 do 13. 06. 2013

1. Sleduj intenzitu a lokalizaci bolesti s využitím 10 stupňové VAS škály bolesti pro děti 5krát denně – sestra ve službě.
2. Pozoruj projevy bolesti (pláč, výraz v obličeji) v průběhu celé služby – sestra ve službě.
3. Edukuj pacientku a rodiče o monitoraci bolesti do 1 hodiny – sestra ve službě.
4. Edukuj pacientku a rodiče o možnosti využití úlevové polohy do 1 hodiny – sestra ve službě.



5. Umožni pacientce zaujmout úlevovou polohu vždy, kdy to bude potřeba – sestra ve službě.
6. Podávej analgetika dle potřeby pacientky a dle ordinace lékaře – sestra ve službě.
7. Vše zapisuj do ošetřovatelské dokumentace v průběhu služby – sestra ve službě.

Narušený obraz těla (00118)

Doména 6: Sebepercepce

Třída 3: Obraz těla

Definice: Zmatek v mentálním obrazu fyzického já člověka.

Určující znaky: uvádí pocity, které odrážejí změněný pohled na vlastní tělo (např. vzhled, funkci); uvádí vnímání, které odráží změněný pohled na vzhled vlastního těla; subjektivní: strach z reakce jiných.

Související faktory: trauma (popáleninový úraz), léčebný režim.

Priorita: nízká

Dlouhodobý cíl: Pacientka se nedívá na své tělo negativním pohledem, zná svou hodnotu do 4 dnů.

Krátkodobý cíl: Pacientka nemá strach ze setkání s druhými a komunikuje s ostatními pacienty do 2 dnů.

Očekávané výsledky:

Pacientka se nebojí podívat na postiženou část těla do 1 dne.

Pacientka je informována o průběhu a očekávaných výsledcích léčby do 12 hodin.

Pacientka má dostatek zájmových aktivit v průběhu dne denně.

Plán intervencí od 10. 06. 2013 do 13. 06. 2013

1. Zajisti pacientce psychologickou pomoc do 12 hodin – sestra ve službě.
2. Informuj pacientku o průběhu a očekávaných výsledcích léčby do 12 hodin – sestra ve službě.
3. Sleduj projevy strachu a vyhýbání se pohledu na postiženou část těla během hospitalizace – sestra ve službě.
4. Edukuj rodinu o důležitosti psychické podpory pro pacientku do 12 hodin – sestra ve službě.
5. Zapojuj pacientku do společných aktivit pacientů na oddělení během hospitalizace – sestra ve službě.
6. Poskytni pacientce prostor pro vyjádření svých obav dle potřeby – sestra ve službě.
7. Zajisti pacientce dostatek aktivit v průběhu dne – sestra ve službě.

5. Psaní plánů ošetřovatelské péče:

- plánovaná ošetřovatelská péče podává **systematické informace** o zdravotním stavu pacienta v logickém celku,
- v plánu ošetřovatelské péče jsou ošetřovatelské diagnózy, očekávané výsledky, ošetřovatelské intervence a vyhodnocení,
- plán péče bychom **měli začít psát ihned po přijetí** pacienta do zdravotnického zařízení,
- během hospitalizace pacienta je nutné plán stále **aktualizovat a upřesňovat** podle změn zdravotního stavu a vyhodnocení dosažených cílů.

Rozlišujeme 3 typy plánů ošetřovatelské péče:

- **individuální plán péče** - je orientovaný na ošetřovatelské diagnózy, sestra je sestavuje většinou **na 24 hodin a po jejich uplynutí se vyhodnotí účinnost** této plánované péče

(srovná se skutečný stav pacienta a stanovené očekávané výsledky plánu), plán je revidován a péče je znovu naplánovaná,

- **denní plán péče** - tuto individuální plánovanou péči sestra sestavuje např. u staršího pacienta, naplánuje mu jeho denní činnosti – buzení, ranní hygienu, různé denní činnosti, péče významně zvyšuje kvalitu klientova života,

- **standardní plánovaná péče** - jeho základ z hlediska kvality péče tvoří základní strukturu bez speciálních individuálních potřeb pacienta. Snižuje potřebu času na psaní.

Každý plán by měl být pravidelně revidován a obnovován.

6. Konzultování:

Sestry většinou konzultují, když chtějí ověřit svoje nálezy a chtějí získat další informace.

Proces konzultace zahrnuje:

- identifikaci problému,
- získávání příslušných údajů o pacientovi,
- výběr konzultanta,
- komunikaci o problému,
- diskusi s konzultantem,
- začlenění informace do ošetřovatelského plánu pacienta.

6 Realizace - 4. krok ošetřovatelského procesu

Literatura:

ADAMUS, Milan a kol. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2425-5.

BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.

DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. 1. vyd. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8.

FRÝDLECKÁ, Helena, HEŘMANOVÁ, Jana, STAŇKOVÁ, Marta. a kol. (a)1996. *Lemon 1*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 125 s. ISBN 80-7013-234-5.

FRÝDLECKÁ, Helena, HEŘMANOVÁ, Jana, STAŇKOVÁ, Marta. *Lemon 3*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 158 s. ISBN 80-7013-244-2.

HERDMAN, T. Heather, KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2009-2011*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-802-473-42-31.

HERDMAN, T. Heather, KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

HLINOVSKÁ, Jana, NĚMCOVÁ, Jitka et al. *Interaktivní procesy v ošetřovatelství a porodní asistenci*. 1. vyd. Praha [i. e. Plzeň]: Maurea. 2012. ISBN 978-80-90-4955-3-1.

JAROŠOVÁ, Darja. *Základy ošetřovatelství: studijní opora*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2012. ISBN 978-80-7464-207-4.

JAROŠOVÁ, Darja. *Ošetřovatelské teorie a modely: studijní opora*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2013. ISBN 978-80-7464-214-2.

- JAROŠOVÁ, Darja, PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetřovatelství*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2012. ISBN 978-80-7464-304-0.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vyd. nezměn. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-457-3.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetřovatelství: Systémový přístup*. 1. vyd. 3. dotisk. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0429-9.
- MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka, FROŇKOVÁ, Marie, HERMANOVÁ, Renáta, ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I. aktual. a doplň. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
- NĚMCOVÁ, Jitka, BOROŇOVÁ, Jana. *Repetitorium ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2011. ISBN 978-80-90287679.
- NĚMCOVÁ, Jitka a kol. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetřovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2013. ISBN 978-80-902876-9-3.
- VOJTEKOVÁ, Ivana a kolektiv. *Vybrané kapitoly z ošetrovatel'stva pro študentov všeobecného lekár'stva*. 1. vyd. Bratislava: Asklepios, 2010. ISBN 978-80-7167-152-7.
- VORLÍČEK, Jiří, ABRAHAMOVÁ, Jitka, VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
- VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdenek, POSPÍŠILOVÁ, Yvona. *Paliativní medicína*. 2. vyd. přeprac. a dopl. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
- KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora, OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. ISBN 80-217-0528-0.
- TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-285-X.

6.1 Podmínky realizace 4. Kroku ošetřovatelského procesu

Než začneme s realizací individuálního plánu ošetřovatelské péče u každého pacienta, je nutné se zmínit o **způsobu organizace práce na ošetrovací jednotce**. Předpokladem realizace individuální péče u nemocných je **změna organizace práce funkčního typu** (řízení všech činností staniční sestrou) **na systém skupinové péče**, ale i pokud je to možné na **systém primární sestry**.

V ošetrovatelském týmu pracuje ošetrovatel'ský personál s různou úrovní kvalifikace a kompetence.

Nová organizace systému péče o zdraví, zákonné normy a kritéria, vymezí péči podle potřeb klientů/pacientů. To pomůže změnit organizaci práce na ošetrovacích jednotkách (bude vymezena péče akutní a následná, ošetrovatel'ská, domácí apod.).

Strukturální standardy budou obsahovat jak materiální vybavení např. zařízení s akutními lůžky, tak i personální obsazení všemi kategoriemi personálu.

Na oddělení akutní péče musí být tolik sester, aby byla zajištěná standardní ošetrovatel'ská péče podle potřeb a stavu pacientů. **Kvalifikovaná sestra, která bude mít ve své péči skupinu pacientů, bude péči plánovat, realizovat a delegovat svoji pravomoc** pro

konkrétní úkony na personál s nižší kvalifikací např. na ošetřovatelku nebo sestru odpolední a noční směny. Dále bude **péči nepřetržitě vyhodnocovat a upravovat** plán péče podle potřeby a stavu pacienta. Kvalifikované sestře může být **přiděleno jen tolik pacientů**, kolik je schopna standardně ošetřit. **Každá kvalifikační úroveň ošetřovatelského personálu musí mít stanoveny jasné kompetence a pracovní náplň**, aby mohlo fungovat **vertikální řízení** provozu jednotky a **individuální odpovědnost**.

Při skupinové péči pak sestra řídí plánovanou ošetřovatelskou péči (v souladu s léčebným plánem lékaře) u svých přidělených pacientů, spolupracuje s ostatními profesionály a nese odpovědnost za koordinaci celkové péče u svých pacientů.

Při realizaci ošetřovatelské péče se **sestry řídí standardy zařízení**, metodickými a závaznými pokyny, průvodci, návody a jinými předpisy. Předpokládá se opakované vyhodnocování stavu pacienta a revize plánu péče podle potřeby.

Realizace ošetřovatelských strategií:

Ošetřovatelské strategie jsou **zaměřeny na dosažení stanovených očekávaných výsledků**, které **vycházejí z obecných cílů ošetřovatelství** (podpora zdraví, ochrana zdraví, navrácení zdraví, péče o umírající).

Realizace ošetřovatelských strategií představuje šest významných aspektů:

- 1) individuální přístup,**
- 2) potřeba zapojení a účasti klienta/pacienta,**
- 3) prevence komplikací (např. zásady asepse),**
- 4) Zachování obranných mechanismů (např. celistvosti tkání a kůže),**
- 5) Poskytnutí psychické pohody a podpory,**
- 6) Přesné a pečlivé provádění všech ošetřovatelských aktivit.**

Poskytování individuální péče podle plánu musí být dokumentováno ve speciálním formuláři:

Ošetřovatelská péče se uskutečňuje prostřednictvím péče, komunikace, asistence, pomoci, učením, odborným poradenstvím, obhajobou práv pacientů, ovlivňováním změn, vedením a řízením.

6.2 Důležité pokyny pro realizaci ošetřovatelských strategií

Důležité pokyny pro realizaci ošetřovatelských strategií:

- ošetřovatelské činnosti jsou založeny na vědeckých poznatcích a výzkumu v ošetřovatelství,
- sestra musí rozumět podstatě ošetřovatelských činností, které vyplývají z ordinací lékaře,
- ošetřovatelské zásahy je nutné individuálně přizpůsobovat,
- ošetřovatelské zásahy by měly být vždy bezpečné,
- ošetřovatelské činnosti u pacienta vyžadují jeho psychickou podporu a uklidnění,
- ošetřovatelské činnosti mají být vždy holistické (celostní),
- ošetřovatelské činnosti musí respektovat důstojnost pacienta a zvyšovat jeho sebevědomí,
- aktivní spolupráce a účast pacienta (pokud to je možné) je nevyhnutelná.

Realizace neboli provedení je **uplatnění ošetřovatelských strategií, zaznamenaných v plánu ošetřovatelské péče**, v praxi je to ošetřovatelská činnost zaměřená na dosažení žádoucího výsledku nebo klientových/pacientových očekávaných výsledků.

Pacient je vždy prvořadým účastníkem v realizaci ošetřovatelské péče, ačkoli sestra může někdy konat za klienta/pacienta. **Stupeň** klientovi/pacientovi **účasti** na realizaci plánu **péče je individuální**, vše **souvisí se** zdravotním stavem klienta/pacienta, věkem, schopnostem, prostředím atd. V realizaci nacházíme jednak ošetřovatelské a jednak lékařské ordinace, které se musí vyplnit pro dosažení očekávaných výsledků pacienta/klienta. Klient/pacient je hlavním účastníkem při realizaci plánu péče. **Sestra může činnosti realizovat** v plném rozsahu za klienta či **jen částečně nebo může poskytnout radu, konzultaci**.

6.3 Výkon jednotlivých intervencí

Výkon jednotlivých intervencí:

Jako typy ošetřovatelských činností se často používají termíny: **nezávislé, závislé a součinné (interoperabilní) činnosti**. Činnost v tomto kontextu je aktivita související s rolí dané osoby:

- **Nezávislé ošetřovatelské činnosti:**

nezávislá ošetřovatelská činnost je taková, kterou **iniciuje sestra** na základě vlastních znalostí a dovedností. Přednostně se užívá termín - **autonomní ošetřovatelská praxe** konstatuje, že vědět, proč, kdy a jak polohovat klienta/pacienta a vykonávat to dobře, vychází z funkce nezávislé terapie. V tomto případě **sestra rozhodne**, že klient potřebuje určité ošetřovatelské zásahy, **kteřé vykonává buď sama, nebo pověří úkolem jiného zdravotníka**, přičemž za rozhodnutí a za jejich správné vykonání. Být zodpovědný - znamená nést zodpovědnost za úkony před zákonem. Nezávislá činnost je naplánování a poskytnutí určité speciální péče **na základě vzdělání a praxe**. Nezávislým ošetřovatelským činnostem připisují dnes stále větší pozornost i samy sestry.

- **Závislé ošetřovatelské činnosti:**

Závislé ošetřovatelské činnosti jsou takové, které sestra **vykonává na příkaz lékaře, pod lékařským dohledem** nebo podle jeho stanovených předpisů. Kromě úkonů ordinovaných lékařem musí sestra vykonávat i **další ošetřovatelské činnosti související s příkazem lékaře** (např. při aplikaci ATB si všímá projevy zlepšení či zhoršení infekce, toxické nebo vedlejší účinky léku atd.).

- **Součinné (Interoperabilní) ošetřovatelské činnosti:**

Součinné ošetřovatelské činnosti jsou takové, které **sestra vykonává společně s jiným členem zdravotnického týmu**, nebo je s výsledkem společného rozhodnutí sestry a jiného člena týmu. Někdy jsou takovéto činnosti **důkazem prolínání odpovědnosti** zdravotníků. Na dosažení dobré součinnosti v ošetřovatelské praxi sestry **musí mít klinickou kompetenci**, důvěru ve své znalosti a dovednosti, jakož i odpovědnost za své počínání.

Poměr času, který sestra stráví v nezávislé, závislé a interoperabilních ošetřovatelské činnosti, se různí podle klinické oblasti, typu instituce a specifické pozice sestry. Sestry **kritické péče** věnují jen asi **10%** z celkové pracovní doby nezávislé ošetřovatelské činnosti. V jiných prostředích, např. **v domácí péči**, pracují sestry nezávisle asi **50%** svého pracovního času a u **klinických sester specialisek** to **může být až 100%**. Často se však do klinického

dne integruje tolik různých aktivit, že se dá těžko posoudit podíl práce sestry v nezávislé ošetrovatelské činnosti.

6.4 Obsah realizačního procesu

Realizační proces v sobě zahrnuje:

Proces realizace ošetrovatelských činností běžně zahrnuje **opětovné posouzení** klienta/pacienta, **validizačního plánu ošetrovatelské činnosti**, posouzení potřeby **asistence při činnostech**, **realizace** ošetrovatelských strategií, **záznamy a hlášení** ošetrovatelských činností. Opětovné posouzení klientova stavu a validizačního plánu péče je podřízenými procesy, které se musí vykonávat ustavičně po dobu celé fáze realizace

1) Opětovné posouzení klienta

- 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.

- Po posouzení v první fázi ošetrovatelského procesu, v pozdějších fázích se obvykle zaměřuje na konkrétnější potřeby a odpovědi klienta, např. na příjem tekutin bolest, frekvenci pulsu apod. Takto sestry hodnotí, zda jsou stávající ošetrovatelské strategie pro klienta vhodné.

- Nové informace mohou indikovat změnu priorit či strategií, např. sestra obrací klienta z polohy na zádech na levý bok přesně podle plánu polohování. Všimne si však, že klient/pacient má zčervenání kůže nad jeho levým bedrem, změní proto své rozhodnutí a polohuje klienta/pacienta na pravý bok a současně zaznamená oblast zčervenání jakož i změnu strategií.

2) Validizační plán ošetrovatelské činnosti

- Pokud se změní okolnosti a stav klienta/pacienta, sestra musí zvážit hodnotu nových dat a rozhodnout, zda je plán i za těchto okolností platný. Pokud se klientův/pacientův stav mění je nutné plán přizpůsobit novým okolnostem.

- Když zůstává klientův stav neměnný, sestra pokračuje v realizačním procesu beze změny.

3) Posouzení potřeby asistence při činnostech

- Sestra může na realizaci některých ošetrovatelských strategií potřebovat pomoc, a to z těchto příčin: není schopná bezpečně zvládnout danou strategii sama (polohování obézního klienta) či se obává zvýšení stresu klienta/pacienta (polohování klienta s bolestmi).

4) Realizace ošetrovatelských strategií

- Ošetrovatelská strategie je zaměřená na pomoc klientovi/pacientovi a dosažení jeho zdravotního cíle, **rozeznáváme čtyři základní oblasti ošetrovatelské praxe:**

- podpora zdraví,
- ochrana zdraví,
- navrácení zdraví,
- péče o umírající.

- Ošetrovatelské činnosti v každé z těchto oblastí mohou být nezávislé, závislé a součinné.

- V realizaci ošetřovatelských strategií rozeznáváme šest významných aspektů:
- klientova/pacientova individualita,
- potřeba klientovi/pacientovi účasti,
- prevence komplikací,
- uchování obranných mechanismů,
- poskytnutí pohody a podpory klientovi/pacientovi,
- přesné a pečlivé provedení ošetřovatelských aktivit.

5) Záznamy a hlášení ošetřovatelských činností

- Ošetřovatelské 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.

Uplatnění dovedností:

Na realizaci ošetřovatelských činností jsou potřebné **tři kategorie dovedností:**

1) Kognitivní dovednosti

- Pro realizaci jsou řešením problému, přijímání rozhodnutí, kritické myšlení a kreativita.
- Pro bezpečnou a inteligentní péči jsou nevyhnutelné.

2) Interpersonální dovednosti

- veškeré činnosti, které lidé používají při první komunikaci, ať už verbálně či nonverbálně.
- Účinnost řízení sestry obvykle závisí na její schopnosti komunikace s jinými.

3) Technické dovednosti

- manuální obratnost - nakládání s technickým zařízením, aplikace injekcí, obvazování, cvičení s klienty, zvedání, polohování apod.

Realizace činností:

Realizace ošetřovatelské péče se obecně děje přes péči, komunikaci, asistenci a pomoc, učení, odborné poradenství, hájení práv klienta, ovlivňování změn, vůdcovství a management. Tyto činnosti se spojují s rolí sestry. Naučit se, co všechno má sestra dělat, se někdy zdá studentům nesplnitelné.

Hlavní myšlenky realizace:

- realizace znamená uvažování ošetřovatelských strategií do praxe,
- znovu posouzení a validizace plánu ošetřovatelské péče,
- kognitivní, interpersonální a technické dovednosti jsou prostředky pro realizaci ošetřovatelských strategií,
- péče a komunikace jsou podstatné pro všechny ošetřovatelské činnosti,
- sestry si zodpovídají za své činnosti,
- dokumentace ošetřovatelského plánu.

7 Hodnocení - 5. krok ošetřovatelského procesu

V této fázi ošetřovatelského procesu sestra zjišťuje, zda u svěřeného pacienta **dosáhla stanovených očekávaných výsledků a do jaké míry**, zda má plán péče a jednotlivé ošetřovatelské **intervence revidovat nebo změnit**. **Průběžné hodnocení** je cílevědomá činnost, prostřednictvím které sestry odpovídají za svou činnost a nepokračují v neúčinných intervencích.

Vyhodnocení je cílevědomá, organizovaná činnost. Vyhodnocení je velmi významným aspektem ošetřovatelského procesu, protože jeho závěry určují, zda mají ošetřovatelské zásahy pokračovat, revidovat, změnit nebo ukončit. **Vyhodnocení je souběžným a konečným procesem**. Prostřednictvím vyhodnocení se **sestry stávají zodpovědnými za své činnosti a nepokračují v neúčinných postupech, ale přijímají nové a účinnější**.

Vyhodnocovací proces:

- podle určených očekávaných výsledků (v plánu péče), můžeme měřit dosažený očekávaný výsledek - stav pacienta,
- získání informací, které se týkají očekávaných výsledků (záznam poskytnuté péče a objektivní stav pacienta),
- srovnání získaných informací (objektivní stav pacienta) se stanovenými očekávanými výsledky (v plánu péče),
- srovnání plánovaných ošetřovatelských činností s výsledky u pacienta (jeho stavem),
- revize plánu péče,
- modifikace plánu péče.

Vyhodnocení očekávaných výsledků:

- očekávaných výsledků - bylo dosaženo (např. bolest vymizela),
- očekávaných výsledků - bylo dosaženo jen částečně (např. bolest se zmírnila),
- očekávaných výsledků - nebylo dosaženo (např. bolest trvá).

Důležité je určení vztahu mezi ošetřovatelskými intervencemi a výsledným stavem pacienta/klienta. Toto určení vyžaduje od sestry schopnost kritického myšlení a hodnocení. Určení vztahu je potřebné zaznamenat jako součást záznamu hodnocení (např. sestra se zeptá - pokud byl cíl dosažen - zda ošetřovatelské intervence byly účinné).

Pokud byly očekávané výsledky péče stanovené ve 3. kroku ošetřovatelského procesu, splněné/dosažené, tak sestra vykoná jedno z následujících rozhodnutí:

- **problém** (stanovený v 1. části ošetřovatelské diagnózy) **neexistuje** – v tom případě je potřeba zadokumentovat, že očekávaný výsledek byl splněný/dosažený a **plánované ošetřovatelské intervence je možné ukončit**.

- **problém i přes splnění/dosažení očekávaného výsledku přetrvává** a proto **naplánované ošetřovatelské intervence musí pokračovat** i tehdy, když očekávaný výsledek byl splněný.

Pokud očekávaný výsledek nebyl splněný/dosažený, anebo byl splněný jen částečně, je potřeba pátrat proč je to tak, což znamená vykonat revizi:

- **získaných vstupních informací** (to znamená kontrolu úplnosti databáze. Pokud není databáze úplná, je nutné ji doplnit. Je potřeba také analyzovat, zda byl problém pacienta správně posuzovaný, a zda stanovené ošetřovatelské diagnózy zodpovídají uvedeným údajům.

- **stanovených ošetřovatelských diagnóz** – to znamená, kontrolu přesnosti, správnosti, úplnosti jejich formulací ve dvojsložkové i tří složkové podobě, aktuálně i potenciálně.
 - **stanovených očekávaných výsledků, priorit** – to znamená kontrolu jejich formulace, úplnosti, reálnosti, aktuálnosti a dosažitelnosti.
 - **stanovených plánů ošetřovatelských intervencí** – to znamená kontrolu zaměřit na korelaci očekávaných výsledků se stanovenými intervencemi, zda byly vybrány nejlepší a nejvhodnější intervence vzhledem k očekávaným výsledkům, ale i vzhledem ke schopnostem a možnostem pacienta.
 - **realizace naplánovaných intervencí** – to znamená kontrolu, zda byly všechny naplánované intervence náležitě vykonány, zda je o intervencích adekvátní záznam v ošetřovatelské dokumentaci, je-li záznam výsledků, efektů a reakcí pacienta na intervence.
- Při revizi plánu ošetřovatelských intervencí je potřebné vykonat kontrolu všech kroků ošetřovatelského procesu, protože všechny úzce spolu souvisí a vzájemně se postupně ovlivňují. Pouze komplexní postup umožní sestře identifikovat správně příčinu nedosažení očekávaných výsledků.**

Vyhodnocovací proces je realizován v šesti oblastech:

1. **určení očekávaných výsledků** - vymezují druh údajů a poskytují standard,
2. **získání údajů vzhledem na definované očekávané výsledky** - údaje se sbírají tak, aby se daly učinit závěry o dosažení očekávaných výsledků,
3. **hodnocení dosažení očekávaných výsledků** - sbírané údaje se porovnávají s vytyčenými,
4. **srovnání ošetřovatelských činností s výsledky u pacienta/klienta** - je důležité najít vztah (nebo absenci) mezi ošetřovatelskou péčí a výsledky, nikdy by neměl závěr znít, že ošetřovatelský postup byl jediným faktorem pro dosažení očekávaného výsledku,
5. **revize pacientova plánu ošetřovatelské péče** - zhodnocení dosažení očekávaných výsledků poskytuje zpětnou vazbu potřebnou ke zjištění, jestli byl plán účinný k vyřešení pacientova/klientova problému, jeho omezení nebo prevenci, pokud jsou očekávané výsledky, splněné, sestra může uzavřít dané očekávané výsledky,
6. **modifikace ošetřovatelského plánu** - pokud se sestra rozhodne pro revizi plánu, musí:
 - změnit údaje pro posouzení tak, aby odrážely nejnovější zjištění,
 - revidovat ošetřovatelské diagnózy,
 - revidovat klientovi/pacientovi priority a očekávané výsledky,
 - určit nové ošetřovatelské strategie,
 - změnit očekávané výsledky tak, aby odrážela změny v plánu a staré očekávané výsledky tak zrušit.

Modifikace plánu ošetřovatelských intervencí

V případě, že stanovené **očekávané výsledky nebyly dosažené, anebo byly dosažené částečně**, je potřeba modifikovat plán ošetřovatelských intervencí. Při modifikaci plánu ošetřovatelských intervencí je potřeba dodržovat následující postup:

- opravit, doplnit, anebo změnit údaje v ošetřovatelském posuzování stavu pacienta/klienta, to znamená v 1. kroku ošetřovatelského procesu. Nové údaje třeba označit datem a případně i barevně.

- opravit, doplnit, změnit, anebo opět formulovat ošetřovatelské diagnózy tak, aby odrážely nově zjištěné skutečnosti. Opravené ošetřovatelské diagnózy je potřeba označit datem, případně je i barevně označit.
- opravit, doplnit, změnit priority a očekávané výsledky tak, aby korelovali s opravdovými ošetřovatelskými diagnózami. Změny je třeba označit datem, případně i barevně.
- opravit, doplnit, změnit, anebo znovu stanovit a napsat plán ošetřovatelských intervencí tak, aby respektoval změny zaznamenané v popisu stavu v ošetřovatelských diagnózách, prioritách, očekávaných výsledků. Nový upravený plán ošetřovatelských intervencí je potřeba označit datem a případně i barevně. Za vykonání hodnocení jsou odpovědni sestry i pacient.

Výhody ošetřovatelského procesu pro klienta/pacienta:

- poskytovaná ošetřovatelská péče je specificky plánovaná tak, aby uspokojovala zjištěné potřeby klienta/pacienta jako jedince - kvalitní plánování péče,
- klienti/pacienti jsou raději, když se o ně staráme jako jedinečné bytosti, nikoli jako o těla na lůžcích nebo lékařské diagnózy,
- podporuje aktivní spoluúčast klienta/pacienta na vlastní péči,
- kontinuální hodnocení klientových/pacientových potřeb,
- účast rodiny a komunity na péči,
- konzistence péče.

Výhody ošetřovatelského procesu pro sestru:

- informace, které jsou potřebné pro celý ošetřovatelský tým,
- sestry nacházejí uspokojení ve své práci a větší zadostiučinění,
- investice do individuálního plánování péče, která může být velmi prospěšný pro celý tým,
- pomáhá ocenit důvody ošetřovatelských činností,
- splnění standardů,
- jeho dodržováním napomáhá vyhýbat se konfliktu se zákonem

Dokumentování ošetřovatelského procesu:

Do ošetřovatelského procesu je zahrnuto **kvalitní předávání služby** a kvalitní výměna informací o klientech/pacientech. U každého klienta/pacienta je vedena **zdravotnická dokumentace**, kdy je její součástí **ošetřovatelská a edukační dokumentace**. Ošetřovatelská dokumentace musí být plánovaná a koordinovaná. Plánování ošetřovatelské péče i správně vedená dokumentace zajistí jednak kontinuitu péče a nezbytnou informovanost ostatních členů v týmu, kteří se podílejí na ošetřovatelském procesu klienta/pacienta. Efektivní dokumentace je základním prvkem ošetřovatelského procesu.

Je důležité z důvodu:

- klientům/pacientům poskytuje cenný záznam, který je významný i pro jeho osobu,
- poskytuje širokou a dynamickou informaci o potřebách člověk, očekávaných výsledků péče, poskytované péči, progresi a o výsledcích péče,
- usnadňuje přesun odpovědnosti za péči o klienta/pacienta (např. při překladi klienta/pacienta z oddělení na oddělení),
- poskytuje chronologický záznam péče a jeho výsledky,



- je nástrojem pro zajištění kontinuity péče,
- je základem pro vyhodnocení účinnosti či neúčinnosti různých ošetřovatelských postupů,
- je vzdělávacím nástrojem,
- v případě zdravotně-právních přezkumů přináší spolehlivou informaci o doložení potřebných činností,
- neustále narůstá profesionální potřeba a požadavek, aby sestry vedly přesné a důsledné písemné záznamy,
- ošetřovatelství se zabývá komplexně péčí člověka 24 hodin denně, ošetřovatelské záznamy proto mohou obsahovat důležitou informaci pro další zdravotnické pracovníky, kteří jsou zapojeny do ošetřovatelského procesu u klienta/pacienta.

Hlavní myšlenky vyhodnocení:

- vyhodnocení určuje splnění očekávaných výsledků a do jaké míry byly splněny,
- vyhodnocení je průběžný a konečný proces,
- vyhodnocení je cílevědomá a organizovaná činnost,
- identifikace očekávaných výsledků je prvním aspektem vyhodnocení,
- očekávané výsledky určují vyhodnocení údajů, které je třeba sbírat pro splnění očekávaných výsledků,
- očekávané výsledky musí být měřitelné a přesné,
- revize plánu klientovi/pacientovi péče je procesem opětovného posuzování a plánování,
- vyhodnocení kvality ošetřovatelské péče je základním aspektem profesionální zodpovědnosti.

Hodnocení kvality péče:

Tato problematika má systémový charakter a v současné době se jí začíná věnovat mimořádná pozornost jak na mezinárodní, tak na národní úrovni. Cílem akreditací ve zdravotnictví je zlepšování celkové péče o klienty/pacienty.

Zvýšená pozornost je věnována i **kvalitě ošetřovatelské péče**, kterou poskytují sestry. Pro zajištění kvality ošetřovatelské péče se vypracovává na mezinárodní úrovni klasifikace ošetřovatelské praxe - ICNP a na národní úrovni **standardy ošetřovatelských intervencí**, všeobecné péče, péče o pacienty se speciálními potřebami, standardy péče o pacienty s konkrétními klinickými stavy apod. Kvalitě a dostupnosti péče je na konci 20. století věnována pozornost v rámci nové politiky péče o zdraví.

Literatura:

- ADAMUS, Milan a kol. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2425-5.
- BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.
- DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. 1. vyd. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
- FRÝDLECKÁ, Helena, HEŘMANOVÁ, Jana, STAŇKOVÁ, Marta. a kol. (a)1996. *Lemon 1*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 125 s. ISBN 80-7013-234-5.



- FRÝDLECKÁ, Helena, HEŘMANOVÁ, Jana, STAŇKOVÁ, Marta. *Lemon* 3. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 158 s. ISBN 80-7013-244-2.
- HERDMAN, T. Heather, KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2009-2011*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-802-473-42-31.
- HERDMAN, T. Heather, KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.
- HLINOVSKÁ, Jana, NĚMCOVÁ, Jitka et al. *Interaktivní procesy v ošetřovatelství a porodní asistenci*. 1. vyd. Praha: Maurea, 2012. ISBN 978-80-90-4955-3-1.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Základy ošetřovatelství: studijní opora*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2012. ISBN 978-80-7464-207-4.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Ošetřovatelské teorie a modely: studijní opora*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2013. ISBN 978-80-7464-214-2.
- JAROŠOVÁ, Darja, PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetřovatelství*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2012. ISBN 978-80-7464-304-0.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vyd. nezměn. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-457-3.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetřovatelství: Systémový přístup*. 1. vyd. 3. dotisk. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0429-9.
- MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka, FROŇKOVÁ, Marie, HERMANOVÁ, Renáta, ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I. aktual. a doplň. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
- NĚMCOVÁ, Jitka, BOROŇOVÁ, Jana. *Repetitorium ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2011. ISBN 978-80-90287679.
- NĚMCOVÁ, Jitka a kol. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetřovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2013. ISBN 978-80-902876-9-3.
- SYSEL, Dušan, BELEJOVÁ, Hana, MASÁR, Oto. *Teorie a praxe ošetřovatelského procesu*. 1. vyd. Brno: Tribun EU, 2011. ISBN 978-80-263-0001-4.
- VOJTEKOVÁ, Ivana a kolektiv. *Vybrané kapitoly z ošetřovatelství pro studenty všeobecného lékařství*. 1. vyd. Bratislava: Asklepios, 2010. ISBN 978-80-7167-152-7.
- VORLÍČEK, Jiří, ABRAHAMOVÁ, Jitka, VORLIČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
- VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdenek, POSPÍŠILOVÁ, Yvona. *Paliativní medicína*. 2. vyd. přeprac. a dopl. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
- KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora, OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetřovatelství: koncepcia, ošetřovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. ISBN 80-217-0528-0.
- TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-285-X.

8 Výživa - posuzování, plánování a realizace ošetřovatelské péče při uspokojování potřeby

Literatura:

- ADAMUS, Milan a kol. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2425-5.
- BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.
- DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. 1. vyd. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-294-8.
- FRÝDLECKÁ, Helena, HEŘMANOVÁ, Jana, STAŇKOVÁ, Marta a kol. *Lemon 1*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, (a)1996. 125 s. ISBN 80-7013-234-5.
- FRÝDLECKÁ, Helena, HEŘMANOVÁ, Jana, STAŇKOVÁ, Marta. *Lemon 3*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 158 s. ISBN 80-7013-244-2.
- MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka, FROŇKOVÁ, Marie, HERMANOVÁ, Renáta, ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I*. Aktual. a doplň. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
- HERDMAN, T. Heather, KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.
- VOJTEKOVÁ, Ivana a kolektiv. *Vybrané kapitoly z ošetřovatelství pro studenty všeobecného lékařstva*. 1. vyd. Bratislava: Asklepios, 2010. ISBN 978-80-7167-152-7.
- VORLÍČEK, Jiří, ABRAHAMOVÁ, Jitka, VORLIČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
- VORLÍČEK, Jiří; ADAM, Zdenek; POSPÍŠILOVÁ, Yvona. *Paliativní medicína*. 2. vyd. přeprac. a dopl. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
- KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora, OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetřovatelství: koncepce, ošetřovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. ISBN 80-217-0528-0.
- TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-285-X.

8.1 Potřeba výživy

Výživa je biologickou, primární potřebou člověka a je také nezbytným předpokladem udržování **biologické homeostázy organismu** (udržování hodnoty nějaké veličiny na přibližně stejné hodnotě např. například stupně pH tělních tekutin, vlhkosti, tělesné teploty atd.) lze tím pádem i říci k zachování života. Výživa (jídlo a pití) neuspokojuje pouze žaludek, trávicí ústrojí, nedoplňuje jen energetické zásoby organismu. Příjem potravy je u člověka spojen s **potřebami psychosociálními** dále s kladným emocionálním laděním (spokojeností, radostí atd.). Proto nám také záleží na prostředí, kde jíme nebo s kým jíme, ale v neposlední řadě i estetičnosti podávané stravy. Pravidelnou životosprávou i pravidelným denním režimem, uspokojuje člověk potřeby dřív, než se stanou aktuálními. Ale pokud z nějakého důvodu potřebu jídla je dlouhodobě nespokojována, stává se akutní, dominantní a ovládá veškeré

chování daného jedince. Nedostatečný, ale naopak i nadbytečný příjem potravy ovlivňuje zásadně rovnováhu organismu.

8.2 Faktory ovlivňující výživu

Naše dnešní strava často neodpovídá požadavkům současného způsobu života. Během staletí se člověk vyvíjel a přizpůsoboval se podmínkám životního prostředí a měnil svůj styl života. Za posledních sto let jsou však změny tak výrazné, že se jim zkrátka lidský organismus nedokázal přizpůsobit. Je to také jednou z příčin nárůstu tzv. chronických civilizačních onemocnění, především cév, srdce a nádorových onemocnění, které jsou také v dnešní době hlavní příčinou nemoci a předčasné úmrtnosti. Dříve než sestra vyhodnotí stav pacientovi výživy, měla by se obeznámit s faktory, které mohou ovlivnit individuální stravovací návyky a dalšími faktory, které mohou ovlivnit přijímání potravy.

1. Fyziologicko-biologické faktory:

Funkce zažívacího systému

- příjem potravy a její následné zužitkování (trávení, přeměna a spalování) jsou v první řadě závislé na stavbě a funkci trávicího systému dále také na složení potravy,
- trávicí systém je tvořený trávicí trubcí a přidanými žlázami (játra, slinivka břišní) uzpůsobený příjmu potravy a přes fyziologické a chemické zpracování k její resorpci (vstřebávání rozštěpených látek),
- **vzájemná součinnost jednotlivých částí dále umožňuje:**
- příjem potravy do trávicího ústrojí,
- trávení tj. mechanické a chemické rozmělnění prostřednictvím produktů trávicích žláz (enzymů),
- resorpci, probíhá v různých úsecích trávicí trubice,
- vylučování nestrávených substancí,

Metabolismus probíhá ve tkáních, a to ve dvou protichůdných směrech jako:

- **anabolismus**, při kterém z látek jednodušších vznikají látky složitější (stavební a zásobní látky - bílkoviny), energie se při těchto reakcích spotřebovává,
- **katabolismus** (štěpení) z látek složitějších vznikají látky jednodušší (katabolity), při těchto dějích se obvykle uvolňuje energie.

Energetické požadavky jednotlivce na bazální metabolismus **ovlivňuje mnoho faktorů jako:** např. věk, hmotnost těla, tělesná aktivita, okolní teplota, růst pohlaví, psychika člověka – hlavně emocionální stav.

Přiměřená, adekvátní výživa by se měla proto skládat z **vyváženého množství základních živin – bílkovin, cukrů, tuků, vody, minerálů a vitamínů**. Žádná potravina, ale neposkytuje všechny základní živiny. Proto je potřeba mít pestrý a vyvážený jídelníček.

Jednotlivé složky potravy zajišťují základní funkce organismu:

- přísun energie,
- stavební materiál,
- regulaci.

Další fyziologicko-biologické faktory:

a) věk a růst:

Způsob výživy i energetická potřeba organismu je ovlivněn hlavně věkem. Novorozenec a kojeneček je hodně závislý na své matce, v batolecím věku si osvojuje dovednosti jako je najíst se a napít bez cizí pomoci. Předškolák je už v této dovednosti samostatný. Nutné je, ale zachovat určitý denní režim. Složení jídla bývá většinou podobné jako u dospělého člověka. Starší lidé mění své stravovací návyky díky zpomalení fyzické aktivity a metabolismu. V období růstu potřebuje organismus více energie v době rychlého růstu - batolecí a kojenečké období, v období puberty a v těhotenství.

b) pohlaví:

Muži mají většinou větší metabolickou potřebu než ženy. Tento fakt se většinou vysvětluje větší svalovou hmotou v mužském těle.

c) zdravotní stav:

Ovlivňuje stravovací návyky a celkový stav výživy např. ztráta zubů, dysfagie (potíže s polykáním), některé druhy léků atd.

Většina pacientů v nemocnici trpí nechutenstvím. Příčiny jsou různé: jednak strach, úzkost, stres z diagnózy, operace, bolesti atd. Chuť k jídlu ovlivňuje i změna prostředí, změna stravy (dieta), jiný časový rozvrh jídla. Všechny tyto okolnosti by sestra měla při příjmu nemocného a v průběhu hospitalizace brát v úvahu. Při uspokojování potřeby výživy je nutné ke každému nemocnému přistupovat individuálně a respektovat jeho přání v oblasti jídla.

2. Psycho-duchovní faktory:

Jídlo a přijímání potravy navozují pocit uspokojení, libosti. Emocionální stav člověka, zejména negativní emoce mohou být příčinou nechutenství, nevolnosti, pocitu plnosti. Ale každý jedinec se liší např. stresovou situací, depresi řeší někteří jedinci nadměrným příjmem potravy, ale někteří nedokáží přijímat potravu vůbec. Mezi nejtěžší psychosomatické jevy v oblasti výživy patří mentální anorexie a bulimie, nejčastěji se objevují u dívek v období puberty.

Konstituční typologie podle německého psychiatra E. Kretschmera rozlišuje tři základní typy stavby těla: astenický, pyknický, atletický. Hovoří, o souvislostech určitého typu stavby těla a typu charakteru, povahy člověka. Podle E. Kretschmera jde v podstatě o psychofyzické typy.

3. Sociálně-kulturní faktory:

- etnická příslušnost – tradiční jídla se připravují a konzumují u různých národů jako zvyk a obyčej (Asie - rýže, Itálie - těstoviny, atd.),
- náboženské vyznání – ovlivňuje způsob stravování a výživy (katolíci nejedí maso v určitý den, židé nejedí vepřové atd.) sestra by to měla respektovat,
- životní styl - ovlivňuje zásadně způsob života - hektický způsob života dnešní doby vede ke špatným stravovacím návykům, které často vyústí ve zdravotní problémy,
- ekonomická situace - má vliv na to kolik a co člověk sní, týká se lidí s omezenými finančními příjmy zvláště pak u starších lidí.

4. Faktory životního prostředí:



Přírodní podmínky, které nás obklopují, jsou zdrojem potravy a potravinových produktů. Zdravé a neznečištěné životní prostředí (voda, půda, vzduch) je zárukou ekologicky čistých potravin.

Poruchy výživy:

Chuť k jídlu je velmi citlivým ukazatelem zdraví tělesného i duševního. Bývá tlumena při nejrůznějších poruchách:

- nechutenství - ztráta chuti k jídlu a pocitu hladu,
- odmítání jídla - aktivní forma nechutenství často je obtížně vysvětlitelná proč, ale nemocný si situaci asi plně neuvědomuje, stav je někdy popisován jako vyhlášení války životu,
- hladovka - probíhá často jako forma politického nesouhlasu,
- heperoxie - nadměrný pocit hladu, je doprovodným syndromem poruch látkové výměny (např. diabetes),
- dysfagie - porucha polykání,
- dyspepsie - souhrn příznaků, který může vzniknout při různých onemocněních zažívací trubice, mohou být zapříčiněny také ostrým jídlom, nedostatečným rozmělněním potravy, silným kouřením apod.

8.3 Ošetřovatelský proces u pacienta a klienta při upokojuvání potřeby výživy

Ošetřovatelská anamnéza

Posuzování – 1. krok ošetřovatelského procesu

Pro hodnocení stavu výživy se používá metoda - **ABCD**:

- A. sběr antropologických hodnot,**
- B. hodnocení biochemických údajů,**
- C. vyšetření klinických parametrů stavu výživy,**
- D. získání výživové anamnézy.**

A. Antropologická měření - poskytuje informace o hmotnosti a složení těla:

1. Hmotnostní index (Body Mass Index – BMI) – určuje poměr hmotnosti k výšce.

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška (m)}^2}$$

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška (m)} \times \text{výška (m)}}$$

Za normální je považovaná hodnota 20-25.

2. Měření kožní řasy - určuje množství tuku v těle, měří se speciálním kaliperem.

3. Obvod svalů ramena (OSR) - indikátor tělových proteinových rezerv, měří se kožní řasa nad m. triceps. K výpočtu se používá vzorec: $\text{OSR} = \text{OR} - 3,14 \times \text{kožní řasa nad m. triceps}$. Průměrná hodnota u dospělé osoby nad 25 let je 319 až 322 mm u mužů, 277 až 299 u žen.

Nemocní, kteří mají hmotnost vyšší o 20 % anebo nižší o 10 %, než je ideální hmotnost, dále nemocní, u kterých se hmotnost nečekaně snížila nebo zvýšila o 10 %, se považují za rizikové pacienty.

B. Biochemické údaje - pomáhají určit subklinické poruchy výživy:

Zjišťují se vyšetřením krevního séra a moče. Tyto údaje sledují laboratorní hladiny určitých látek a metabolitů, podle nichž lze určit některé poruchy výživy. Jsou to především:



hemoglobin a hematokrit, sérový albumin, transferin, celkový počet lymfocytů, dusíková bilance, kreatinin.

C. Klinické příznaky:

Výživa ovlivňuje většinu systémů v organismu a jejich vyšetření může odhalit problémy výživy. Posuzování začíná při příjmu nemocného a hodnotí se vlasy, kůže, oči, jazyk, sliznice, kardiovaskulární systém, svaly, nervový systém, vitalita, hmotnost.

D. Výživová anamnéza:

Obsahuje údaje o stravovacích návycích pacienta, preferenci jídel, omezeních, o denním příjmu tekutin, příjmu vitamínů minerálů apod. Dále se také zabývá informacemi o problémech s výživou, nemocech, fyzické aktivitě. Sestra zjišťuje typický 24hodinový program stravování pacienta, jako jsou důležité údaje o lécích, které nemocný užívá. Zvláště důležité jsou léky, které bere v závislosti na jídle (před jídlem, po jídle).

Ošetřovatelské diagnózy

Znění ošetřovatelské diagnózy dle Kapesního průvodce zdravotní sestry (2001) NANDA taxonomie I k roku 1999.

- **Výživa porušená, nedostatečná**

Definice: Stav, kdy příjem živin nekryje metabolické potřeby.

- **Výživa porušená, nadměrná**

Definice: Stav, kdy příjem živin převyšuje metabolické potřeby.

- **Výživa porušená, nadměrná hrozící**

Definice: Stav, kdy hrozí, že příjem živin převyší metabolické potřeby.

Znění ošetřovatelské diagnózy dle Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách (2006) taxonomie II k roku 2005.

2. Doména: Výživa

Třída: Přijímání potravy

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

- **00107 Neefektivní krmení kojence**

- **00103 Porušené polykání**

- **00002 Nedostatečná výživa**

- **00001 Nadměrná výživa**

Potencionální ošetřovatelské diagnózy

- **00003 Riziko nadměrné výživy**

Znění ošetřovatelské diagnózy dle Ošetřovatelské diagnózy – Definice a klasifikace 2012-2014 taxonomie II. NANDA International 2012–2014.

2. Doména: Výživa

Třída1: Přijem potravy

- **Nedostatek mateřského mléka (00216)**

Definice: Nízká produkce mateřského mléka.

- **Neefektivní vzorec výživy kojence (00107)**



Definice: Snížená schopnost kojeneho dítěte sát nebo koordinovat sací/polykací reakci, což má za následek nedostatečnou výživu ústy pro potřeby metabolismu.

- **Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu (00002)**

Definice: Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu.

- **Nevyvážená výživa: více, než je potřeba organismu (00001)**

Definice: Příjem živin, který přesahuje potřeby metabolismu.

- **Snaha zlepšit výživu (00163)**

Definice: Vzorec příjmu živin, který je dostatečný pro splnění potřeb metabolismu a lze jej posílit.

- **Riziko nevyvážené výživy: více než je potřeba organismu (00003)**

Definice: Riziko příjmu živin, které přesahuje potřeby metabolismu.

- **Porucha polykání (00103)**

Definice: Abnormální funkce polykacího metabolismu spojená s poruchami stavby nebo funkce ústní dutiny, nosohltanu nebo jícnu.

9 Odpočinek a spánek - posuzování, plánování a realizace ošetřovatelské péče při uspokojování potřeby

Odkazy na další studijní pomůcky, doplňkové zdroje informací k samostudiu, související webové stránky

U lékaře - Dobrý spánek

http://www.youtube.com/watch?v=CVPS-D5_hbA

LENTE - Léčba syndromu spánkové apnoe

<http://www.youtube.com/watch?v=8rtJYLNn2NU>

Literatura:

ADAMUS, Milan a kol. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2425-5.

BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.

DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. 1. vyd. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-294-8.

FRÝDLECKÁ, Helena, HEŘMANOVÁ, Jana, STAŇKOVÁ, Marta a kol. *Lemon 1*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, (a)1996. 125 s. ISBN 80-7013-234-5.

FRÝDLECKÁ, Helena, HEŘMANOVÁ, Jana, STAŇKOVÁ, Marta. *Lemon 3*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 158 s. ISBN 80-7013-244-2.

MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, FROŇKOVÁ, Marie, HERMANOVÁ, Renáta, ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I*. Aktual. a doplň. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6.

HERDMAN, T. Heather, KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

- VOJTEKOVÁ, Ivana a kolektiv. *Vybrané kapitoly z ošetrovatel'stva pro študentov všeobecného lekár'stva*. 1. vyd. Bratislava: Asklepios, 2010. ISBN 978-80-7167-152-7.
- VORLÍČEK, Jiří, ABRAHAMOVÁ, Jitka, VORLIČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
- VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdenek, POSPÍŠILOVÁ, Yvona. *Paliativní medicína*. 2. vyd. přeprac. a dopl. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
- KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora, OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. ISBN 80-217-0528-0.
- TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatel'ském procese*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-285-X.

9.1 Potřeba odpočinku a spánku

Spánek a odpočinek

Spánek a odpočinek jsou **nezbytnými pro zachování a udržení tělesného i duševního zdraví**. Spánek má pro organismus **ochranný a regenerační význam**. Pravidelný, dostatečný spánek pomáhá udržovat normální funkci centrálního nervového systému, je obranným mechanismem proti vyčerpání organismu. Bez spánku či **při jeho nedostatečné kvalitě** nemůže dojít k potřebnému zotavení, což se projeví zhoršením myšlením, snížením pozornosti a pocitem únavy následující den. Trvá-li tento stav **delší dobu**, dochází k výraznému **snížení kvality života** a hrozí riziko vzniku a rozvoje závažných duševních onemocnění. Spánek a potřeba spánku a odpočinku jsou pro každého **individuální**. Závisí na denní aktivitě člověka, na fyziologickém stavu organismu, na věku a jiných faktorech. **Nemocný člověk** má **větší potřebu** spánku a odpočinku než člověk zdravý. Každé somatické i psychické onemocnění je provázeno zvýšenou únavou. Nemocný potřebuje více energie na zvládnutí denních aktivit, týkajících se sebepečení, na návrat k normálnímu zdravotnímu stavu. Problémy se spánkem patří mezi nejčastější stížnosti nemocných. Příčinou může být hospitalizace, změna prostředí, nedostatek intimity, klidu.

Spánek - je podle psychologa Maslowa základní lidskou potřebou, je to univerzální projev společný všem bytostem. Spánek je opakovaně se vyskytující stav organismu, charakterizovaný sníženou pohybovou aktivitou a omezenou reaktivitou na vnější podněty, změnou fyziologických funkcí. Je to aktivní a složitý děj daný výsledkem součinnosti několika oblastí v mozku. Spánek je okamžitě vratný děj, čímž se odlišuje od kómatu. Opakem spánku je **bdělost**.

V minulosti se spánek pokládal za typ bezvědomí. Spánek od dávných civilizací fascinoval filozofy, spisovatele, umělce i vědce kvůli své záhadné podstatě a i významu. Pohanský bůh spánku existoval již 3000 let př. n. l. ve starém Egyptě. Ve starořecké mytologii se setkáváme s bohem spánku (**Hypnos**), který byl synem bohyně noci (Nyx) a boha snů (Morfeus). **Spánek** byl celá tisíciletí považován za pasivní děj a ještě Shakespeare považuje smrt za "sestru spánku". V poslední době se spánek definuje jako aktivní děj, funkční stav organismu.

Odpočinek - odpočinkem rozumíme především klid, relaxaci bez emočního stresu a uvolnění napětí a úzkosti. Klid neznamená vždy nečinnost, některé aktivity mohou být uklidňující, např.

procházka, rekreační sport. S potřebou odpočinku spojují lidé prostředí, kde chtějí odpočívat, a činnosti, kterým se chtějí věnovat (četba, hudba, procházka). Klid a pohoda ovlivňují prožívání člověka, navozují pozitivní emoce, které jsou výchozí polohou pro odpočívání.

Předpokladem pro odpočinek je:

- pocit, že mám svoje věci pod kontrolou,
- pochopení ostatních lidí,
- porozumění situaci: vím co se děje,
- klid, pohoda a spokojenost (nejsem znepokojená/ý, podrážděná/ý, necítím bolest),
- vědomí, že mi v případě potřeby někdo pomůže.

Změny ve spánku:

- pokles krevního tlaku,
- zpomalení pulzu,
- nepravidelné zvyšování aktivity gastrointestinálního traktu,
- relaxace svalstva.

Fáze spánku

Spánek je **děj cyklický**. Fyziologové objevili **dva hlavní druhy** spánku. Je to **REM** spánek a **NREM** spánek (non rem). Tyto dvě fáze se během spánku střídají 4x - 5x.

REM spánek:

- vývojově starší, řízen noradrenalinem,
- vyskytují se aktivní sny,
- snížený svalový tonus (napětí), svalové záškuby,
- nepravidelná frekvence dýchání a srdce,
- rychlé pohyby očních bulbů, mírně se zvyšuje metabolismus a tělesná teplota,
- zvyšuje se sekrece žaludečních šťáv,
- REM spánek slouží k regeneraci psychických funkcí,
- z fáze REM se člověk probouzí.

NREM spánek:

- spánek mělčí,
- probuzení z non-rem fáze je nefyziologické, člověk nedosáhne dokonalé regenerace sil, cítí se unavený.

Má 4 fáze:

1) Nejlehčí spánek, člověk je klidný, ospalý. Z této fáze lze člověka lehce probudit. Klesá frekvence srdce a dýchání.

2) Lehký spánek. Zpomalení procesů v organismu. Snadné probuzení. Oční bulby se nepohybují. 40–45 % celkového spánku.

3) Obtížné probuzení. Středně hluboký spánek. Svalová relaxace. Pokles krevního tlaku a tělesné teploty.

4) Hluboký spánek. Frekvence srdce a dýchání klesá. Úplná svalová relaxace. Fáze nastává přibližně za 30–40 minut po usnutí. Období regenerace sil organismu.

Tato čtyři stadia trvají u dospělého přibližně 1 hodinu.

9.2 Faktory ovlivňující spánek

Faktory ovlivňující spánek:

1) Biologicko–fyziologické faktory

- **Věk** - je jedním z určujících faktorů kvantity a kvality spánku. Vedle potřeby spánku a jeho délky se mění v průběhu života také hloubka spánku a spánkové fáze. Spánek u dětí nejranějšího věku je naprosto odlišný od spánku dospělých. Je to dáno především jiným stupněm vyzrálosti centrálního nervového systému. Jeho hodnoty se mění podle věkového období - neexistují velké individuální rozdíly.

- **Nemoc** - nemocný člověk potřebuje více spánku než člověk zdravý, nemoc narušuje normální spánkový rytmus. Z důvodu bolesti, dušnosti, obav před zákrokem, podávání ATB mají nemocní problémy se spánkem. Některé choroby přímo ovlivňují spánek, jeho jednotlivé fáze. Patří sem např. jaterní selhání, encephalitis, deprese.

- **Výživa a hydratace** - kvalitu spánku ovlivňuje snížení či zvýšení hmotnosti, stejně jako nesprávné stravovací návyky (nadměrný příjem potravy před spaním nebo naopak hlad). Nadměrný příjem tekutin před spánkem, pití kávy a alkoholu jsou častou příčinou častého probuzení nebo potíží při usínání.

- **Pohyb a aktivity** - přiměřená pohybová aktivita a pobyt na čerstvém vzduchu usnadňují usínání a ovlivňují délku a kvalitu spánku. Mírná únava přispívá ke klidnému spánku. Únava ovlivňuje i typ spánku. Čím je jedinec, tím je kratší první REM spánek. Nadměrná fyzická zátěž bezprostředně před spánkem problematizuje usínání.

Změna prostředí (pobyt v nemocnici, dovolená) narušuje spánkové stereotypy. Prostředí nemocnice a harmonogram práce na oddělení mohou narušovat odpočinek a kvalitu spánku nemocného.

2) Psychicko–duchovní faktory

Spánek je často narušován negativními emocemi - strachem, úzkostí. Člověk, který prožívá osobní problémy, ztrácí schopnost uvolnění a má potíže s usínáním. Mezi další situace a stavy, které mohou navodit problémy se spánkem, patří:

- stres,
- euforie,
- ztráta blízkých přátel, smyslu života,
- napínavý film, nepříjemný rozhovor před spánkem,
- nuda, nedostatek činnosti, aktivity.

3) Sociálně–kulturní faktory

Patří sem mezilidské vztahy, pracovní a rodinné prostředí. Tyto aspekty jsou vzájemně propojeny s psychicko-duchovními faktory. Patří sem:

- konflikty v partnerském vztahu, na pracovišti
- finanční starosti
- nenaplněná role
- nezaměstnanost atd.

4) Faktory životního prostředí

Zahrnují tzv. „mikrosociální prostředí“ - pokoj nemocného, ložnici, vybavení. Místnost, ve které spíme, je intimní prostor. Její zařízení, poloha, pokojová teplota odpovídají požadavkům a nárokům člověka na klid, spánek, intimitu. Faktory prostředí ovlivňující spánek a odpočinek:

- lůžko a jeho vybavení - matrace, lůžkoviny, umístění lůžka v pokoji,
- hluk,
- světlo,
- teplota a vlhkost vzduchu.

9.3 Poruchy spánku

Poruchy spánku patří k nejčastějším problémům člověka moderní doby. Téměř každý čtvrtý člověk má problémy se spánkem.

Insomnie (Hyposomnie) - nejčastější porucha spánku. Jedná se o nedostatek nebo sníženou kvalitu spánku. Lidé trpící těmito poruchami se po probuzení necítí odpočati. Existují tři typy insomnie:

- iniciální insomnie - problémy s usínáním,
- intermitentní neboli stálá insomnie - narušení kontinuity spánku,
- terminální insomnie - předčasné probuzení.

Insomnie může být výsledkem fyzické bolesti, psychických traumat, stresu, někdy i samotné obavy, zda budu dobře spát, navozují úzkosti, která vyústí v nespavost. Příčinou může být užívání alkoholu, drog, sedativ.

Hypersomnie - nadměrné spaní během dne.

Spánková inverze - obrácený rytmus spaní. Člověk během dne několikrát usne a v noci spát nemůže.

Spánková apnoe - periodické zastavení dýchání během spánku

Narkolepsie - náhlé upadnutí do spánku během dne.

Různé typy chování při spánku:

- somnambulismus - náměsíčnost
- somnilogie - mluvení ze spánku
- bruxismus - skřípání zubů, jehož příčinou je často přetížení a pracovní přepětí,
- enuresis nocturna - noční pomočování,
- noční děsy.

9.4 Ošetřovatelský proces při uspokojování potřeby spánku a odpočinku

a) Ošetřovatelská anamnéza - získání informací

Informace získáváme od klienta, u malého dítěte od rodičů. Zjišťujeme, zda má problém s usínáním, zda má nějaké rituály před spaním, užívá-li hypnotika, sedativa.

b) Ošetřovatelské problémy

- porucha spánku v souvislosti – se změnou prostředí, obavami, bolestí, neuskutečněním spánkových rituálů,



- snížená kvalita spánku v souvislosti s bolestí, se zvýšenou hlučností na oddělení,
- únava, pocit vyčerpání v souvislosti z nedostatku spánku.

c) Ošetřovatelské diagnózy

Znění ošetřovatelské diagnózy dle Kapesního průvodce zdravotní sestry (2001) NANDA taxonomie I k roku 1999.

- Spánek porušený

Definice: Časově omezená porucha délky či kvality spánku (přirozeného pravidelného přerušování vědomí).

- Spánková deprivace

Definice: Delší období bdělosti bez přirozeného spánku.

Znění ošetřovatelské diagnózy dle Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách (2006) taxonomie II k roku 2005.

4. Doména: Aktivita - odpočinek

Třída: Spánek - odpočinek

- 00095 Porušený spánek

- 00096 Spánková deprivace

- 000165 Ochota ke zlepšení spánku

Znění ošetřovatelské diagnózy dle Ošetřovatelské diagnózy – Definice a klasifikace 2012-2014 taxonomie II. NANDA International 2012–2014.

4. Doména: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek - odpočinek

- Nespavost (00095)

Definice: Narušení množství a kvality spánku poškozující fungování (organismu).

- Nedostatek spánku (00096)

Definice: Delší období bez spánku (přetrvávající přirozená, periodická narušení relativního vědomí).

- Snaha zlepšit spánek (00165)

Definice: Vzorec přirozeného, periodického narušení vědomí, který poskytuje adekvátní odpočinek, podporuje požadovaný životní styl a lze jej posílit.

- Narušený vzorec spánku (00198)

Definice: Časově omezené narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů.

d) Cíle ošetřovatelské péče

- klient/pacient má dostatek informací o faktorech ovlivňující spánek,
- klient/pacient má dostatek informací o průběhu léčby,
- klient/pacient má kvalitní spánek a po probuzení se cítí odpočatý.

e) Ošetřovatelské intervence

Desatero spánkové hygieny:

1) Od pozdního odpoledne (4-6 hodin před usnutím) nepijte kávu, černý či zelený čaj, kolu nebo různé energetické nápoje a omezte jejich požívání během dne. Působí povzbudivě a ruší spánek.

- 2) Vynechejte večer těžká jídla a poslední pokrm zařadte 3-4 hodiny před ulehnutím.
- 3) Lehká procházka po večeři může zlepšit Váš spánek. Naopak cvičení 3-4 hodiny před ulehnutím již může Váš spánek narušit.
- 4) Po večeři již neřešte důležitá témata, která Vás mohou rozrušit. Naopak se snažte příjemnou činností zbavit stresu a připravit se na spánek.
- 5) Nepijte večer alkohol, abyste lépe usnuli - alkohol kvalitu spánku zhoršuje.
- 6) Nekuřte, zvláště ne před usnutím a v době nočního probuzení. Nikotin také organismus povzbuzuje.
- 7) Postel i ložnici užívejte pouze ke spánku a pohlavnímu životu (odstraňte z ložnice televizi, v posteli nejezte, nečtěte si a přes den ani neodpočívajte).
- 8) V místnosti na spaní minimalizujte hluk a světlo a zajistěte vhodnou teplotu (nejlépe 18-20 °C).
- 9) Uléhejte a vstávejte každý den (i o víkendu) ve stejnou dobu \pm 15 minut.
- 10) Omezte pobyt v posteli na nezbytně nutnou dobu. V posteli se zbytečně nepřevalujte, postel neslouží k přemýšlení.

U déle trvající spánku je nutno vždy navštívit lékaře. Je nezbytné totiž vyloučit jiná onemocnění, jež vedou k nespavosti.

10 Aktivita, pohyb, soběstačnost - posuzování, plánování a realizace ošetřovatelské péče při uspokojování potřeby

Literatura:

- BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.
- DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. 1. vyd. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-294-8.
- MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka, FROŇKOVÁ, Marie, HERMANOVÁ, Renáta, ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I. aktual. a doplň. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
- HERDMAN, T. Heather. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.
- VOJTEKOVÁ, Ivana a kolektiv. *Vybrané kapitoly z ošetrovatel'stva pro študentov všeobecného lekár'stva*. 1. vyd. Bratislava: Asklepios, 2010. ISBN 978-80-7167-152-7.
- KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora, OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. ISBN 80-217-0528-0.
- TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-285-X.

10.1 Pohyb a aktivita

V současnosti je nutné se ptát, zda tělesná aktivita, přiměřená fyzická zdatnost a kondice nejsou v dnešní době vlastně přežitkem minulosti. Máme auta, výtahy, pračky, myčky, většinu práce za nás vykonávají stroje či automaty. Odpověď na otázku nalezneme možná v daleké minulosti. Termín kalokagathie pochází z antiky a vyjadřuje ideální souhrn duševních a tělesných sil. Hippokrates před dvěma tisíci lety řekl, že všechny části lidského těla, pokud jsou k funkci určeny, potřebují tuto funkci k růstu a vývoji i k provádění této funkce. Pokud funkce chybí, dochází k onemocnění.

Galenos se vyjadřoval podobně a navíc říkal, že denní režim musí být takový, aby povzbuzoval tělo. Komenský přirovnával život k ohni a pohyb ke vzduchu - bez vzduchu oheň jen slabě plápolá a nehoří, bez pohybu člověk nežije, ale živoří.

Význam tělesné aktivity pro člověka:

Dostatečná pohybová aktivita a přiměřená fyzická kondice mají pro organismus mnohostranný význam:

a) zlepšují zdravotní stav,

- uvolňují duševní napětí,
- zlepšují spánek,
- zpevňují pohybový aparát,

b) chrání před nemocemi,

- snižují riziko infarktu myokardu,
- udržují optimální hmotnost, brání obezitě,
- snižuje, nebo odstraňuje bolesti pohybového aparátu,
- brání vzniku neuróz, úzkostných stavů a depresí,

c) zvyšují výkonnost orgánů,

Pravidelné a dlouhodobé cvičení vede postupně k přizpůsobení jednotlivých orgánů na zvýšené nároky, což vede k vyšší tělesné zdatnosti, k větší tělesné kondici. Vlivem dlouhodobého cvičení dochází k:

- lepší prokrvení kůže,
- zlepšení plicní ventilace,
- lepší hybnost kloubů,
- udržení a růstu svalové síly,

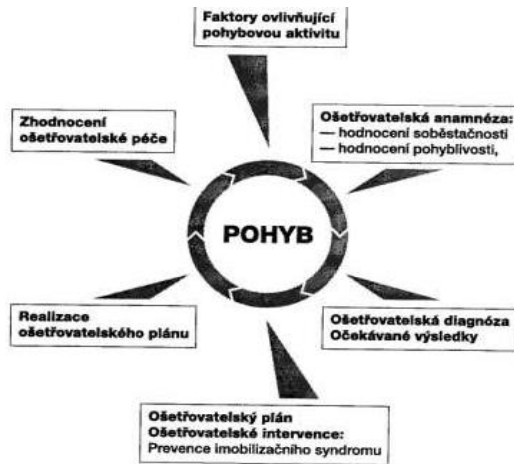
d) navozují pozitivní emoce a zlepšují duševní zdraví,

- cvičení uvolňuje duševní napětí,
- je prostředkem relaxace,

e) prodlužuje délku života,

Délka života je prokazatelně delší u průměrně zdatných jedinců než u jedinců málo zdatných. Úmrtnost u lidí s malou pohybovou aktivitou je asi dvojnásobně vyšší.

Obrázek 1 Pohyb a tělesná aktivita v ošetřovatelském procesu



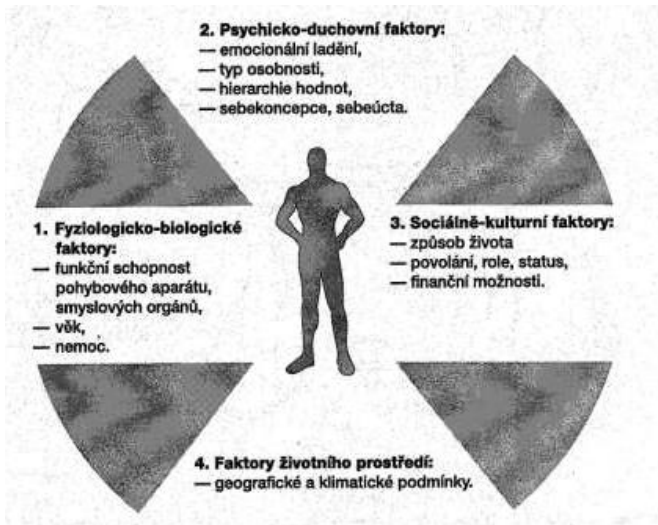
Zdroj: Trachtová, 1999, s. 28

10.2 Faktory ovlivňující pohyb a tělesnou aktivitu

Potřeba pohybu a tělesné aktivity:

Pohyb je biologickou potřebou všech živých bytostí, u člověka je potřeba pohybu vyjádřena jinak než u zvířat. Člověk na **rozdíl od zvířete může pohybovou aktivitu ze svého života zcela vypustit**. Psychická odezva neuspokojené potřeby pohybu nemusí být u mnoha jedinců dramatická. Mnoho lidí v **současném civilizovaném a přetechizovaném světě se téměř nepohybuje**. Do zaměstnání nechodí pěšky, ale jezdí autem, nechodí po schodech, ale používají výtah. Celý svůj život tráví vsedě, a pokud se nevěnují pohybové aktivitě ve volném čase, jejich tělesná zdatnost je téměř nulová. Podobně jako u ostatních biologických potřeb má každý člověk individuální nároky na kvantitu pohybové aktivity i na způsob, jak potřebu uspokojit. Rozdílná bude také psychická odezva na neuspokojenou potřebu pohybu. Pohyb je život, ale mnoho lidí vlivem neuspokojené potřeby pohybu duševně nestrádá. Pro jiného člověka je pohyb prostředkem relaxace, pozitivního emocionálního ladění a prostředkem zachování se tělesného zdraví a duševní pohody. Schopnost pohybovat se volně, lehce, rytmicky a účelně v prostředí je základním atributem života. Lidé se musí pohybovat, aby získali potravu a vodu, chránili se před poraněním a zabezpečovali si další základní potřeby. Pohyblivost je základem nezávislosti.

Obrázek 2 Faktory ovlivňující pohyb a tělesnou aktivitu



Zdroj: Trachtová, 1999, s. 29

a) Fyziologicko-biologické faktory:

Pohybový aparát – svaly (aktivní pohybový aparát) a kosti, chrupavky a tkáně (pasivní pohybový aparát) umožňuje harmonickou souhrou každou aktivitu, kterou zahrnujeme pod pojem – pohybovat se. Svaly řízené CNS uvádějí do pohybu klouby, které vykonávají pohyby na základě zákonitostí mechanicky. Pohybový aparát může vykonávat v každé rovině dva pohyby. Trojrozměrnost prostoru umožňuje tedy **celkem šest základních pohybů:**

- **extenze – flexe,**
- **abdukce – addukce,**
- **pronace – supinace.**

Ze šesti základních pohybů se skládá tělesná aktivita, **bez které není možná žádná aktivita denního života** (hygiena, oblékání, výživa, pití, dýchání, vyprazdňování atd.), **žádná lidská činnost** (chůze, obsluha strojů, řízení motorového vozidla, příprava jídla, psaní atd.). Poruchy v oblasti pohybové aktivity ukazují na mnohostrannost různých životních omezení. Pohybovat se znamená také měnit polohu, zahrnuje v sobě aktivitu duševní. Pohyblivost a flexibilita (v nejširším slova smyslu) jsou kritéria pro výkon mnoha profesí.

Fyziologie hybnosti:

Pohybový projev člověka je vysoce organizovaná funkce, která zajišťuje vzpřímenou polohu, anebo změnu polohy, získávání potravy, rozmnožování, práci. Je spjata s psychickou činností, neboť řeč mluvená i psaná, gestikulace, mimika obličej je pohybové aktivity, které jsou úzce propojeny s činností a rozvojem psychiky. Činnost kosterního svalstva je řízena jako celek, na řízení se podílí všechny úseky CNS. Základem veškeré hybnosti je svalový tonus, zajišťovaný činností páteřní míchy.

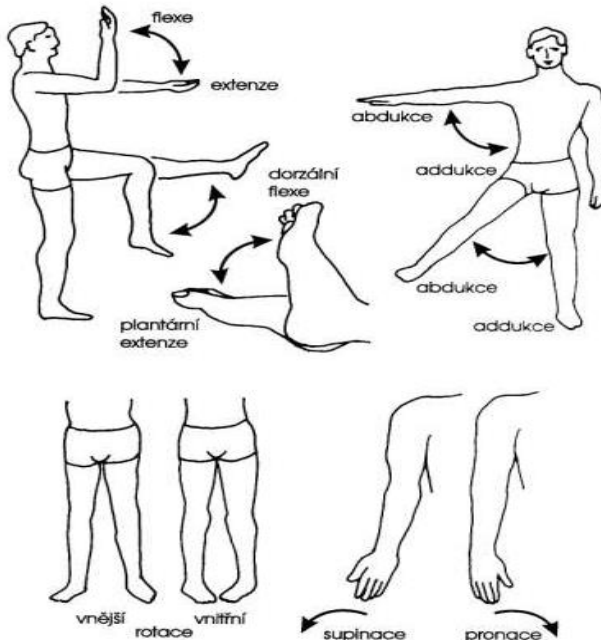
Pohybový systém můžeme rozdělit na:

Opěrný motorický systém - (postojové a vzpřimovací reflexy) řízený retikulární formací, statokinetickým čidlem, vestibulárním a spinálním mozečkem.

Pohybový motorický systém - (úmyslné pohyby) řízený mozkovou kůrou, bazálními ganglii, cerebrálním mozečkem.

Všechny nervové vlivy se uplatňují prostřednictvím míšních motoneuronů nebo motoneuronů jednotlivých hlavových nervů. Bez činnosti primárních motorické oblasti není možný úmyslný pohyb, bez nižších oblastí mozku jeho přesné a jemné řízení.

Obrázek 3 Základní pohyby



Zdroj: Trachtová, 1999, s. 30

Mechanika těla

Správná mechanika těla je efektivní, koordinovaná a bezpečná funkce těla při postoji, pohybu a udržování rovnováhy během aktivity. Správně provedený pohyb usnadňuje funkci kosterněsvalového systému, snižuje množství energie nutné k pohybu a udržení rovnováhy a tím zmenšuje únavu a riziko poranění. **Hlavním cílem** správné mechaniky těla je **umožnit bezpečné a efektivní použití vhodných svalových skupin**. Mechanika těla zahrnuje **postoj** (stání, sezení), **udržování rovnováhy, koordinovaný pohyb** (chůzi, zvedání předmětů atd.). Správná mechanika těla je také prevencí proti možným poraněním, namožením a únavě.

Vývojové faktory

Vývoj člověka a proces stárnutí organismu znamenají pohyb. **Věk** jedince, **stadium vývoje** jsou pro hodnocení pohybu a aktivity významné.

Zdravé dítě: je v neustálém pohybu, díky němu se rozvíjí jak po fyzické, tak po psychické stránce, rozvíjí jemnou motoriku, poznává své nejbližší okolí. Nově osvojený pohyb u kojence (např. ležení) umožňuje širší poznávací aktivity, nabízí nové podněty, a tím významně přispívá k rozvoji kognitivních procesů. Nedostatek pohybu a s ním spojená absence podnětů

z okolního prostředí negativně ovlivňují psychomotorický vývoj dítěte. Každé další vývojové období dítěte má svoje specifika v oblasti pohybového vývoje. Pohybový vývoj je vždy spojený s vývojem tělesným, s osvojováním si určité formy pohybu (např. batolecí období je významné pro rozvoj a zdokonalování chůze). S postupným rozvojem pohybové aktivity se dítě vzdaluje od matky, postupně se osamostatňuje.

Dospívající: cítí se plný síly, slouží jako relaxace, odreagování se, u chlapců sport, u dívek většinou tanec. Pohyb napomáhá vytváření sebecitu, který je základem sebekoncepce a je prostředkem prezentace sebe sama. Zvýšená pohybová aktivity je u pubescentů střídána únavou. Příčinou je nedokončený vývoj pohybového aparátu, nedostatečná svalová síla.

Dospělý: je schopen zhodnotit a posoudit svoje pohybové schopnosti, pohyb je stále základní potřebou, ale jak již bylo uvedeno v úvodu, potřeba pohybu u jednotlivce je individuální a individuální bude tak psychická odezva neuspokojené potřeby. Důležitý je pravidelný pohyb a tím i pěstování fyzické zdatnosti.

Tělesná konstituce člověka ovlivňuje pohybové schopnosti a jeho tělesnou aktivitu. Podle tělesné konstituce rozeznáváme několik typů:

- **Leptosomní, astenický typ** je křehký, hubený, šlachovitý člověk, pohybuje se lehce a rychle.
- **Atletický typ** je dobře stavěný, vzpřímený, svalnatý, aktivní, sportovec, pohybuje se rád, hodně, snadno.
- **Pyknický typ** je středně veliký, zavalitý, se širokým obličejem na krátkém krku, je málo pohyblivý.

Smyslové orgány a jejich funkční schopnosti mají velký význam pro pohybové schopnosti i možnosti člověka. Pohyb se uskutečňuje za aktivní účasti smyslových orgánů (mluvíme o senzomotorické koordinaci). Smyslové deficity, zejména v oblasti zrakového, ale i sluchového vnímání omezují pohybové schopnosti člověka.

Nemoc a pohybová aktivita

Ke změnám pohybové aktivity dochází nejčastěji při onemocnění pohybového aparátu tj. při poruchách kosterně-svalových a neuro-svalových. Onemocnění jiných systémů (srdečně-cévního, dýchacího, gastrointestinálního atd.) dále diagnostické a terapeutické výkony (lumbální punkce, operace) mohou určitým způsobem změnit normální pohybovou aktivitu.

b) Psychické a duchovní faktory

Pohyb má vliv na duševní pohodu člověka, na jeho náladu, emocionální ladění. Pohyb uvolňuje napětí, je prostředkem relaxace, regenerace sil. Při pohybu se uvolňují endorfiny (hormony štěstí) a tak má pak člověk po sportu dobrou náladu.

Temperamentové vlastnosti vyjadřují dynamiku psychických funkcí a vypovídají mnoho také o fyzické aktivitě člověka:

Způsob pohybu ovlivňuje typ osobnosti člověka:

- Sangvinik se pohybuje lehce.
- Cholerik rychle a mohutně.
- Flegmatik pomalu a rozváženě.
- Melancholik se pohybuje klidně a nedůvěřivě.

Hierarchie hodnot je důležitou charakteristikou osobnosti člověka, vyjadřují postoj člověka

k materiálním i duchovním hodnotám. Pohybová aktivita je spojená s krásou lidského těla, jejíž význam je pro každého člověka zcela specifický.

Schopnost pohybu ovlivňuje sebekoncepci a sebeúctu člověka, celkový vzhled jeho těla. U většiny lidí je **sebeúcta závislá na pohybu samostatnosti a užitečnosti**, popř. potřebnosti své existence. Lidé s poruchami hybnosti mohou mít pocit bezmocnosti a mohou se cítit zbytečnými, mohou mít dojem, že druhé obtěžují. Vzhled těla se může změnit paralýzou, amputací nebo jiným poškozením motoriky. Také reakce jiných lidí na poruchu mobility mohou negativně ovlivňovat psychiku člověka. Nedostatečná pohybová aktivita, nedostatek energie, zvýšená únavnost jsou typickým projevem chování a jednání u člověka se sníženou **sebeúctou** a s poruchou **sebekoncepce**.

c) Sociálně-kulturní faktory

Temperament lidí v různých částech světa, např. jižních zemí (např. Itálii), obyvatelů na severu a také srovnání temperamentu lidí východních a západních zemí světa.

Dalším aspektem je **status a role jedince** (např. vlastnictví auta vyjadřuje určitou prestiž, ale ve svém důsledku vede k pasivitě jedince. Volný čas lze trávit aktivně (sportovat), ale je také důležité umět odpočívat. **Způsob odpočívání by měl odpovídat typu zaměstnání**. Duševně pracující člověk bude odpočívat aktivně – při sportu, práci na zahradě. Jedinec, který vykonává ve svém zaměstnání náročnou fyzickou práci, bude odpočívat při poslechu hudby, četbě, sledovat televizi atd.

d) Faktory životního prostředí

Geografické a klimatické podmínky ovlivňují aktivitu člověka. Je zřejmé, že v horku se lidé méně, popř. pomaleji pohybují než při chladném počasí. V horkých krajích jsou lidé přinuceni k vyšší pohybové aktivitě než v nížinách. Dále záleží na tom, zda žijete ve městě nebo na vesnici, v bytě nebo v rodinném domě se zahradou.

10.3 Poruchy hybnosti, postoje, sedu, chůze a soběstačnosti

Poruchy hybnosti

Týkají se poruch **postoje, polohy, chůze a koordinace**. Poloha nemocného: aktivní a pasivní, záleží na zdravotním stavu pacienta. Dále můžeme polohu dělit na tzv. **vynucenou neboli úlevovou**, zaujímá ji pacient, aby zmírnil bolest, zlepšil funkci některých činností (dýchání).

Nejnámější vynucené polohy jsou:

- **poloha ortopnoická** (vzpřímen) - nemocný při ní usedá na lůžko, spouští dolní končetiny z lůžka, někdy i lůžko opouští, zaujímá polohu vsedě nebo ve stoje, mírně předkloněn, rukama se při tom opírá o podložku,
- **na boku** – hlavně u bolesti břicha a plic,
- **na břiše** – zaujímá nemocný s chorobami dutiny břišní, v bolestivém stadiu vředové choroby žaludku a duodena,
- **opistotonus** – je vynucená poloha, kdy nemocný leží na zádech nebo na boku, hlavu má zvrácenou do polštáře, páteř je obloukovitě prohnutá, nohy mírně flektovány v kolenou (nemocný je prohnutý jako luk), tato poloha se objevuje při tetanu nebo při zánětu mozkových blan atd.

Imobilizační syndrom

Důležitou součástí komplexní léčby akutní fáze každé choroby je **klid na lůžku**. Pokud klid na lůžku trvá příliš dlouho, může mít i své negativní důsledky, které mohou být nakonec závažnější než původní onemocnění. Již za několik hodin úplného klidu na lůžku se začínají projevovat změny v pohybovém a oběhovém systému, postupně se přidávají i další orgánové systémy (dýchací, nervový, zažívací, kožní, močový).

Zcela zřetelné patologické změny se vyvinou během 7–10 dnů. Imobilizační syndrom je soubor poškození, které jsou způsobeny dlouhodobým pobytem a klidem na lůžku:

Syndrom z inaktivity – sekundární porucha, jejíž příčina je v nehybnosti, či snížené aktivitě. Poruchy mohou být: psychické a fyzické.

Příčiny imobilizačního syndromu:

- silná bolest,
- poruchy nervového, kosterního, svalového systému,
- celková slabost (např. změny stavu vědomí),
- psychosociální problémy (deprese),
- infekční procesy,
- věk.

Postižené systémy:

- a) pohybový aparát,
- b) kardiovaskulární systém,
- c) respirační systém,
- d) močový systém,
- e) zažívací systém,
- f) kůže,
- g) nervový systém,
- h) celkový metabolismus.

Pohybový aparát:

- úbytek svalové síly až o 20 % za 1 týden,
- pokles svalové hmoty – atrofie svalů,
- osteoporóza – řídnutí kostí – začíná již za dva týdny po upoutání na lůžko,
- demineralizace kostí – vyplavování vápníku z kostí – již 2.–3. den,
- ankylóza kloubů – ztuhnutí kloubů,
- kontraktury flexorů – hlavně na dolní končetině.

Kardiovaskulární systém:

- snižuje se výkonnost,
- tepová frekvence se zvyšuje za každý den o 0,5 úderu/min,
- ortostatická hypotenze – pokles krevního tlaku při posazení či postavení po delším upoutání na lůžko,
- nedostatečnost žilních chlopní – dochází ke stáze krve – tzv. **hydrostatický edém** – u sedícího člověka se objevuje v křížové oblasti nebo na patách; u člověka, který má nohy z lůžka – dochází k otokům na DK,
- tromboflebitida – vznik krevních sraženin, které se zanítí – nebezpečí embolie.

Respirační systém:

- mělké dýchání,
- stagnace hlenu,
- hypostatická pneumonie,
- atelektáza plic – kolaps plicního laloku nebo celých plic.

Zaživací systém:

- zácpa (obstipace),
- zpomalení peristaltiky,
- vyprazdňování vleže, bez dostatku soukromí,
- paradoxní průjem (zatvrdlá stolice – skybala, tekutá část se protlačí).

Metabolický a výživový systém:

- nerovnováha mezi katabolismem a anabolismem – vylučuje se více dusíku, jehož zdrojem je katabolizovaná (odbourávaná) svalová hmota,
- ztráta chuti k jídlu – anorexie,
- snížení bílkovin v krevní plazmě – přesun tekutin – otoky.

Močový systém:

- v počátcích – zvýšené množství moče s dočasným zvýšeným vylučováním sodíku;
- postupně se tvorba moči snižuje – koncentrovaná,
- v ledvinách a močovém měchýři se moč díky gravitaci hromadí – stáza moči,
- vznik ledvinových kamenů (kalciové soli),
- retence moči, inkontinence,
- infekce močového systému (např. při katetrizaci).

Nervový systém:

- snížení podnětů z okolí (prostředí),
- změny smyslového vnímání, snížené vnímání těla, není dostatek podnětů,
- různé reakce – neklid, dráždivost, zmatenost, ospalost.

Psychosociální reakce:

- snížená motivace učit se a řešit problémy,
- snížené vnímání času a prostoru,
- zvýšený pocit bezmoci,
- snížená schopnost rozhodování, koncentrace nebo zvládnání problému,
- zhoršený spánek.

Kožní systém:

- snižuje se elasticita,
- vznikají dekubity (na predilekčních místech).

Prevence tromboembolických komplikací:

- prevencí je zrychlení toku krve v dolních končetinách a v malé pánvi,
- včasné vstávání,
- bandáže dolních končetin (nesmí být u ICHDK),
- podpora svalové pumpy (masáže atd.),
- poloha nemocného – správné podložení dolních končetin,
- pravidelné aktivní či pasivní cvičení s dolními končetinami atd.

Dekubitus:

Dekubitus je poškození tkáně (**místní nekróza**) vznikající dlouhodobým působením tlaku (kost proti podložce), které vede k nedostatečnému prokrvení až k odúmrtní tkáně (kůže, podkoží, svalstva).

Klíčové rizikové faktory:

- tlak brání průtoku krve kapilárami, sval a podkožní tkáně jsou více náchylné k ischemii než kůže,
- tření kůže po jiném povrchu – vznikají mikrotraumata,
- střížné síly – pohybují se proti sobě vrstvy kůže s podkožím a svaloviny; dochází k natažení a zúžení cév, čímž dochází k ischemizaci v postižené oblasti,
- vlhkost – vznikající z inkontinence nebo pocení, může vést k maceraci kůže a snižuje se odolnost kůže.

Velmi rizikové faktory:

- vysoký věk,
- traumatické poranění mozku,
- traumatické poranění míchy,
- neuro-svalové poruchy.

Přidružené faktory:

- nepohyblivost,
- nedostatečná výživa,
- inkontinence moče a stolice,
- změna úrovně vědomí,
- chronická onemocnění,
- zlomeniny (znehýbnující obvazy).

Poruchy pohybu, postoje a chůze

a) Postoj

Porucha ve správném držení těla může být organická (onemocnění pohybového aparátu), nebo psychická (stres a napětí)

Postoj člověka může být:

- strnulý,
- disharmonický,
- nejistý.

b) Sed

Může být změněn nebo znemožněn onemocněním kloubů, také ztrátou držení těla v důsledku onemocnění páteře, parézy, ale i z psychických příčin - depresí a psychózou.

Pod pojmem vadné držení těla jsou zahrnuty změny páteře: kyfóza, lordóza, skolióza.

Vážná poškození se objevují vždy celkově a jejich důsledkem je deformace postavy.

c) Pohyb, chůze

Tzv. přestřelující pohyby jsou způsobeny centrální poruchou, vyskytují se ale také při nervozitě, stresu nebo u duševně nemocných. Nejvíce patrné jsou u pohybů ruky a dále při chůzi (u nemocných s jaterní cirhózou).

Stereotypní pohyby - je stále stejné opakování určitých (bezvýznamných) pohybů, např. pohybů hlavy, jsou příznakem psychických onemocnění.

Omezená pohyblivost - vzniká v důsledku onemocnění pohybového aparátu - svalů, šlach, kloubů. Svaly mohou být oslabeny lokálně (při dlouhé imobilitě) nebo centrálně (při spastických nebo chabých obrnách).

Pohybové ochuzení - znamená mimovolní i volní omezení hybnosti, poruchu koordinace, pomalost. Nepohyblivost, strnulost je projevem těžkých depresí. Křečovitě, strnulé pohyby mohou být výrazem duševního napětí, stresu a duševní nepohody.

d) Křeče

Jsou mimovolné svalové stahy spojené se zvýšeným svalovým napětím a svalovou ztuhlostí. Mohou postihnout jednotlivé svaly, svalové skupiny nebo všechny svaly. Dojde-li k výraznému napětí svalstva, označujeme křeče jako tonické, opakované stažení (záškuby) označujeme jako křeče klonické. Velmi často se vyskytuje kombinace obou jevů, to pak označujeme jako tonicko-klonické.

Tonické křeče:

- Tetanie - je tonická křeč svalů ruky, při které se palec a prsty spojují v tzv. porodnickou ruku. Vzniká při poklesu hladiny vápníku v krvi.
- Trismus - je tonická křeč žvýkacího svalstva.
- Opistotonus - je tonická křeč zádového a šíjového svalstva.
- Lýtková křeč (crampus) - vzniká nejčastěji při lokální hypoxii lýtkového svalu.

Klonické křeče:

- Choreatické pohyby - bezděčné svalové záškuby v klidu a zvláště při aktivních pohybech, postihují zejména horní končetiny a mimické svalstvo.
- Myoklonie - jsou svalové záškuby, které se liší svým rozsahem i frekvencí. Mohou postihovat jednotlivé svalové snopce až celé svalové skupiny s výrazným pohybovým efektem.
- Tonicko-klonické křeče - se objevují při velkém záchvatu epilepsie, u eklampsie, tetanu, otravy strychninem. Po krátkém stádiu tonických křečí, které postihují svalstvo celého těla, dochází za několik sekund k rytmickým klonickým křečím velkých svalových skupin. Mezi další poruchu hybnosti patří extrapyramidový syndrom hypertonicko-hypokinetický, tzv. **Parkinsonův syndrom**. Vyskytuje se u nemocných postižených aterosklerozou, po léčbě ganglioplegiky, při intoxikaci CO, po encefalitidě. Příčinou je degenerace, atrofie a zánik buněk v substantia nigra ve středovém mozku. K hlavním příznakům patří zvýšené svalové napětí a snížená hybnost. Manifestuje se buď na jednotlivé polovině těla, nebo častěji postihují celé tělo.

Charakteristické znaky:

- Zvýšení svalového tonu, který často znemožňuje aktivní hybnost.
- Klidový třes, který postihuje zvláště akrální části (ruce, hlava, rty). Třes ve směru – ano - ne. Třes se zhoršuje při emoci, mírní při pohybu, mizí ve spánku.
- Porucha koordinace pohybových automatismů - chybí souhyby paží při chůzi, kroky jsou krátké a šouravé, velmi obtížná změna směru chůze.
- Hipomimie - trvale neměnný výraz obličeje, dlouhodobé přetrvávání mimických změn, např. pláče.
- Zpomalení psychických pochodů.

e) Obrny

Jsou organicky podmíněné poruchy svalové hybnosti. Neúplná obrna se označuje jako paréza, úplná jako plegie. Podle příčin se obrny rozdělují na centrální a periferní. Centrální obrna vzniká při patologickém procesu v oblasti pyramidové dráhy (traumatické změny, nádor, krvácení):

periferní obrna - má příčinu v porušení motorického neuronu, tj. při procesu, který postihuje buňky předních míšních rohů,
monoparéza - plegie - postižení jedné končetiny,
hemiparéza - plegie - postižení poloviny těla,
kvadruparéza – plegie - postižení všech čtyř končetin,
paraparéza – plegie - postižení obou dolních končetin.

f) Poruchy citlivosti ve směru zvýšení a snížení

Zvýšená citlivost:

- hyperestezie - zvýšené vnímání jemných i podprahových podnětů,
- dysestezie - zvrácené vnímání podráždění,
- parestezie - vnímání nenormálních pocitů.

Snížená citlivost:

- hyperestezie - snížení citlivosti na zevní podněty,
- anestezie - úplná necitlivost na zevní podněty,
- hypalgezie - snížené vnímání bolestivých podnětů,
- analgezie - vymizení vnímání bolesti.

Soběstačnost

Vyjadřuje míru samostatnosti či participace člověka při vykonávání každodenních aktivit. Je to schopnost jedince uspokojit své potřeby. Porucha hybnosti omezuje schopnost sebepečce a soběstačnosti.

Samostatnost např. při:

- otáčení se a zvedání na lůžku,
- jídle a pití,
- osobní hygieně,
- vyprazdňování,
- oblékání,
- spánku,
- odpočinku,
- schopnost přesunu do křesla, do auta, do vany,
- podání si věcí z nočního stolku.

Porucha soběstačnosti - související faktory:

- neuromuskulární postižení,
- metabolické, endokrinní poruchy,
- poruchy vidění např. glaukom, katarakta, diabetická nebo hypertenzní retinopatie atd.,
- percepční nebo kognitivní postižení,
- slabost, únava, chybějící motivace,
- imobilita,
- trauma,

- nefunkční nebo chybějící končetina,
- bariery dané prostředím,
- pevná fixace, dlaha, trakce, dýchací přístroj,
- periferní žilní katetry,
- permanentní močové cévky, chirurgické výkony např. osteosyntéza, tracheostomie, gastrostomie, ileostomie, operační výkony obecně,
- poruchy vidění, kognitivní deficit atd.,
- děti - kojenecký, batolecí věk,
- staří lidé - snížení vizuálních i motorických funkcí, demence.

10.4 Ošetřovatelský proces u pacienta-klienta při upokožování potřeby pohybu, aktivity a soběstačnosti

Posouzení:

a) vyšetření hybnosti pacienta

Hybnost jednotlivých částí pohybového aparátu je základním anamnestickým údajem. Vyšetření předpokládá znalost fyziologické pohyblivosti v jednotlivých kloubech, s kterou jsou porovnáním zjištěné údaje.

Při vyšetření kloubní hybnosti požádáme pacienta, aby pohyboval určitými částmi těla. Při pohybu v kloubu sestra hodnotí:

- stupeň pohybu v kloubu,
- těžkosti, které pacient při pohybu pociťuje,
- otok, popř. zčervenání,
- svalstvo příslušného kloubu, velikost a symetrii svalů na každé straně těla,
- tolerance pohybu u nemocného.

Rozsah pohybu v kloubu se u nemocného zjišťuje v poloze vleže nebo ve stoje. Před vyšetřením je nutné se přesvědčit, zda oděv nemocného neomezuje pohyb, popř. nezakrývá kloub. Vyšetření nesmí nemocného příliš unavovat, pohyby je nutné vykonávat hladce, pomalu a rytmicky, kloubem nesmíme pohybovat násilně.

b) hodnocení sebezpečí a soběstačnosti nemocného

Schopnost člověka pohybovat se, být aktivní je základním kritériem pro posuzování a hodnocení úrovně sebezpečí a soběstačnosti. Podrobnosti ve studijní opoře **Studijní opory - 4.5 Faktory soběstačnosti**.

Pohybové omezení, změna, popř. porucha hybnosti mění způsob vykonávání denních činností (hygiena, vyprazdňování atd.) narušují sebezpečí člověka. Podrobnosti ve studijní opoře **Studijní opory - 4.1 Soběstačnost a sebezpečí**.

Člověk se změnou hybností se stává částečně nebo zcela nesoběstačný. Podrobnosti ve studijní opoře Podrobnosti ve studijní opoře **Studijní opory - 4.2 Testy a hodnocení sebezpečí a soběstačnosti nemocného**.

c) rozhovor s nemocným

Otázky pro posouzení polohy nemocného na lůžku a pohybové aktivity:

Na jakém lůžku doma spíte?

Používáte nějaké pomůcky při změně polohy na lůžku?



Poskytuje Vám lůžko v nemocnici dostatečné pohodlí?
Jaký čas trávíte v této fázi onemocnění v lůžku?
Je zařízení lůžka dostatečně a vyhovující (polštář, přikrývka, pomocná zařízení lůžka atd.)?
V jaké poloze doma spíte (na zádech, na boku, na břiše)?
Můžete v nemocnici měnit sám polohu na lůžku?
Vyhovuje Vám poloha, v které ležíte (popř. musíte zaujímat)?
Co může sestra udělat pro zlepšení polohy, pro Vaše pohodlí?
Jak hodnotíte svoji tělesnou kondici?
Máte dostatek životní síly a energie?
Máte pravidelnou pohybovou aktivitu, jakou, jak často?
Jak trávíte svůj volný čas?
Myslíte si, že dobrá tělesná kondice a pravidelné cvičení jsou pro zdraví důležité?
Máte nějaké problémy v poloze vsedě, při změně polohy (vstávání z lůžka), při chůzi?
Máte vadné držení těla? Jaké?
Trpíte bolestmi zad, kloubů? Pokud ano, upřesněte své údaje.
Prodělal jste nějaký úraz, onemocnění pohybového aparátu?
Máte problémy v oblasti pohybu a aktivity v nemocnici?
Máte dostatek pohybové aktivity při pobytu v nemocnici?
Cítíte se bezpečný při změně polohy (vstávání z lůžka), při chůzi?
Používáte při chůzi nějaké pomůcky?

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I taxonomie II dle NANDA INTERNATIONAL, 2013. Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012-2014. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

Doména 4 Aktivita odpočinek

Třída 5: Sebepéče

- Zhoršené udržování domácnosti (00098)
- Snaha zlepšit sebepéči (00182)
- Deficit sebepéče při koupání (00108)
- Deficit sebepéče při oblékání (00109)
- Deficit sebepéče při stravování (00102)
- Deficit sebepéče při vyprazdňování (00110)
- Zanedbávání sebe sama (00193)

Podrobnosti ve studijní opoře **Studijní opory - 4.6 Ošetřovatelský proces u pacienta s narušenou sebepéčí.**

Doména 4 Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

- Riziko syndromu nepoužívání (00040)
- Zhoršená pohyblivost na lůžku (00091)
- Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)
- Zhoršená pohyblivost na vozíku (00089)
- Zhoršená schopnost přemisťovat se (00090)
- Zhoršená chůze (00088)

Ošetřovatelská diagnóza:

Riziko syndromu nepoužívání (muskuloskeletárního systému) (00040)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

Definice: Riziko zhoršení tělesných systémů následkem předepsané nebo nevyhnutelné muskuloskeletární nečinnosti.

Rizikové faktory:

- předepsaná imobilizace,
- silná bolest,
- ochrnutí,
- změněná úroveň vědomí,
- mechanická imobilizace.

Ošetřovatelské intervence:

- posouzení příčin a vyvolávajících faktorů:

- urči diagnózu přispívající k nehybnosti (např. fraktura),
- všimni si individuálních rizikových faktorů a aktuální situace (např. chirurgický výkon).

- posuďte funkční schopnost:

- klasifikuj funkční úroveň (1 - vyžaduje podpůrné pomůcky, 2 - vyžaduje pomoc další osoby, 3 - vyžaduje pomoc další osoby i pomůcky zároveň, 4 - závislý, neschopen samostatných pohybů),
- pátrej po komplikacích z nepohyblivosti.

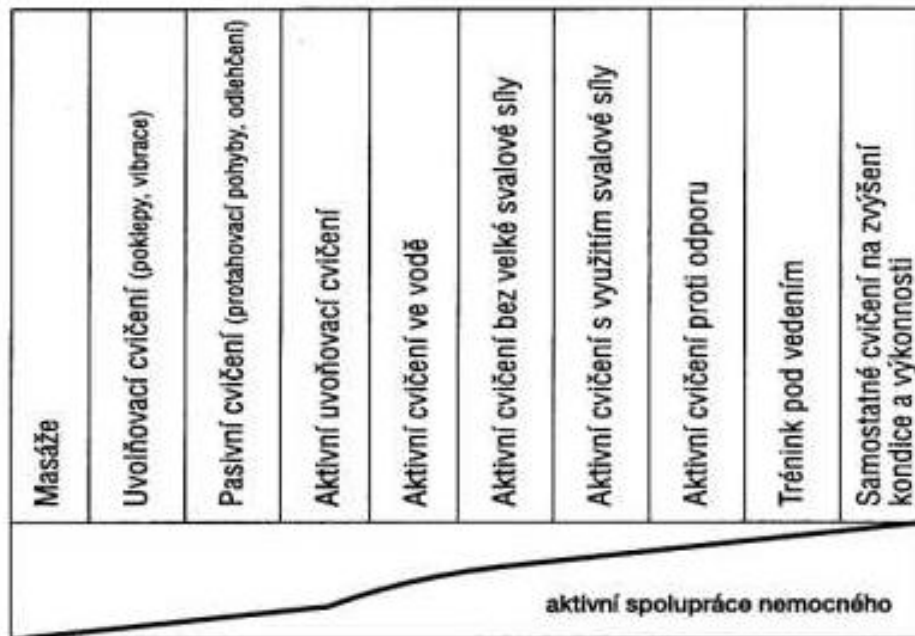
- podpora optimální funkce prevence komplikací:

- pravidelně měň polohu pacienta s využitím vhodné podpory, dbej na správnou polohu pacienta,
- pátrej po lokálním zčervenání nebo otlaku kůže,
- asistuj při potřebě použití podložní mísy,
- analgetika dle ordinace lékaře podávej před aktivitou,
- všímej si změn ve schopnosti sebeobsluhy, aby se mohla přizpůsobit péče,
- pomáhej při hygienické péči a vyprazdňování,
- zajisti dostupnost zvonečku.

- posílení zdraví:

- pobízej nemocného ke cvičení pro zachování a posílení síly a ovládnání svalů,
- ukaž pacientovi, jak správně podpůrné pomůcky používat a jak je udržovat v dobrém stavu.

Obrázek 4 Aktivní a pasivní cvičení jako součást kondičního cvičení



Zdroj: Trachtová, 1999, s. 48

Ošetřovatelská diagnóza:

Zhoršená pohyblivost na lůžku (00091)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

Definice: Omezení nezávislého pohybu na lůžku z jedné polohy na druhou.

Určující znaky:

- zhoršená schopnost pohybu z delšího sedu do polohy na zádech,
- zhoršená schopnost pohybu z polohy na břicho do polohy na zádech,
- zhoršená schopnost pohybu ze sedu do polohy na zádech,
- zhoršená schopnost pohybu z polohy na zádech k delšímu sezení,
- zhoršená schopnost pohybu z polohy na zádech do polohy na břicho,
- zhoršená schopnost pohybu z polohy na zádech do sedu,
- zhoršená schopnost změnit pozici na lůžku,
- zhoršená schopnost otáčet se ze strany na stranu.

Související faktory:

- zhoršená kognice,
- ztráta kondice,
- nedostatečné znalosti,
- omezení prostředím (např. velikost lůžka, typ lůžka, terapeutické vybavení, omezení),
- nedostatečná svalová síla,
- muskuloskeletární poškození,
- neuromuskulární poškození,
- obezita,

- bolest,
- sedativa.

Ošetřovatelské intervence:

- posouzení příčin a vyvolávajících faktorů

- určí diagnózu přispívající k nepohyblivosti (př. roztroušená skleróza, hemiplegie, postižení kloubů, parkinsonismus atd.),
- posouzení funkční schopnosti - klasifikuj funkční úroveň,
- pátrej po komplikacích z nepohyblivosti,
- všimni si emoční odezvy na nepohyblivost,

- podpora optimální funkce a prevence komplikací:

- pravidelně měň polohu pacienta,
- pátrej po lokálním začervenání nebo otlaku kůže,
- o kůži pravidelně pečuj,
- pomáhej s hygienou, vyprazdňováním a jídlem,
- chraň končetiny – je nutné je podkládat, polohovat, cvičit,
- všímat si změn ve schopnosti pacienta, abys mohla přizpůsobit péči,

- posílení zdraví:

- pobízej pacienta ke cvičení pro zachování a posílení síly a ovládnání svalů,
- ukaž pacientovi, jak správně podpurné pomůcky používat a jak je udržovat v dobrém stavu.

Ošetřovatelská diagnóza:

Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

Definice: Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin.

Určující znaky:

- snížená schopnost reakce,
- obtíže při otáčení,
- nahrazení pohybu jinými činnostmi (např. zvýšená pozornost k aktivitám druhých, kontrola chování, zaměření na postižení),
- námahová dyspnoe,
- změny chůze (např. zpomalené tempo chůze, obtížná začátek chůze, malé krůčky, šouravá chůze, přehnané kymácení do stran),
- trhavé pohyby,
- omezená schopnost provádět jemné motorické dovednosti,
- omezená schopnost provádět hrubé motorické dovednosti,
- omezený rozsah pohybu,
- třes vyvolaný pohybem,
- zpomalený pohyb,
- posturální nestabilita,
- nekoordinované pohyby.

Související faktory:

- intolerance aktivity,

- změněný metabolismus buněk,
- úzkost,
- BMI přesahující 75 % v poměru k věku,
- kognitivní poškození,
- kontraktury,
- kulturní přesvědčení týkající se činnosti odpovídající věku,
- ztráta kondice,
- úbytek svalové hmoty,
- snížení svalové síly,
- nedostatek znalostí týkajících se hodnoty fyzické aktivity,
- depresivní nálada,
- opožděný vývoj,
- diskomfort,
- nepoužívání,
- ztuhlost kloubů,
- nedostatečná podpora prostředí (např. fyzická nebo sociální),
- omezená kardiovaskulární vytrvalost,
- ztráta integrity kostních struktur,
- malnutrice,
- muskuloskeletární poškození,
- neuromuskulární poškození,
- bolest,
- farmaceutické látky,
- naordinované omezení pohybu,
- neochota iniciovat pohyb,
- sedavý způsob života,
- senzoricko-percepční poškození.

Ošetřovatelské intervence:

- posouzení příčin a vyvolávajících faktorů:

- urči diagnózu přispívající k nepohyblivosti (např. roztroušená skleróza, hemiplegie, postižení kloubů, parkinsonismus atd.),
- urči, jak pacient vnímá potřebu pohybu,
- všimni si snížené hbitosti a čilosti v důsledku věku,
- zhodnoť stav výživy a hladinu energie.

- posouzení funkční schopnosti:

- urči stupeň nepohyblivosti,
- všimni si emoční odpovědi na mobilitu, pocity frustrace a bezmoci mohou bránit pokrokům v léčbě,
- myslí na komplikace v důsledku nepohyblivosti (např. problémy s vyprazdňováním, dekubity, pneumonie).

- podpora optimální funkce a prevence komplikací:

- edukuj pacienta o správném používání pomůcek ke změně polohy,
- využijte různých polohovacích a ortopedických pomůcek na podporu postižené části těla (polštáře, podložky, fixační pomůcky),

- pečuj o kůži, včetně ošetřování oblastí vystavených tlaku,
 - dbej na bezpečnost včetně úprav prostředí a prevence pádů,
 - pobízej nemocného k pití a příjmu potravin, pečuj o jeho pohodu a maximální mobilizaci energie.
- posílení zdraví:**
- nauč pacienta a jeho blízké, jak zvládat problémy s nepohyblivostí,
 - pouč pacienta a jeho blízké, jak efektivně používat podpůrné pomůcky,
 - shrň individuální nutriční potřeby, zdůrazni přívod vitamínů a dalších důležitých faktorů.

Ošetřovatelská diagnóza:

Zhoršená tělesná pohyblivost na vozíku (00089)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

Definice: Omezení nezávislého ovládání vozíku v prostředí.

Určující znaky:

- zhoršená schopnost ovládat manuální vozík při jízdě z kopce,
- zhoršená schopnost ovládat manuální vozík při jízdě do kopce,
- zhoršená schopnost ovládat manuální vozík na obrubnicích,
- zhoršená schopnost ovládat manuální vozík na rovném povrchu,
- zhoršená schopnost ovládat manuální vozík na nerovném povrchu,
- zhoršená schopnost ovládat elektrický vozík při jízdě z kopce,
- zhoršená schopnost ovládat elektrický vozík při jízdě do kopce,
- zhoršená schopnost ovládat elektrický vozík na obrubnicích,
- zhoršená schopnost ovládat elektrický vozík na rovném povrchu,
- zhoršená schopnost ovládat elektrický vozík na nerovném povrchu.

Související faktory:

- zhoršená kognice,
- ztráta kondice,
- nedostatečné znalosti,
- depresivní nálada,
- omezení prostředím (nerovný povrch, nebezpečné překážky, chybějící pomocná zařízení nebo osoba, typ vozíku),
- zhoršený zrak,
- nedostatečná svalová síla,
- omezená výdrž,
- muskuloskeletární postižení (např. kontraktury),
- neuromuskulární poškození,
- obezita,
- bolest.

Ošetřovatelské intervence:

- zjištění příčin, přidružených faktorů:

- zjisti diagnózu, která přispívá k imobilitě (např. míšní poranění),
- urči faktory, které pacientovi brání v pohybu.

- podpora optimální funkce a prevence komplikací:

- posuď a zajisti bezpečnost pacienta při jízdě na křesle (např. podpora všech částí těla, úprava výšky, možnosti fixace),
- doporuč úpravy doma, v zaměstnání nebo v místě, kde se pacient nejčastěji vyskytuje,
- urči potřebu a způsobilost asistujících osob.

- posílení zdraví:

- zapoj pacienta a jeho blízké do péče a pomoz jim při zvládnání problémů spojených s mobilitou,
- doporuč účast v podpůrných skupinách dle druhu postižení.

Ošetřovatelská diagnóza:

Zhoršená schopnost přemíst'ování se (00090)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

Definice: Omezení nezávislého pohybu mezi dvěma blízkými povrchy.

Určující znaky:

- neschopnost přemístit se mezi nestejnými úrovněmi,
- neschopnost přemístit se z lůžka na židli,
- neschopnost přemístit se z lůžka do stoje,
- neschopnost přemístit se ze židle na lůžko,
- neschopnost přemístit se z vozíku do auta,
- neschopnost přemístit se ze židle na podlahu,
- neschopnost přemístit se ze židle do stoje,
- neschopnost přemístit se z podlahy na židli,
- neschopnost přemístit se z podlahy do stoje,
- neschopnost přemístit se ze stoje na lůžko,
- neschopnost přemístit se ze stoje na židli,
- neschopnost přemístit se ze stoje na podlahu,
- neschopnost přemístit se do vany a zpět,
- neschopnost přemístit se do sprchy a zpět,
- neschopnost přemístit se na pojízdný klozet a zpět,
- neschopnost přemístit se na toaletu a zpět.

Související faktory:

- zhoršená kognice,
- ztráta kondice,
- nedostatečné znalosti,
- omezení prostředí (např. výška lůžka, nedostatečný prostor, typ vozíku, léčebné vybavení, omezení),
- zhoršený zrak,
- zhoršená rovnováha,
- nedostatečná svalová síla,
- muskuloskeletární poškození (např. kontraktury),
- neuromuskulární poškození,
- obezita,



- bolest.

Ošetřovatelské intervence:

- posouzení příčin a přispívajících faktorů:

- zjistí diagnózu související s přesunem (např. roztroušená skleróza, vysoký věk, demence).

- posouzení funkční schopnosti:

- zhodnotí stupeň poruchy pomocí funkční klasifikace,
- všimni si emoční odpovědi nemocného na problémy s pohyblivostí.

- podporujte optimální úroveň pohybu:

- nauč pacienta a jeho blízké používat postranní zábrany, brázdičku, signalizaci, berle,
- pouč nemocného a pečující osoby, jak udržet polohu nemocného během přesunu, aby lépe udržel rovnováhu,
- zajisti bezpečné prostředí při pohybu nemocného, omez riziko pádu a poranění.

- posílení zdraví:

- pomoz pacientovi a jeho blízkým zvládnout individuálně vhodná bezpečnostní opatření, např. odstranění rohoží a koberečků.

Ošetřovatelská diagnóza:

Zhoršená chůze (00088)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

Definice: Omezení nezávislého pohybu v prostředí při chůzi.

Určující znaky:

- zhoršená schopnost zdolávat schody,
- zhoršená schopnost překonávat obrubníky,
- zhoršená schopnost chodit z kopce,
- zhoršená schopnost do kopce,
- zhoršená schopnost chodit po nerovných površích,
- zhoršená schopnost ujít požadované vzdálenosti.

Související faktory:

- kognitivní poškození,
- ztráta kondice,
- depresivní nálada,
- omezení prostředím (např. schody, stoupání, nerovné povrchy, nebezpečné překážky, vzdálenosti, chybějící pomocná zařízení nebo osoba, omezení),
- strach z pádu,
- zhoršená rovnováha,
- zhoršený zrak,
- nedostatečná svalová síla,
- nedostatečné znalosti,
- omezená výdrž,
- muskuloskeletární poškození (např. kontraktury),
- neuromuskulární poškození,
- obezita,



- bolest.

Ošetřovatelské intervence:

- posouzení příčin a přispívajících faktorů:

- určí schopnost sledovat směr a všimni si emočních reakcí ovlivňující situaci,
- ber v úvahu stav či onemocnění přispívající k obtížné chůzi (např. pokročilý věk, porucha zraku, postižení kloubů).

- posouzení funkční schopnosti:

- zhodnot' stupeň postižení na funkční stupnici.

- pomoc pacientovi k bezpečné a samostatné chůzi:

- spolu s terapeuty vytvoř' individuální program mobility (chůze),
- dbej na bezpečnost, prevenci pádů.

- posílení zdraví:

- zapoj nemocného i jeho blízké do péče a předved' jim, jak zvládnout problémy a zajistit bezpečnost pacienta i druhých osob, včetně pečovatele,
- pouč pacienta a jeho blízké o individuálně potřebných zařízeních a pomůckách předcházejících pádu.

11 Vyprazdňování, vylučování - posuzování, plánování a realizace ošetřovatelské péče při uspokojování potřeby

Literatura:

BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.

DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. 1. vyd. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-294-8.

FRÝDLECKÁ, Helena, HEŘMANOVÁ, Jana, STAŇKOVÁ, Marta a kol. (a)1996. *Lemon 1*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 125 s. ISBN 80-7013-234-5.

FRÝDLECKÁ, Helena, HEŘMANOVÁ, Jana, STAŇKOVÁ, Marta. *Lemon 3*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 158 s. ISBN 80-7013-244-2.

MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, FROŇKOVÁ, Marie, HERMANOVÁ, Renáta, ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I*. aktual. a doplň. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6.

HERDMAN, T. Heather, KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

VOJTEKOVÁ, Ivana a kolektiv. *Vybrané kapitoly z ošetřovatelství pro studenty všeobecného lékařství*. 1. vyd. Bratislava: Asklepios, 2010. ISBN 978-80-7167-152-7.

VORLÍČEK, Jiří, ABRAHAMOVÁ, Jitka, VORLIČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.

VORLÍČEK, Jiří; ADAM, Zdenek; POSPÍŠILOVÁ, Yvona. *Paliativní medicína*. 2. vyd. přeprac. a dopl. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7.



KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora, OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. ISBN 80-217-0528-0.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-285-X.

11.1 Vyprazdňování moče

Vyprazdňování moče:

Vyprazdňování je fyziologickou funkcí organismu, základní, biologickou potřebou člověka. Souvisí to s blízkostí vývodných cest močových a análního otvoru s pohlavními orgány. Při posuzování vyprazdňování v rámci ošetrovatelské anamnézy musí sestra přistupovat k nemocnému diskrétně, citlivě, s respektem. Vedení rozhovoru na toto téma vyžaduje vysokou profesionální úroveň, dostatečné komunikační dovednosti, znalost psychiky nemocného. Nemocný nebude ochoten o problémech mluvit a výsledkem budou nedostatečné nebo žádné informace z oblasti, která je pro ošetřování nemocných, diagnostiku i léčbu nesmírně důležitá.

Potřeba vyprazdňování moče:

Potřeba vyprazdňování patří mezi biologické potřeby člověka. Z hlediska fyziologického zajišťuje pravidelné, přiměřené uspokojování potřeby vyprazdňování rovnováhu v organismu. Způsob uspokojování potřeby vyprazdňování je individuální.

Močení:

Močení je vyprázdnění močového měchýře. Při naplnění močového měchýře u dospělého 250-450 ml moče (u dítěte 50–200 ml) dochází ke stimulaci nervových zakončení ve svalovině stěny, které registrují změnu napětí stěny močového měchýře. U člověka je zevní svěrač a břišní lis ovládan vřlí, která umožňuje zahájení mikce, přerušení probíhající mikce nebo vyvolání mikce i v případě prázdného močového měchýře.

11.1.1 Faktory ovlivňující vylučování moče

a) Biologicko – fyziologické faktory:

Věk

- je určujícím faktorem při vyprazdňování močového měchýře,
- ovlivňuje charakter vyprazdňování, zejména jeho kontrolu,
- u kojenců a mladších batolat je vyprazdňování reflexní činností,
- od jednoho roku dítěte se dítě postupně učí ovládat vyprazdňování vřlí,

Jídlo a pití

- ovlivňují vyprazdňování moče,
- potraviny s vysokým obsahem vody, např. salát, meloun, vařené obilniny, zvyšují výdej tekutin,
- potraviny a tekutiny s vysokým obsahem sodíku mohou způsobit retenci tekutin,
- některé potraviny mohou ovlivnit barvu moče (např. karoten, borůvky ...),
- zdravý organismus udržuje rovnováhu mezi množstvím přijatých tekutin a vylučováním moče,

- při zvýšení množství přijatých tekutin se fyziologicky zvyšuje i její výdej,
- některé tekutiny (káva, alkohol) způsobují inhibici antidiuretického hormonu a důsledkem je zvýšená tvorba moče,

Aktivita a pohyb

- lidé, kteří pravidelně cvičí, mají většinou dobrý svalový tonus, zvýšený metabolismus a přiměřenou tvorbu moče,
- nízký svalový tonus může narušit kontrakci svalstva močového měchýře,
- nedostatek pohybu, popř. imobilita člověka mají vážné následky pro vyprazdňování moče,

Nemoc

- tvorbu moče a její vylučování, ovlivňují určité patologické stavy, např. diabetes insipidus, nemoci ledvin a močových cest, hypertrofie prostaty apod.,
- imobilita ovlivňuje vyprazdňování moče,
- problémy s vyprazdňováním mají imobilní, nesoběstační nemocní,

Chirurgické výkony a diagnostické postupy

- mohou narušit vyprazdňování moče,
- po cystoskopii může být narušená uretra, spinální anestetika snižují citlivost nemocného na potřebu močení, permanentní katetr snižuje tonus svalstva močového měchýře,

b) Psychologické faktory:

Životní styl

- způsob výživy, pohybová aktivita mají vliv na vyprazdňování,
- uspokojení potřeby vyprazdňování pozitivně ovlivňuje psychiku člověka, jeho náladu,
- nácvik pravidelného, bezproblémového vyprazdňování je prevencí duševního napětí a stresu,

Strach, úzkost, stres

- vlivem psychického napětí mají někteří lidé časté nucení na močení,
- nerespektování soukromí při vyprazdňování,
- objevuje se úzkost, strach, nemocný je stresován,
- tento nepříznivý duševní stav je dále zhoršován pocitem nedokonalého vyprázdnění,

c) Sociálně – kulturní faktory:

Vyprazdňování moče v soukromí je obecným pravidlem a zvyklostí ve všech kulturách. Vyprazdňování patří mezi hygienické návyky a dítě si je osvojuje mezi 1. a 2. rokem života. Způsob uspokojování potřeby vyprazdňování vychází z daných kulturních zvyklostí a naučených způsobů chování. S potřebou vyprazdňování souvisí potřeba respektování potřeby intimity a soukromí. Opakované nerespektování intimity a soukromí u nemocného i zdravého člověka může vést k poruchám v oblasti sebekoncepce a snížení sebeúcty. Negativní emocionální stavy spojené s narušením soukromí a intimity člověka vznikají u ležících nesoběstačných pacientů, kteří jsou nuceni se vyprazdňovat na lůžku. Pocit studu může sestra zmírnit zajištěním soukromí, dále empatickým přístupem a evaluační komunikací.

d) Faktory životního prostředí:

Úroveň hygieny a bytové podmínky ovlivňují kulturnost sociálních zařízení. Toalety ve veřejných prostorách – nemocnicích, restauračních zařízeních, školách, jejich vybavení a estetická úroveň ovlivňují způsob uspokojování potřeby vyprazdňování.

Pravidelné vyprazdňování moči a vyprazdňovací reflex lze podpořit:

- pacienta posadíme na WC nebo mísu a pustíme vodu z kohoutku,
- pacientovi namočíme ruce do chladné vody, pokud to umožní jeho zdravotní stav,
- na podbřišek mu položíme termofor, dáme pacientovi vypít větší množství tekutin,
- dbáme na pravidelnou dobu vyprazdňování, vhodnou polohou, prostředím a zabezpečím soukromí,
- užití vhodných potravin, dostatek času při vyprazdňování.

Nemocný musí být informován o:

- umístění sociálního zařízení (mobilní nemocní),
- umístění signalizace a jejich použití (ležící nemocní),
- faktorech ovlivňujících vyprazdňování (strava, pohyb, tekutiny, léky, diagnostické vyšetření).

11.1.2 Poruchy ve vylučování moči

Narušení tvorby moče:

- **Polyurie** je množství moče za 24 hodin je větší než 3 000 ml.
- **Oligurie** je množství moče za 24 hodin kolísá od 100 do 500 ml.
- **Anurie** je množství moče za 24 hodin je menší než 100 ml.

Poruchy vyprazdňování moče:

Retence

- zadržení moči v močovém měchýři,
- moč se tvoří v normálním množství, ale nemůže se z nejrůznějších příčin z měchýře vyprazdňovat,
- nejčastěji je retence způsobena stenózou prostatické části uretry při hypertrofii prostaty, jindy ji mohou způsobit farmaka.

Nykturie

- noční močení, v noci se vyloučí více moči než ve dne,
- nejčastější příčinou je srdeční selhávání nebo onemocnění močových cest, zbytnění prostaty aj.

Dysurie

- bolestivé močení, obtíže při močení,
- nejčastěji pálení a řezání.

Enuréza

- opakované mimovolní pomočování u starších dětí, které už normálně vůlí ovládají močový měchýř,

Primární enuréza – stav, kdy nemocný neměl období bez pomočení.

Sekundární enuréza

- vyskytne se po jednoroční absenci pomočování, může být v nočním čase, v denním nebo v obojím,
- vyskytuje se asi u 10 % jinak normálních dětí ve věku 3–15 let, většinou u chlapců,
- příčin enurézy je mnoho a závisí na individuální situaci.

Strangurie

- řezání při močení.

Polakisurie

- časté močení při nezvětšeném množství moči,
- příčiny mohou být psychogenní – rozčilení, strach, napětí, zánětlivé onemocnění močových cest, prochlazení dolních končetin, tzv. dráždivý měchýř.

Paradoxní ischurie

- stav, kdy močový měchýř je přeplněn tak, že se již nemůže více roztáhnout a moč po překonání překážky v odtoku samovolně odkapává z močové trubice,
- paradoxní ischurie se může snadno zaměnit s inkontinencí.

Inkontinence moče

Inkontinence je symptom, ne choroba, vyskytuje se u 10–47 % osob.

Dělí se na různé typy:

a) Celková inkontinence

- jedná se o kontinuální, neočekávané vylučování moče,
- častými příčinami jsou poranění vnějšího svěrače u muže nebo perineální oblasti u ženy,

b) Tlaková (stresová) inkontinence

- unikání méně než 50 ml moče při náhlém zvýšení intraabdominálního tlaku, např. při kašli, kýchnutí, smíchu nebo při fyzické námaze,
- je nejčastější u žen, které mají ochablé svalstvo pánevní, nebo při ztrátě u svalového tonusu jako celku,

c) Urgentní (nucená) inkontinence

- bývá po náhlém silném nucení na močení a je vyvolaná mimovolní kontrakcí musclí detrusor,
- často se označuje jako nestabilní močový měchýř, protože kontrakce tohoto svalu jsou neočekávané a vyprazdňování močového měchýře nelze kontrolovat,
- vyskytuje se u žen s cystitidou a u mužů i u žen s chorobami močového měchýře,
- jedinec není schopen potlačit nucení na močení,

d) Funkční inkontinence

- mimovolní nepředvídatelné vyloučení moče,
- může zhoršovat jiné typy inkontinence, avšak většinou není způsobená patologií močového a pohlavního ústrojí,
- funkční inkontinence se definuje jako inkontinence, které přetrvává v důsledku tělesných

nebo duševních poruch, případně některých faktorů okolí, které zabraňují nemocnému dostat se na toaletu,

e) Reflexní inkontinence

- mimovolní močení vyskytující se v určitých předvídatelných intervalech po dosažení specifického objemu močového měchýře,
- nemocný necítí, že má naplnění močový měchýř.

Hematurie je přítomnost krve v moči.

Leukocyturie je přítomnost bílých krvinek v moči.

Proteinurie je přítomnost bílkovin v moči.

Přehled chorob močového systému:

- **glomerulonefritida** - zánět ledvinového klubička,
- **pyelonefritida** - zánět ledvin,
- **akutní cystitida** - akutní zánět močového měchýře,
- **renální insuficience** - selhání ledvin,
- **urolitiáza** - močové kameny,
- **nádor** ledvin a močových cest,
- **vrozené vývojové vady**.

11.1.3 Ošetřovatelský proces u pacienta-klienta při vyprazdňování moče

Hodnocení vyprazdňování moče:

Sestra zjišťuje u nemocného běžné způsoby vyprazdňování moče, frekvenci, vzhled moče a ostatní současné i předcházející problémy s močením, dále faktory vylučování moče.

Vyšetřovací metody:

- vždy jako první co zjistíme, je anamnéza (OA, RA, PA, FA),
- dále fyzikální vyš. pohmatem - otoky, poklep, pohled, palpáce,
- základní vyšetření moče (krev, hnis, bílkoviny, pH atd.),
- močový sediment (přítomnost erytrocytů, leukocytů),
- mikrobiologické vyšetření moči (střední proud moče),
- ultrasonografické vyšetření.

Složení moče:

- Moč je průhledný vodný roztok s barvou od světle žluté po jantarovou. Je to vedlejší produkt nebo odpadní kapalina vylučována ledvinami, transportována močovody do močového měchýře, kde se hromadí, až je odvedena močovou tubicí. Moč se skládá z vodného roztoku metabolických odpadů (např. močovina - urea $H_2N-CO-NH_2$), rozpuštěných solí zejména chloridu sodného a dalších organických látek. Tekutiny a materiály filtrované ledvinami a určené stát se močí pocházejí z krve nebo intersticiální (vmezeřené) tekutiny. Složení moči je upraveno procesem reabsorbce, který je řízen hormonálně (AD hormonem (ADH) z hypotalamu, při jehož nedostatku vzniká Úplavice močová a aldosteronem). Při tomto procesu (reabsorbce) jsou užitečné molekuly a ionty nutné pro tělo, jako např. glukóza a vápník Ca^{2+} ,

reabsorbovány přenášejícími molekulami zpět do krevního oběhu. Odtékající tekutina obsahuje vysoké koncentrace močoviny a jiných nadbytečných nebo potenciálně toxických substancí, které budou odvedeny z těla močením. Moč je produkována procesem [filtrace](#), [reabsorpce](#) a tubulární sekrece (trubicovitého vylučování). Zdravá moč prakticky neobsahuje [glukózu](#). [pH](#) moči je menší než 7, moč je slabě kyselá.

- Moč se skládá z 96 % vody a 4 % rozpustných látek. Mezi organické látky patří močovina, amoniak, kreatinin a kyselina močová. Mezi anorganické látky v moči patří sodík, chloridy, draslík, sulfáty, hořčík a fosfor. Nejvíce zastoupenou anorganickou solí je chlorid sodný.

Hodnocení vyprazdňování moče

Fyzikální vyšetření

- komplexní fyzikální vyšetření močového systému provádí většinou lékař,
- patří k němu poklep ledvin na zjištění oblasti bolestivosti a palpace na určení tvaru, velikosti, citlivosti a nerovnosti povrchu, provádí se také palpace a poklep močového měchýře,
- vývod uretry u mužů i žen se hodnotí při vyšetření genitálií,

Vyšetření moče

- vyšetření moče zahrnuje měření objemu, porovnání příjmu a výdeje tekutin, měření specifické hmotnosti,
- dále hodnotíme barvu, zápach, testy na glukózu, ketolátky, krev, pH.

Hodnocení soběstačnosti nemocného v oblasti vyprazdňování moče

Hodnocení soběstačnosti nemocného v oblasti vyprazdňování moče provádí sestra v rámci ošetřovatelské anamnézy a je součástí screeningového vyšetření nemocného sestrou. Člověk bez pohybového omezení se vyprazdňuje na toaletě, je schopen sám dojít na toaletu, svléknout se, obléknout se. V důsledku onemocnění, popř. operačního zákroku, vyšetření se nemocný stává částečně nebo zcela nesoběstačný v oblasti vyprazdňování. K těmto nemocným je nutné přistupovat velice taktně, absence sebek péče v oblasti vyprazdňování je nemocnými vnímána velice citlivě. Při nerespektování soukromí a intimity může dojít k narušení sebeúcty a sebekoncepcie nemocného.

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I taxonomie II dle NANDA INTERNATIONAL, 2013. Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012-2014. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

Stresová inkontinence moči (00017)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 1: Funkce močového systému

Definice: Náhle unikání moči při aktivitách, které zvyšují nitrobřišní tlak.

Určující znaky:

- pozoruje mimovolní únik malých množství moči při absenci kontrakce detruzoru,
- pozoruje mimovolní úniky malých množství moči při absenci nadměrně roztaženého močového měchýře,
- pozoruje mimovolní úniky malých množství moči při úsilí močit,
- pozoruje mimovolní úniky malých množství moči při kašlání,

- pozoruje mimovolní úniky moči malých množství při smíchu,
- pozoruje mimovolní úniky moči malých množství při kýchaní,
- uvádí mimovolní únik malých množství moči při absenci kontrakce detruzoru,
- uvádí mimovolní únik malých množství moči při absenci nadměrně rozšířeného močového měchýře,
- uvádí mimovolní únik malých množství moči při úsilí močit,
- uvádí mimovolní únik malých množství moči při kašláním,
- uvádí mimovolní únik malých množství moči při smíchu,
- uvádí mimovolní únik malých množství moči při kýchaní.

Související faktory:

- degenerativní změny svalů pánevního dna,
- vysoký nitrobřišní tlak,
- špatná funkce vnitřního svěrače močové trubice,
- oslabené svaly pánevního dna.

Ošetřovatelská intervence:

A) Posouzení příčin a přispívajících faktorů:

- Rozpoznejte fyziologické příčiny zvýšeného nitrobřišního tlaku (např. obezita těhotenství). Zjistěte, zda ke stavu přispívají opakované porody, trauma/rekonstrukční výkon v oblasti močového měchýře a pánve.
- Posuďte, zda nastává únik moči při kašli, kýchání nebo relaxaci pánevního svalstva. Všimněte si neschopnosti přerušovat proud moči a vyklenování perinea při stlačení břicha. Zařídte urologické vyšetření k posouzení svěračů a hypermobility.
- Je-li indikováno, odvádějte moč pomocí katétru, aby se zabránilo postmikčním reziduum.

B) Posouzení stupně postižení:

- Pozorujte charakter vylučování moči, dobu močení a množství vymočené moči. Všimněte si podnětů, které provokují inkontinenci. Dle vhodnosti požádejte pacienta, aby o močení vedl deník.
- Připravte pacienta na vyšetření a asistujte dle potřeby při jeho provádění (např. cystoskopie, cystometrogram).
- Doporučte pacientovi, jak zlepšit situaci (např. omezit příjem tekutin, používat ochranu rádla).
- Posuďte souběžně existující urgentní nebo funkční inkontinenci, všimněte si, zda je přítomná zvýšená dráždivost měchýře, jeho snížená kapacita nebo volní nadměrné rozepětí.

C) Asistujte při léčbě/ prevenci inkontinence:

- Asistujte při léčbě základního urologického onemocnění (chirurgické, medikamentózní atd.).
- Doporučte začít močit a přerušovat proud moči dvakrát nebo víckrát během každého močení, aby se podpořil trénink speciálně těch svalů, které se podílí na močení. Naučte pacienta cvikům na posílení dna pánevního.
- Doporučte pacientovi močit během dne nejméně jednou za 3 hodiny, aby se snižoval tlak v močovém měchýři.
- V posledních 2 až 3 hodinách před ulehnutím již nepodávejte žádné tekutiny, aby se snížila inkontinence během spánku.

D) Posílení zdraví (poučení/instrukce před propuštěním):

- Doporučte omezit příjem kávy, čaje a alkoholu vzhledem k jejich diuretickému účinku, který může vést k distenzi močového měchýře a zvýšené pravděpodobnosti inkontinenci.

- V případě potřeby navrhněte používání vložek nebo plenkových kalhotek.
- Zdůrazněte význam péče o perineální krajinu po každém močení a časté výměny vložek, aby se předešlo podráždění a infekci.
- Zkontrolujte užívání sympatomimetik, pokud jsou předepisovány ke zlepšení tonu krčku močového měchýře a proximální uretry.

Urgentní inkontinence moči (00019)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 1: Funkce močového systému

Definice: Mimovolní odchod moči, k němuž dojde brzy po silném pocitu nutkání vymočit se.

Určující znaky:

- pozoruje neschopnost dostat se na toaletu včas, aby nedošlo k úniku moči,
- uvádí neschopnost dosáhnout toalety včas, aby nedošlo k úniku moči,
- uvádí mimovolní únik moči při kontrakcích močového měchýře,
- uvádí mimovolní únik moči při křečích močového měchýře,
- uvádí nutkání vymočit se.

Související faktory:

- příjem alkoholu,
- atrofická uretritida,
- atrofická vaginitida,
- infekce močového měchýře,
- příjem kofeinu,
- snížená kapacita močového měchýře,
- zvýšená činnost detruzoru s poškozenou kontraktilitou močového měchýře,
- užívání diuretik,
- zhutnění obsahu stolice.

Ošetřovatelská intervence:

A) Posouzení příčin a přispívajících faktorů:

- Posuďte přítomnost objektivních subjektivních příznaků infekčního zánětu močového měchýře (např. kalená páchnoucí moč, bakteriurie).
- Ptejte se na užívání významnějšího množství látek s dráždivým účinkem na měchýř (např. alkohol, nebo kofein, zvyšující množství nebo koncentraci moči).
- Zjistěte případnou anamnézu dlouhodobých návyků nebo chorobných stavů, snižujících kapacitu močového měchýře (např. pánevní záněty, operace v abdominální oblasti, nedávné/dlouhodobé používání močového katétru).
- Vyšetřete moč na přítomnost cukrů.

B) Posouzení stupně narušení / postižení

- Měřte množství vymočené moči, zejména pokud nedosahuje 100 ml nebo přesahuje 550 ml.
- Zznamenejte frekvenci močení a stupeň urgencye.
- Všimněte si délky intervalu mezi nucením a odchodem moči.

C) Asistujte při léčbě/prevenci inkontinence:

- Zvyšte příjem pacienta na 1,5 až 2 litry tekutin denně.

- Doporučte pacientovi stáhnout pánevní svalstvo před vstáváním z lůžka.
- Doporučte vždy po zahájení močení přerušit proud moči dvakrát nebo vícekrát, aby se podpořil trénink speciálně těch svalů, které se podílí na močení.

D) Posílení zdraví (poučení/instrukce před propuštěním):

- Doporučte omezit příjem kávy, čaje a alkoholu vzhledem k jejich dráždivému účinku na močový měchýř.
- Dle potřeby doporučte používání vložek nebo plenkových kalhotek, s ohledem na aktivitu nemocného, množství močových ztrát.
- Zdůrazněte význam péče o perineální krajinu po každém močení, aby se snížilo dráždění kůže.

Riziko urgentní inkontinence moči (00022)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 1: Funkce močového systému

Definice: Riziko mimovolního odchodu moči, ke kterému dojde brzy po silném pocitu nutkání vymočit se.

Rizikové faktory:

- atrofická uretritida,
- atrofická vaginitida,
- účinky alkoholu,
- účinky kofeinu,
- účinky léků,
- hyperaktivita detruzoru s poškozením kontraktility močového měchýře,
- ztuhnutí stolice,
- poškozená kontraktilita močového měchýře,
- neúčinné vyprazdňovací návyky,
- malá kapacita močového měchýře.

Ošetřovatelská intervence:

A) Posouzení rizika vývoje inkontinence:

- Určete užívání - přítomnosti dráždivých močového měchýře (např. významný příjem alkoholu nebo kofeinu, způsobující zvýšený výdej či vzestup koncentrace moče).
- Všimněte si faktorů, které mohou mít vliv na schopnost odpovědět na nucení na močení (např. zhoršená mobilita, sedativa).

B) Prevence výskytu problému:

- Změřte množství vymočené moči a povšimněte si, je jí méně než 100 ml nebo více než 550 ml.
- Zaznamenávejte příjem a četnost močení - stupeň urgencye.

C) Posílení zdraví (poučení/instrukce před propuštěním):

- Doporučte omezit příjem kávy, čaje a alkoholu vzhledem k jejich dráždivému účinku na močový měchýř.
- Zdůrazněte význam péče o perineální krajinu po každém močení, aby se snížilo riziko ascendentní infekce.

- Prodiskutujte možnost užívání hormonálního krému vaginálně (konjugované estrogeny) k posílení tkání močové trubice.

Retence moči (00023)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 1: Funkce močového systému

Definice: Neúplné vyprazdňování močového měchýře.

Určující znaky

- absence výdeje moče,
- distenze močového měchýře,
- odkapávání moči,
- dysurie,
- časté močení,
- inkontinence z přetékání,
- reziduální moč,
- pocit plnosti močového měchýře,
- malé močení.

Související faktory:

- překážka,
- vysoký uretrální tlak,
- inhibice reflexního oblouku,
- silný svěrač (močového měchýře).

Ošetřovatelská intervence:

Akutní retence

A) Posouzení příčin a přispívajících faktorů:

- Zjistěte, o jaký patologický stav se jedná (např. neurologické onemocnění, infekce, tvorba kamenů).
- Posuďte účinky medikace, např. psychotropních látek, anestetik, opiátů, sedativ, antihistaminik.
- Určete hladinu úzkosti (např. pacient může být v rozpacích, má-li močit v přítomnosti jiných lidí).
- Vyšetřete, zda stav nezpůsobuje tuhá stolice v rektu, otok po operaci, otok po porodu, náplň pochvy nebo konečníku, zvětšená prostata nebo jiné mechanické faktory, které vedou k blokadě močové trubice.
- Zhodnoťte obecný stav hydratace.

B) Určení stupně narušení/poruchy:

- Zjistěte, zda za posledních 6 až 8 hodin byl nějaký výdej moči.
- Vyšetřete palpačně močový měchýř.
- Poznamenejte množství a druh tekutin, které nemocný přijímal.
- Ptejte se pacienta, zda pociťuje plnost měchýře či jiné obtíže.

C) Pomozte při tréninku/prevence retence:

- Tlumte bolest podáváním léků a opatřeními proti otoku/léčbou základního onemocnění.

- Pacient musí sedět na podložní míse apod. zpříma nebo stát, aby byla zachována funkční poloha při močení.
- Dbejte na soukromí.
- Stimulujte močení pomocí kostek ledu, bylinných vůní, dotyků na vnitřní ploše stehen, puštěním vody do umyvadla nebo teplé sprchy na perineum.
- Odstaňte dle možnosti blokády (např. vaginální tamponády, vybavení tuhé stolice z rekta). Připravte pacienta k chirurgickému výkonu (např. prostaktomií).
- Provádějte intermitentní katetrizaci měchýře nebo zaveďte permanentní katétr, aby se předešlo akutní retenci.
- Vypouštějte měchýř postupně, po 200 ml, protože při rychlém vypuštění hrozí komplikace, např. hematurie nebo synkopa.
- Pátrejte po příznacích infekce, dle indikace odešlete moč na kulturační vyšetření.
- Dle možnosti braňte recidivě kontrolou příčinných/přispívajících faktorů (např. přikládáním ledu na perineum, podáváním změkčovadel stolice/projímadel, změnou léků/úpravou dávkování).

D) Posílení zdraví (poučení/instrukce před propuštěním):

- Vysvětlete pacientovi, že problémy je třeba hlásit ihned, aby mohla být včas zahájena léčba.
- Zdůraznit nutnost dostatečného příjmu tekutin.

Chronická retence

A) Posouzení příčin a přispívajících faktorů:

- Seznamte se s anamnézou, v níž k významným příčinám patří hypertrofii prostaty, jizvení nebo urolitiáza, jejichž důsledkem bývá atrofie detrusoru a/nebo chronické nadměrné rozepětí měchýře následkem obstrukce výtokové části.
- Zjistěte, zda je přítomna slabá či vyhaslá senzorická nebo motorická inervace (např. po cévní mozkové příhodě, poranění míchy nebo při diabetu).
- Posuďte běžný příjem tekutin.
- Vezměte, v úvahu účinky psychotropních látek, antihistaminik, atropinu, belladonny atd.
- Přecedte moč, zda obsahuje kameny nebo písek.

B) Určení stupně narušení/poruchy:

- Měřte vymočené množství i reziduum, které zůstává v měchýři po vymočení.
- Určete, jak často a v které době nejčastěji dochází k odkapávání nebo močení.
- Posuďte mohutnost a sílu proudu moči.
- Pohmatem zjistěte, kam sahá močový měchýř.
- Zjistěte, zda dochází ke spazmům měchýře.
- Posuďte účinek stavu na celkové fungování/životní styl.

C) Pomozte při tréninku/prevence retence:

- Doporučte pacientovi močit pravidelně.
- Poučte ho, jak provádět Credého manévr ke snazšímu vyprázdnění močového měchýře.
- Dle situace doporučte používat Valsalvův manévr ke zvýšení nitrobřišního tlaku.
- Zaveďte program pravidelného močení (autokatetrizace k prevenci refluxu a zvýšení renálních tlaků).

D) Posílení zdraví (poučení/instrukce před propuštěním):

- Znovu zdůrazněte význam pravidelného vyprázdňování měchýře močením nebo pomocí katétru.

- Zdůrazněte nutnost adekvátního příjmu tekutin včetně ovocných šťáv, které působí jako prevence bakteriálního růstu a tvorby kamenů.
- Naučte pacienta a jeho blízké, jak provádět pravidelnou katetrizaci.
- Připomínejte příznaky komplikací, které vyžadují vyšetření lékařem, popř. lékařský zákrok.

Zhoršené vylučování moči (00016)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 1: Funkce močového systému

Definice: *Dysfunkce při vylučování moči.*

Určující znaky

- dysurie,
- četnost,
- váhavost,
- inkontinence,
- nykturie,
- retence,
- naléhavost.

Související faktory:

- anatomická obstrukce,
- mnohočetná kauzalita,
- senzomotorické poškození,
- infekce močového ústrojí.

Ošetřovatelská intervence:

A) Posouzení příčin a vyvolávajících faktorů:

- Zjistěte, zda pacient vědomě odkládá močení.
- Upřesněte anamnézu nemoci a užívání léků/látek, které zvyšují tvorbu moči nebo porušují tonus (napětí) močového měchýře (např. diabetes mellitus, prolaps měchýře, diuretika, alkohol, kofein).
- Otestujte moč pomocí diagnostických proužků, zda neobsahuje glukózu, způsobující polyurii a nadměrné rozepjetí močového měchýře.
- Věnujte pozornost podmínkám prostředí, které mohou bránit včasnému dosažení záchodu a jeho úspěšnému použití.
- Neznáme prostředí, nešikovné uspořádání, špatné osvětlení mohou mít negativní dopad na schopnost pacienta řádně se obsloužit.

B) Posouzení stupně postižení:

- Požádejte pacienta, aby vedl denní záznamy o močení.
- Změřte - odhadněte množství moči, vymočené.
- Vyšetřete moč na bakteriurii.

C) Asistujte při léčbě/prevenci inkontinence:

- Předepsaná diuretika podávejte ráno, aby se omezilo močení v noci.

- Omezte nebo dle možnosti vysadte hypnotika, protože pacient může být natolik utlumený, že nerozpozná nucení na močení nebo na něj nereaguje.
- Naplánujte močení každé 3 hodiny, aby se předešlo nadměrnému naplnění měchýře.
- Dle indikace zaveďte trénink močového měchýře.

Snaha zlepšit vylučování moči (00166)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 1: Funkce močového systému

Definice: Vzorec močových funkcí, který je dostatečný pro plnění potřeb vylučování a lze jej posílit.

Určující znaky:

- výdej moči je fyziologickém rozmezí,
- vyjadřuje ochotu zlepšit vylučování moči,
- příjem tekutin odpovídá denní potřebě,
- zaujímá pozici vhodnou pro vyprazdňování močového měchýře,
- specifická hmotnost (moči) je v normálním rozmezí,
- moč je bez zápachu,
- moč je slámově zbarvená.

Související faktory:

- anatomická obstrukce,
- mnohočetná kauzalita,
- senzomotorické poškození,
- infekce močového ústrojí.

Ošetřovatelské intervence:

A) Asistujte při snaze zlepšit vylučování moči:

- Pobízejte pacienta k dennímu příjmu 1,5 až 2 litrů tekutin.
- Doporučte nemocnému stimulovat reflexy močení např. omýváním perinea vlažnou vodou, puštěním vody do umyvadla, stimulací (masáží podbřišku, stehen apod.).

B) Posílení zdraví (poučení/instrukce před propuštěním):

- Povzbuzujte nemocného k pokračování v pravidelném režimu vyprazdňování močového měchýře.
- Doporučte omezit příjem kávy, čaje a alkoholu vzhledem k jejich diuretickému účinku, který může narušit předvídatelnost močení.

Obecné ošetřovatelské intervence:

- udržujte normální návyky močení,
- zjistěte vylučovací návyky nemocného a nabádej nemocného, aby je dodržoval,
- zajistěte nemocnému normální polohu při močení,
- zajistěte nemocnému soukromí, dostatečný čas na močení,
- při problematickém močení použijte senzorické stimuly, které mohou nemocnému pomoci k spontánnímu močení,
- dodržujte časový rozvrh močení, respektuj potřebu nemocného vymočit se, zadržování moče

může být příčinou problémů,

- regulujte příjem tekutin před spaním,
- podávej diuretika ráno nebo odpoledne,
- vysvětlete nemocnému nutnost dostatečného příjmu tekutin pro adekvátní tvorbu moče,
- u nemocného s inkontinencí zjistěte, zda si nemocný poruchu uvědomuje,
- zjistěte přítomné patofyziologické faktory,
- přijměte nemocného, aby se každé dvě hodiny vymočil, zaznamenejte dobu močení,
- věnujte pozornost stavu kůže nemocného s ohledem na výskyt erytémů a kožních lézí,
- zdůrazňujte stále nutnost zvýšené hygienické péče po každém vymočení,
- provádějte s nemocným cvičení na zvýšení tonusu břišních a pánevních svalů,
- poskytněte nemocnému s inkontinencí psychickou oporu.

11 Vyprazdňování, vylučování - posuzování, plánování a realizace ošetřovatelské péče při uspokojování potřeby

Literatura:

- BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.
- DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. 1. vyd. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-294-8.
- FRÝDLECKÁ, Helena, HEŘMANOVÁ, Jana, STAŇKOVÁ, Marta a kol. (a)1996. *Lemon 1*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 125 s. ISBN 80-7013-234-5.
- FRÝDLECKÁ, Helena, HEŘMANOVÁ, Jana, STAŇKOVÁ, Marta. *Lemon 3*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 158 s. ISBN 80-7013-244-2.
- MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka, FROŇKOVÁ, Marie, HERMANOVÁ, Renáta, ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I. aktual. a doplň. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
- HERDMAN, T. Heather, KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.
- VOJTEKOVÁ, Ivana a kolektiv. *Vybrané kapitoly z ošetřovatelství pro studentov všeobecného lékařstva*. 1. vyd. Bratislava: Asklepios, 2010. ISBN 978-80-7167-152-7.
- VORLÍČEK, Jiří, ABRAHAMOVÁ, Jitka, VORLIČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
- VORLÍČEK, Jiří; ADAM, Zdenek; POSPÍŠILOVÁ, Yvona. *Paliativní medicína*. 2. vyd. přeprac. a dopl. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
- KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora, OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetřovatelství: koncepce, ošetřovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. ISBN 80-217-0528-0.
- TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-285-X.

11.2 Vyprazdňování stolice

Vylučování stolice

V tlustém střevě se shromažďují nestrávené zbytky potravy a obsah střeva se zde zahušťuje. Pohyby tlustého střeva jsou podobné peristaltickým pohybům stěny tenkého střeva. Trávenina pobývá v tlustém střevě 8-12 hodin. Z obsahu tlustého střeva se vstřebává hlavně voda, některé minerály a cukry. Nejvíce vody se vstřebává ve vzestupném tračníku. K zahuštěnému obsahu se přidává hlen, který slepuje nestrávené zbytky potravy. Zbytky potravy se účinkem kvasných a hnilobných bakterií žijících na střevní sliznici zkvašují a bílkoviny podléhají hnití. Bakterie kvasí cukry, tuky a těžce stravitelnou celulózu. Vzniká tak alkohol a různé plyny: vodík, metan a oxid uhličitý. Hnitím bílkovin se vytvářejí značně jedovaté látky: fenol, sirovodík, mastné kyseliny a tzv. mrtvolné jedy. Před účinkem hnilobných a kvasných produktů chrání sliznici tlustého střeva hlen, který zabraňuje i jejich resorpci do krevního oběhu.

Složení stolice je závislé na stavbě potravy. Stolice obsahuje nestravitelné zbytky potravy (vazivová vlákna, škroby, tukové kapky), vodu, odloupané epitelie a žlučová barviva. Tuhost (konzistence) stolice je závislá na množství vody, barvu stolice ovlivňuje množství žlučových barviv.

Vyprazdňování stolice (defekace) je reflexní děj.

Defekace je [vyměšování](#) tuhého nebo polotuhého odpadního materiálu z [trávicí soustavy](#). Jeho [frekvence](#) u [člověka](#) je vysoká při průjmu, za běžných okolností 3× denně až 3× za týden. Jak často se člověk vyprazdňuje, je zcela individuální. Vlny [svalových kontrakcí](#) ve stěnách [tlustého střeva](#), které se nazývají [peristaltika](#), posouvají [výkaly](#) zaživačím traktem ke [konečníku](#). Nahromaděním stolice v konečníku se v dutině konečníku zvýší tlak a napětí stěny vyvolá pocit nucení na stolicí. Ochabují svěrače konečníku a smršťují se břišní svaly a bránice, které zvyšují tlak na koncový úsek trávicí trubice, který se vyprazdňuje. Množství stolice závisí na množství přijímané potravy. Pohybuje se průměrně od 150-300 gramů. Defekační reflex lze potlačit vůlí. Opakované potlačování vyprazdňování stolice vede k ochabnutí svaloviny rekta.

Mechanismus defekace

Konečnicková ampule (anatomicky též ampulla recti – rozšíření nad konečnickovým kanálem) funguje jako dočasný sklad odpadního materiálu. Když se stěny konečníku rozšiřují rostoucí náplní, stahové receptory nervové soustavy ve stěnách konečníku zajistí relaxaci vnitřního análního svěrače (musculus sphincter ani internus), který je tvořen hladkou svalovinou, tedy neovladatelný vůlí. Zároveň ale také zajistí kontrakci vnějšího análního svěrače (musculus sphincter ani externus), který je z příčně pruhované svaloviny a tudíž ovladatelný vůlí. Tento sval je inervován cestou nervus pudendus, který vychází z křížové pleteně (S2-S4). Je spuštěn rovněž myenterický reflex: Cestou plexus myentericus (myenterické pleteně) přechází signál až do esovité kličky a sestupného tračníku, kde vyvolá mohutné peristaltické vlny, jež posouvají tamější obsah dále do konečníku. Kontrakce konečníku a tlustého střeva vedoucí k vylučování jsou zesilovány parasymptikem. Volní složka rozhoduje o kontrakci respektive relaxaci zevního análního svěrače. Při zadržování stolice je tlak obsahu stále větší a souběžně s ním i nutkání na vyprázdnění. Daný reflex způsobující peristaltické vlny trvá jen několik minut, protože pokud nedejde k relaxaci zevního svěrače, zaniká. Relaxace zevního análního

svěrače je prvním předpokladem k vytlačení obsahu. Vytlačení obsahu se děje činností mnoha kosterních svalů: Během defekace vyvíjejí hrudníkové svaly, bránice, především ale svaly tzv. břišního lisu a pánevní přepážka tlak na zažívací ústrojí. I dýchání dočasně ustane, když plíce tlačí bránici dolů pro vyvinutí tlaku. Krevní tlak v těle roste a množství krve čerpané srdcem se zvyšuje. Vyskytly se případy skonání, když defekace zvýšila krevní tlak natolik, že ten způsobil prasknutí aneuryzmatu (výdutě krevní cévy) nebo vytlačení krevních sraženin (podrobnosti v textu trombóza).

11.2.1 Faktory ovlivňující vyprazdňování stolice

A) Biologicko-fyziologické faktory

(např. vývojové faktory, jídlo a pití, aktivita a pohyb, funkce zažívacího systému, nemoc atd.)

Věk je určujícím faktorem při vyprazdňování střeva. Ovlivňuje nejen charakter vyprazdňování, ale zejména jeho kontrolu. U batolat a mladších to je reflexní činnost. Vyprazdňování patří mezi hygienické návyky a **dítě si je osvojuje v období mezi prvním a druhým rokem života**. Postupně se učí ovládat vyprazdňování vůlí. **Stáří** mohou doprovázet určité změny, které mohou ovlivňovat vyprazdňování tlustého střeva (např. atonie hladké svaloviny tlustého střeva, snížený tonus břišních svalů nebo omezená kontrola zevních sfinkterů). V období stáří se u některých lidí objevují i těžší problémy s vyprazdňováním (např. inkontinence stolice). Jejich příčinou je snížená nebo ztráta tonu svěračů, omezení je ovládat vůlí.

Jídlo a pití ovlivňují vyprazdňování stolice. Dostatečný objem potravy na zajištění objemu stolice a to hlavně vlákniny a celulóza. Nepravidelné stravování nebo dietní chyba mohou narušit pravidelnou defekaci. Při větších ztrátách tekutin (průjem, zvracení) dojde ke vstřebání tekutin z natráveniny - stolice se zahustí. Kořeněná jídla, bakteriální toxiny a různé jedy mohou dráždit GIT, vyvolat průjem a velkou plynatost.

Aktivita a pohyb stimulují peristaltiku střev a tím usnadňují pohyb natráveniny tlustým střevem. Čím víc člověk cvičí - tím lepší svalový tonus zvýšený metabolismus. Nedostatek pohybu nebo hůř imobilita může narušit střevní peristaltiku a svěračů. Nedostatek pohybu, popř. imobilita člověka mají vážné následky pro vyprazdňování stolice.

Nemoc ovlivňuje velmi často defekaci vlivem patologických stavů. Primárně se bude jednat o onemocnění tenkého a tlustého střeva, konečníku, např. Morbus Crohn, ulcerosní colitida, nádorová onemocnění, anální fisury, hemeroidy. Imobilizační syndrom ovlivňuje vyprazdňování stolice. Problémy s vyprazdňováním stolice mají imobilní, nesoběstační nemocní. Pocit studu brání přirozenému vyprazdňování, nedostatek soukromí vede k potlačení nucení na stolici a oddálení defekace. Vyprazdňování stolice ovlivňuje poranění míchy a hlavy, změněná pohyblivost, špatná funkce análních svěračů. **Některými vedlejšími účinky léků** je průjem nebo naopak zácpa (např. opiáty). Laxancia jsou léky stimulující aktivitu tlustého střeva a tím napomáhají vylučování. Některé léky změkčují stolici a ulehčují defekaci (např. Lactulosa). Jiné zpomalují peristaltiku a používají se k léčbě průjmu (např. Reasec).

Anestézie a operační výkon (zvláště pokud se manipuluje se střevem) snižují, až zastavují motilitu střev, obnovení střevních pohybů může být v pooperačním období problematické a může vyústit až v pooperační ileus. Tento stav trvá obvykle 24-48 hodin. Pacienti pociťující **bolest** při defekaci často potlačují nucení na stolici a může tak vzniknout zácpa.

Z hlediska **fyziologického** zajišťuje pravidelné, přiměřené uspokojování potřeby vyprazdňování rovnováhu (homeostázu) v organismu. Způsob uspokojení potřeby vyprazdňování je individuální. Každý jedinec má svojí optimální normu pro uspokojení potřeby vyprazdňování - někdo jednou denně, jiný i třikrát denně. Každý člověk má také určité nároky na intimitu, diskrétnost, respektování studu při vyprazdňování. Tento nárok je nejobtížnější poskytnout lidem upoutaným na lůžko.

B) Psychologické faktory

(např. **životní styl, osobnost člověka, sebepojetí, sebekoncepce, emocionální ladění atd.**)

Vedle biologického hlediska vyprazdňování je nutné se zmínit i psychosociálním nástupu. Dostatečné vyprázdňování navozuje pocity libosti a spokojenosti, ale při nedostatečném pocitu je vyprazdňování provázeno **somatickými obtížemi** např. bolestí, nadýmáním atd. **včetně negativních emočních stavů** (např. napětí, nervozita, úzkost atd.).

Životní styl člověka, způsob výživy, pohybová aktivita mají vliv na vyprazdňování. Jak bylo uvedeno výše, příjem potravy, tekutin, pohybová aktivita jsou v úzké vazbě na vylučování stolice. Uspokojování potřeby vyprazdňování pozitivně ovlivňuje psychiku člověka, jeho náladu. Nácvik pravidelného, bezproblémového vyprazdňování je prevencí duševního napětí a stresu.

Osobnostní vlastnosti člověka, emociální labilita nebo stabilita ovlivňují střevní peristaltiku. Emocionálně labilní lidé mají zrychlenou střevní motilitu a mohou trpět průjmy. U depresivních lidí je častá pomalá střevní peristaltika, která často vede k obstrukci (zácpě).

Strach, úzkost, stres jako negativní emociální stavy zrychlují střevní peristaltiku. Vlivem psychického napětí mají někteří lidé časté nucení nejen na močení. Nedostatek soukromí, nebo samotný pocit nedokonalého vyprázdňování vede k nepříznivým psychickým reakcím - objevuje se úzkost, strach, stres. Tento nepříznivý duševní stav je dále zhoršován pocitem nedokonalého vyprázdňování.

C) Sociálně-kulturní faktory

(např. **tabulizace problému, diskrétnost, intimita, soukromí atd.**)

Vyprazdňování stolice v soukromí je obecným pravidlem a zvyklostí ve všech kulturách. Civilizace a společenské konvence způsobily, že **člověk chce být při defekaci sám**. Pro většinu lidí je např. obtížné defekovat na společných záchodech, je-li v blízkosti druhá osoba. Je proto pochopitelné, že nemocný, kteří jsou upoutáni na lůžko a musí **defekovat na pokoji v přítomnosti ostatních pacientů**, mají velké potíže s vyprazdňováním. Způsob uspokojování potřeby vyprazdňování vychází z daných kulturních zvyklostí a naučených způsobů chování.

D) Faktor životního prostředí

(např. **bytové podmínky, úroveň hygieny atd.**)

Úroveň hygieny a bytové podmínky ovlivňují kulturnost sociálních zařízení. Toalety ve veřejných prostorách - nemocnicích, restauracích, školách, jejich vybavení a estetická úroveň ovlivňují způsob uspokojování potřeby vyprazdňování.

11.2.2 Poruchy ve vyprazdňování stolice

Průjem (diarrhoe)

Je častější vyprazdňování tlustého střeva (minimálně 3 řídké stolice za den). Nemocný ztrácí hodně tekutin, hrozí dehydratace a metabolický rozvrat. Velmi nebezpečný je průjem především pro malé děti a staré lidi. **Akutní průjem** může být vyvolán infekcí, nevhodnou stravou, některými léky a psychickými faktory (stres). **Chronický průjem** provází střevní záněty, nemoci pankreatu, malabsorpční syndrom apod. **Paradoxní průjem** u těžké zácpy (tzv. falešný průjem) spečená stolice (skybala) nemůže projít řitním otvorem, dráždí sliznici konečníku a esovitě kličky k produkci hlenu, který potom odchází s trochou hlenu jako falešný průjem.

Zásady ošetřování pacienta s průjmem:

- lůžko nemocného vybavíme gumovou a plátěnou podložkou,
- ložní a osobní prádlo vyměňujeme dle potřeby (možnost plenkových kalhotek),
- zajistíme hygienické pomůcky,
- důraz klademe na hygienu genitálu a konečníku a ochraně kůže před opruzením,
- podáváme větší množství tekutin (při zvracení a těžkém stavu parenterálně),
- sledujeme a zapisujeme bilanci tekutin,
- podáváme stanovenou dietní stravu (např. čaj, rýžový odvar, později rýži, starší pečivo, libové maso) – postupně se vracíme k normální stravě,
- léky podáváme podle ordinace lékaře (např. střevní dezinficiencia, u infekčních ATB či chemoterapeutika),

Zácpa (obstipace)

Je vylučování malého množství suché, tvrdé stolice nebo úplné zastavení jejího vylučování. Vyprazdňování stolice je individuální (nejméně 1x za dva dny).

Typy zácpy:

- symptomatická – jako součást onemocnění střev,
- návyková – vzniká útlumem defekačního reflexu a používáním projímadel,
- jako nemoc – vzniká přechodně při změně výživy, prostředí.

Příznaky zácpy:

- snížená frekvence defekace,
- tvrdá, suchá stolice,
- namáhavé vyprazdňování,
- bolest při vyprazdňování,
- bolesti břicha,
- tlak v konečníku, pocit bolesti,
- napětí břicha,
- snížená chuť k jídlu,
- nadměrné užívání podpůrných defekačních prostředků.

Léčba:

- režimová opatření – dostatek pohybu, pravidelná strava bohatá na vlákninu, 2-3 litry tekutiny (např. voda, minerálky, ovocné čaje ne černé),
- zavádění čípků,
- klyzma.

Čípky

- Mají kónický tvar, polotuhou konzistenci, jsou učeny k zavádění do konečníku. Před zavedením čípku pacienta dostatečně edukujeme. Samostatný pacient si zavádí čípky sám, ostatním zavádí čípek sestra.

- Pacienta uložíme do polohy na bok a oblékneme si rukavice. Pacienta požádáme, aby zhluboka dýchal, roztáhneme mu hýždě a ukazovákem zavedeme čípek za zevní svěrač. Hýždě tlačíme k sobě do doby, než pacient pocítí nucení na stolici. Po odchodu stolice provedeme záznam do dekursu.

Digitální vybavení stolice

Manuální vybavení tvrdé spečené stolice (skybala). Výkon provádí lékař nebo pověřená sestra.

Pomůcky:

- ochranné rukavice,
- lubrikační prostředek,
- buničitá vata, emitní miska,
- ochranná absorpční rouška,
- podložní mísa,
- emitní miska.

Postup:

- poučení pacienta o výkonu,
- navléknutí dvou ochranných rukavic na pravou ruku,
- ukazovák pravé ruky natřít lubrikačním krémem a opatrně zasunout do konečníku,
- mírným ohnutím konečného článku prstu se snažit stolici po kouskách vyjímat,
- po výkonu úklid pomůcek a provedení záznamu o výkonu a výsledku defekace do dokumentace,
- stolici vybavujeme i při paradoxním průjmu (nemocný má zácpu a přitom odchází řídká stolice kolem skybaly),
- dojde-li v průběhu výkonu k defekaci, necháme pacienta přirozeně vyprázdnit,
- při komplikacích (krvácení) výkon přerušíme a informujeme lékaře.

Inkontinence stolice

- ztráta schopnosti volní kontroly vylučování stolice a plynů análním svěračem,
- částečná (parciální) inkontinence je neschopnost kontrolovat odchod plynů nebo zabránit malému odchodu stolice,
- celková inkontinence je neschopnost kontrolovat odchod stolice normální konzistence,
- jedná se o vážný emocionální problém, který může vyústit do sociální izolace,
- úkolem sestry je pomoc při výběru vhodných pomůcek,
- při ošetřování je nutné věnovat pozornost zvýšené hygieně okolí análního otvoru.

11.2.3 Ošetřovatelský proces u pacienta-klienta při vyprazdňování stolice

Ošetřovatelský proces představuje myšlenkový algoritmus a sérii činností, které na sebe bezprostředně navazují. Dohromady vytvářejí jeden dynamický celek. Každá fáze ošetřovatelského procesu má své nezastupitelné místo a její správné provedení má vliv na ostatní fáze procesu. Ošetřovatelský proces je **myšlenkový algoritmus** a série vzájemně propojených **činností, které vedou k uspokojení potřeb nemocného/klienta**. Je to

racionální metoda poskytování a řízení ošetřovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které profesionálové v ošetřovatelství používají. Je to individualizovaný přístup k ošetřovatelské péči o pacienta, orientovaný na řešení problému. Ošetřovatelský proces je cyklický a pokračující proces, který může v kterékoli etapě skončit, je-li problém vyřešen. Ošetřovatelský proces existuje pro každý pacientův problém a pro každý element péče o pacienta. Ošetřovatelský posudek péče povede ke změně implementace (realizace) péče, a potřeby pacientů se pravděpodobně mění během jejich pobytu v nemocnici tak, jak se jejich zdraví zlepšuje nebo zhoršuje. Ošetřovatelský proces se soustředí nejen na metody zlepšení pacientových fyzických potřeb, ale i na sociální a emocionální potřeby.

Ošetřovatelský proces si anglicky mluvící často pamatují jako akronym (zkratku) ADPIE:

- 1) **Assessment** - hodnocení (potřeb pacienta),
- 2) **Diagnosis** - diagnóza (lidských odpovídajících potřeb, kterým práce sester může asistovat),
- 3) **Planning** - plánování (péče o pacienta),
- 4) **Implementation** - realizace (péče),
- 5) **Evaluation** - hodnocení, posudek (výsledků implementované péče).

V této části textu se věnujeme druhé a třetí fázi ošetřovatelského procesu – diagnostice a plánování u pacienta/klienta při vyprazdňování stolice:

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I taxonomie II dle NANDA INTERNATIONAL, 2013. Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012-2014. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

Zácpa (00011)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému

Definice: Pokles běžné frekvence defekace doprovázený obtížným nebo nekompletním odchodem stolice anebo odchodem nepřiměřené tuhé, suché stolice.

Určující znaky:

- bolest břicha,
- citlivost břicha a palpační svalovou rezistencí,
- anorexie,
- atypické projevy u starších osob (např. změny psychiky, močová inkontinence, nevysvětlitelné pády, zvýšená tělesná teplota),
- borborygmus,
- světle červená krev ve stolici,
- změna ve vzorci vyprazdňování,
- snížená frekvence stolice,
- snížený objem stolice,
- vzedmuté břicho,
- pociťování plnosti rektu,
- pociťování tlaku v rektu,
- celková únava,
- tvrdá, formovaná stolice,
- bolest hlavy,

- hyperaktivní střevní zvuky,
- hypoaktivní střevní zvuky,
- zvýšený nitrobřišní tlak,
- porucha trávení,
- nauzea,
- unikající tekutá stolice,
- bolest při defekaci,
- palpačně zjištěna masa stolice v břiše,
- palpačně zjištěna masa stolice v rektu,
- poklepem zjištěný tupý zvuk v břiše,
- přítomnost měkké pastózní stolice v rektu,
- silná plynatost,
- námaha při defekaci,
- neschopnost posunu stolice,
- zvracení.

Související faktory:

Funkční

- oslabené břišní svaly,
- habituální ignorování naléhavosti defekace,
- nedostatečné vyprazdňování (např. chybí časování, pozice pro vyprazdňování, soukromí)
- nedostatečná fyzická aktivita,
- nepravidelné defekační návyky,
- nedávné změny prostředí,

Psychogenní

- deprese,
- emoční stres,
- psychická zmatenost,

Farmakologické

- antacida obsahující hliník,
- anticholinergika,
- antikonvulziva,
- antidepressiva,
- antilipidemika,
- soli bizmutu,
- kalcium karbonátu,
- blokátory kalciových kanálů,
- diuretikum
- soli železa, předávkování laxativy,
- nesteroidní protizánětlivé léky,
- opiáty,
- fenotiaziny,
- sedativa,
- sympatomimetika.

Mechanické

- nerovnováha elektrolytů,

- hemoroidy,
- Hirschsprungova nemoc (megakolon),
- neurologické poškození,
- obezita,
- pooperační obstrukce,
- těhotenství,
- zvětšení prostaty,
- rektální absces,
- rektální, anální striktury,
- prolaps konečníku,
- rektální vřed,
- rektokéla,
- tumory.

Fyziologické

- změny ve stravovacích vzorcích,
- změny obvyklých jídel,
- snížená motilita gastrointestinálního traktu,
- dehydratace,
- špatný stav dentice,
- nedostatečná orální hygiena,
- nedostatečný příjem vlákniny,
- nedostatečný příjem tekutin, nevhodné stravovací návyky.

Ošetřovatelské intervence:

A) Zjištění příčin a vyvolávajících faktorů

- proberte obvyklý způsob stravovací režim, všimněte si stavu tekutin dutiny ústní a zubů vzhledem k možnému vlivu na příjem,
- určete příjem tekutin, zejména z hlediska jejich případného nedostatku,
- zhodnoťte užívání léky, možné interakce a vedlejší účinky (např. narkotika, antacida, chemoterapie, železo, rengenokontrastní látky např. baryum, steroidy),
- posuďte míru energie/aktivity a způsob pohybu/cvičení,
- zkoumejte, které oblasti by mohly být zdrojem stresu (např. osobní vztahy, faktory související se zaměstnáním, finanční problémy),
- posuďte přístupnost záchodu, soukromí a schopnost samostatně pečovat o vlastní osobu,
- ptejte se na bolest při defekaci, prohlédněte perianální oblast, zda zde nejsou hemeroidy, fisury, kožní defekty či jiné abnormální nálezy,
- zjistěte, zda pacient užívá projímadla nebo klyzmata, pátrejte po známkách abúzu projímadel,
- upřesněte osobní anamnézu (např. metabolická nebo endokrinní onemocnění, těhotenství, prodělané operace, megakolon),
- vyšetřete palpačně břicho s ohledem na rozpětí či rezistenci,
- dle indikace zkontrolujte přítomnost spečené stolice,
- spolupracujte při celkovém vyšetření ke zjištění příčiny stavu.

B) Zjištění obvyklého způsobu vyprazdňování

- proberte s pacientem obvyklý způsob vyprazdňování a problémy, jimiž je provázáno,

- poznamenejte faktory, které obvykle mají stimulační účinek i rušivé okolnosti.

C) Posuzování současného způsobu vyprazdňování

- zaznamenej barvu, zápach, konzistenci, množství a frekvence stolice, tento výchozí stav poslouží nadále pro srovnání a lepší rozpoznání změny,
- určete trvání současného problému a stupeň jeho stížnosti (např. dlouhodobá záležitost, s níž pacient žije mnoho let, anebo zácpa vzniklá po chirurgickém zákroku vyvolávající značně obtíže pacienta), odpověď pacienta nemusí být úměrná závažnosti stavu,
- vyšetřete auskultačně břicho a popište přítomnost, lokalizaci a povahu střevních zvuků, které jsou odrazem střevní činnosti,
- poznamenejte užívání projímadel/klyzmat,
- přesvědčte se o současném způsobu výživy a příjmu tekutin.

D) Usnadnění obnovy obvyklého/přijatelného způsobu vyprazdňování

- vysvětlete význam konzumace (většího množství) vlákniny včetně ovocných šťáv obsahující dužinu, doporučte pití teplých stimulačních nápojů (např. kávy bez kofeinu, horké vody, čaje), podporující zvlhčení stolice,
- mějte pacienta k tomu, aby se více pohyboval/cvičil v rámci svých možností, aby se stimulovaly kontrakce střeva,
- dbejte na dostatek soukromí a pravidelnou dobu pro defekaci (je-li to možné, dejte přednost záchodu nebo přenosné židli s nočníkem před podložní mísou),
- dle vhodnosti podporujte/navrhněte léčbu základní příčiny (např. onemocnění štítné žlázy) ke zlepšení celkového stavu včetně funkce střev,
- dle ordinace na rutinně (např. u pacientů na opiátech nebo imobilní) podávejte změkčovačla stolice, mírná stimulancia nebo prostředky zvětšující objem stolice,
- dle potřeby používejte lubrikanty, anestetické masti do konečníku,
- podávejte klyzmata, proveďte digitální vybavení spečené stolice,
- po defekaci provádějte sedací koupel s tišícím účinkem na rektální oblast,
- při dlouhodobé či přetrvávající střevní dysfunkci zaveďte střevní program, zahrnující glycerinové čípky a dle vhodnosti digitální stimulaci.

E) Posílení zdraví (posílení/instrukce před propuštěním)

- prodiskutujte s pacientem, co je fyziologický stav a jaké změny ve vyprazdňování jsou ještě přípustné,
- podejte poučení o vztahu mezi dietou, cvičením, dostatek tekutin a přiměřeným užíváním projímadel, je-li to indikované,
- vysvětlete podstatu úspěšných zákroků a vybídněte pacienta k tomu, aby pokračoval v jejich provádění,
- doporučte pacientovi pravidelně zaznamenávat datum a hodinu, kdy byl na stolici, aby bylo snáze možné posoudit problémy dlouhodobějšího rázu,
- poradte, jak postupovat v případě návratu zácpy, s důrazem na včasný zákrok, umožňující pacientovi zůstat nezávislý.

Vnímaná zácpa (00012)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému

Definice: Samodiagnostikování zácpy s nadměrným užíváním laxantiv, klyzmat a čípků k zajištění denního pohybu střev.

Určující znaky:

- očekávání denního pohybu ve střevech,
- očekávání pohybu stolice ve stejnou dobu každý den,
- nadměrné užívání klyzmat,
- nadměrné užívání laxativ,
- nadměrné užívání čípků.

Související faktory

- vnímání zdraví v různých kulturách,
- vnímání zdraví v rodině,
- chybné vyhodnocení,
- narušené myšlenkové procesy.

Ošetřovatelské intervence:

A) Rozpoznání faktorů ovlivňujících individuální přesvědčení:

- zjistěte, co pacient chápe pod normálním fungováním střev,
- proveďte srovnání s aktuálním fungováním vyprazdňování střev,
- zjistěte, jakým způsobem pacient „koriguje“ domnělou zácpu.

B) Posílení zdraví (poučení/instrukce před propuštěním):

- prodiskutujte s pacientem, co je fyziologický stav a jaké změny ve vyprazdňování jsou ještě přípustné,
- poučte ho o škodlivých účincích užívání léků/klyzmatu,
- opakovaně zdůrazněte vztah mezi stravou/pohybem a vyprazdňováním střev,
- poskytněte podporu pomocí aktivního naslouchání a mluvejte s pacientem o jeho starostech/obavách,
- pobízejte k aktivitám zmírňujícím stres/zaměřujícím pozornost jiným směrem.

Riziko zácpy (00015)

- Doména 3: Vylučování a výměna
- Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému
- *Definice: Riziko snížení normální frekvence defekace doprovázené obtížným nebo nekompletním odchodem stolice anebo odchodem nepřiměřeně tvrdé, suché stolice.*

Rizikové faktory

Funkční

- oslabené břišní svaly,
- habituální ignorování naléhavosti defekace,
- nedostatečné vyprazdňování (např. načasování, poloha pro vyprazdňování, soukromí),
- nedostatečná fyzická aktivita,
- nepravidelné návyky defekace,
- nedávné změny v prostředí.

Psychogenní

- deprese,
- emoční stres,
- psychická zmatenost.

Fyziologické

- změny ve zvyklostech přijímat potravu,
- změny obvyklých jídel,
- snížená motilita gastrointestinálního traktu,
- dehydratace,
- špatný stav dentice,
- nedostatečná orální hygiena,
- nedostatečný příjem vláknin,
- nedostatečný příjem tekutin,
- nevhodné stravovací návyky.

Farmakologické

- antacida obsahující hliník,
- anticholinergika,
- antikonvulziva,
- antidepressiva,
- hypolipidemika,
- soli bizmutu,
- kalcium karbonátu (uhličitan vápenatý),
- blokátory kalciových kanálů,
- diuretika,
- soli železa,
- nadměrné užívání laxantiv,
- nesteroidní protizánětlivé léky (NSAID),
- opiáty,
- fenotiaziny,
- sedativa,
- sympatomimetika.

Mechanické

- nerovnováha elektrolytů,
- hemoroidy,
- Hirschsprungova nemoc (megakolon),
- neurologické poškození,
- obezita,
- pooperační obstrukce,
- těhotenství,
- zvětšení prostaty,
- rektální absces,
- rektální, anální fisury (trhliny konečníku, řitní trhliny),
- rektální, anální striktury,
- prolaps konečníku,
- rektální vřed,
- rektokéla,
- tumory.

Ošetřovatelské intervence:

A) Zjištění individuálních rizikových faktorů/potřeb:

- vyšetřete břicho poslechem a popište přítomnost, lokalizaci a charakter střevních zvuků, které jsou odrazem činnosti střev,
- proberte s pacientem obvyklý způsob vyprazdňování a používání projímadel,
- posuďte pacientovo přesvědčení a praktiky v souvislosti s vyprazdňováním, např. že „musí na toaletu každý den, potřebuje klyzma“,
- zjistěte současnou situaci a možný dopad na fungování střev (např. stav po operaci, užívání léků ovlivňující funkci střev, pokročilý věk, slabost, deprese a ostatní výše vyjmenované rizikové faktory),
- překontrolujte léky (aktuálně i chronicky užívané) z hlediska ovlivnění střevní funkce,

B) Podpora normálního fungování střev:

- poučte pacienta o významu dietní vlákniny a látek zvětšující objem stolice na zlepšení konzistence stolice a usnadnění pasáže tlustým střevem
- zdůrazněte přiměřený příjem tekutin včetně vody a džusů s obsahem ovocné dužiny, doporučte pití teplých stimulačních nápojů (káva bez kofeinu, teplá voda, čaj) ke zvlhčení/změkčení stolice,
- mějte pacienta k tomu, aby se více pohyboval/cvičil v rámci svých možností, aby se stimulovaly kontrakce střeva,
- dbejte na dostatek soukromí a pravidelnou dobu pro defekaci (je-li to možné, dejte přednost záchodu nebo přenosné židli s nočníkem před podložní mísou),
- dle potřeby podávejte běžná změkčovadla stolice, mírná stimulantia nebo prostředky zvětšující objem stolice (zejména pacientům užívající analgetika, opiáty nebo osobám omezeně pohyblivých či v bezvědomí),
- určete frekvenci, barvu, konzistenci a množství stolice, zaznamenejte výchozí stav tak, aby bylo později možné srovnání a časné rozpoznání změn.

C) Posílení zdraví (posílení/instrukce před propuštěním)

- prodiskutujte s pacientem, co je fyziologický stav a přijatelně odchyly způsobu vyprazdňování, toto poznání pomůže zmírnit starosti/obavy ze situace,
- věnujte se individuálním rizikovým faktorům/potenciálním problémům a specifickým způsobem řešení,
- zdůrazněte řádné užívání léků,
- dle vhodnosti vybídněte pacienta k zapisování hodin a data stolice, aby bylo možno lépe posoudit funkci střev,
- viz též ošetřovatelská diagnóza Zácpa (00011), Vnímaná zácpa (00012).

Průjem (00013)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému

Definice: Průchod volné, neformované stolice.

Určující znaky:

- bolest břicha,
- tekutá stolice minimálně 3x denně,
- křeče,
- hyperaktivní střevní zvuky,

- naléhavá potřeba.

Související faktory:

Psychogenní

- úzkost,
- vysoká hladina stresu,

Situační

- nežádoucí účinky léků,
- abúzus alkoholu,
- kontaminující látky,
- abúzus laxantiv,
- radiace,
- toxiny,
- cestování,
- výživa sondou.

Fyziologické

- infekční procesy,
- zánět,
- podráždění,
- malabsorce,
- paraziti.

Ošetřovatelské intervence:

A) Posouzení příčinných faktorů/etiologie:

- zjistěte začátek a charakter průjmu, určete, zda je akutní nebo chronicky,
- ověřte a zaznamenejte frekvenci, charakter, množství stolice, obvyklou denní dobu a vyvolávající faktory průjmu,
- povšimněte si, zda jsou epizody průjmu provázeny bolestí,
- vyšetřete břicho poslechem a popište přítomnost, lokalizaci charakter střevních zvuků,
- všimněte si různých doprovodných symptomů, např. horečky/třesavky, bolestí/křečí v břiše, rozrušení, fyzického vyčerpání atd.,
- posuďte anamnézu stravovacích návyků a povšimněte si stavu výživy, příjmu tekutin, a elektrolytové rovnováhy,
- udělejte si přehled o lécích, které pacient užívá, zaznamenejte jejich vedlejší účinky a možné interakce, nezapomeňte na léky užívané v poslední době – zejména antibiotika,
- posuďte vystavení pacienta odlišnému/cizímu prostředí, změnu v pití vody (např. jiný zdroj pitné vody) nebo příjmu potravy (jiná kuchyně) a výskyt podobných potíží u druhých osob, tyto informace mohou odhalit zevní faktory jako příčinu průjmu,
- pátrejte po prodělané operaci zažívacího ústrojí, souběžné chronické nemoci/léčbě, alergiích na jídlo/léky a nesnášenlivosti laktózy,
- seznáňte se s výsledky vyšetření stolice (na přítomnost krve, tuku, infekce atd.),
- mějte na paměti, že příčinou může být tuhá stolice v rektu,

B) Odstranění příčiny:

- dle indikace omezte příjem potravy, aby se snížilo zatížení střev,
- upravte složení stravy pacienta tak, aby neobsahovala pokrmy/živiny vyvolávající průjem,

- omezte konzum kofeinu a pokrmů s vysokým obsahem vlákniny, dle okolností nepodávejte mléko ani ovoce,
- při výživě enterální sondou věnuj pozornost složení a frekvenci dávek, popřípadě proveďte vhodné změny (např. výběr antacida),
- využívejte relaxačních technik (např. relaxačního cvičení, vizualizační techniky) ke snížení stresu a úzkosti,

C) Udržení hydratace a elektrolytové rovnováhy:

- posuďte výchozí hydrataci, pátrejte po postulární hypotenzi, tachykardii, sníženém kožním turgoru a slizničních změnách,
- věnujte pozornost abnormálním laboratorním nálezům,
- dle indikace podávejte léky proti průjmu, aby se snížila gastrointestinální motilita a ztráta tekutin,
- povzbuzujte pacienta k pití nápojů/tekutých pokrmů s bohatým obsahem elektrolytů, např. džusu, bujónu, komerčně vyráběných nápojů,
- v případě indikace podávejte tekutiny enterálně a intravenózně.

D) Udržení kožní integrity:

- dle situace pomozte s péčí o oblast v okolí konečníku (po každé stolici),
- dle potřeby aplikuj krémy/masti,
- dbejte, aby měl nemocný stále čisté suché osobní prádlo i povlečení lůžka,
- oblast hráze a hýždí vystavujte volně vzduchu/působení tepla (žárovková lázeň), aby kůže dobře oschla.

E) Podporujte normalizaci střevní činnosti:

- zvyšte příjem tekutin ústy a obnovte normální příjem stravy, jakmile ji pacient toleruje,
- povzbuzujte nemocného k příjmu tekutin ústy a obnovte normální příjem stravy, jakmile ji pacient toleruje,
- povzbuzujte nemocného k příjmu tekutin, které ho nedráždí,
- k obnovení normální střevní flóry doporučujeme přírodní dietní vlákninu a obyčejný přírodní jogurt,
- podávejte dle ordinace lékaře potlačující infekční proces, snižující motilitu a/nebo zvyšující vstřebávání vody.

F) Posílení zdraví:

- znovu posuďte faktory a potřebná opatření, aby nedocházelo k recidivám,
- vyhodnoťte individuální stresové faktory a způsoby, jak jim čelit,
- shrňte nejdůležitější zásady pro přípravu jídla, zdůrazněte nutnou dobu varu a řádně uchovávání/skladování potravin, aby nedocházelo k růstu bakterií nebo kontaminaci,
- prohovořte možnost vzniku dehydratace a význam včasného nahrazení tekutin,
- promptně reagujte na zavolání nemocného, dle potřeby ponechejte podložní mísu nebo židli s nočníkem poblíž lůžka, aby se pacient mohl sám obsloužit a nebyl odkázán na pomoc ostatních,
- pečuj o soukromí a dle vhodnosti vyjádřete psychickou podporu,
- podle závažnosti problému prodiskutujte užívání podložek pro inkontinentní osoby a ochranu ložního prádla a nábytku.

Dysfunkční gastrointestinální motilita (00196)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému

Definice: Zvýšená, snížená, neefektivní nebo neexistující peristaltická aktivita v rámci gastrointestinálního traktu.

Určující znaky:

- křeče v břiše,
- abdominální distenze,
- bolest břicha,
- absence plynatosti,
- zrychlené vyprazdňování žaludku,
- žaludeční reziduum zbarvené žlučí,
- změna střevních zvuků (např. nepřítomnost, hypoaktivní, hyperaktivní),
- průjem,
- potíže s odchodem stolice,
- suchá stolice,
- tvrdá stolice,
- zvýšené žaludeční reziduum,
- nauzea,
- regurgitace,
- zvracení.

Související faktory:

- stárnutí,
- úzkost,
- enterální výživa,
- netolerance jídla (např. lepek, laktóza),
- imobilita,
- příjem kontaminovaných látek (např. v jídle, ve vodě),
- malnutrice,
- farmaceutické látky (např. narkotika/opiáty, laxativa, antibiotika, anestetika),
- předčasně narozené dítě,
- sedavý způsob života,
- operace.

Riziko gastrointestinální motility (00197)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému

Definice: Riziko zvýšené, snížené, neefektivní nebo neexistující peristaltické aktivity v rámci gastrointestinálního traktu.

Rizikové faktory:

- operace břicha,
- stárnutí,
- úzkost,
- změna jídla,
- změny vody,

- snížená GIT cirkulace,
- diabetes mellitus,
- netolerance jídla (např. lepek, laktóza),
- onemocnění gastroezofageálního refluxu,
- imobilita,
- infekce (např. bakteriální, parazitární, virová),
- farmaceutické látky (např. antibiotika, laxativa, narkotika/opiáty, inhibitory protonové pumpy),
- předčasně narozené dítě,
- sedavý způsob života,
- stres,
- nehygienická příprava jídla.

Inkontinence stolice (00014)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému

Definice: Změna v normálním vyprazdňování střeva charakterizovaná nechtěným odchodem stolice.

Určující znaky:

- neustále odkapávání měkké stolice,
- fekální zápach,
- fekální znečištění lůžkovin,
- fekální znečištění oblečení,
- neschopnost pozdržet defekaci,
- neschopnost rozpoznat naléhavost defekace,
- nevěnování pozornosti naléhavosti defekace,
- vnímání plnosti rektu, ale neschopnost vytlačit formovanou stolicí,
- zarudnutí pokožky v perinatální oblasti,
- stížnost na vlastní neschopnost vnímat plnost rektu,
- naléhavá potřeba.

Související faktory:

- nezvykle vysoký abdominální tlak,
- nezvykle vysoký intestinální tlak,
- chronický průjem,
- kolorektální léze, stravovací návyky,
- environmentální faktory (např. nedostupná toaleta),
- celkově ochablý svalový tonus,
- imobilita,
- zhutnění stolice,
- zhoršená kognice,
- poškozená kapacita rezervoáru,
- neúplné vyprazdňování střev,
- nadměrné užívání laxativ,
- ztráta kontroly nad rektálním svěračem,
- poškození periferního motoneuronu (dolního motorického nervu),

- léky,
- abnormalita rektálního svěrače,
- stres,
- deficit sebek péče z hlediska vyprazdňování,
- poškození centrálního motoneuronu (horního motorického nervu).

Ošetřovatelské intervence:

A) Posouzení příčinných/rizikových faktorů:

- zjištění přítomnosti patofyziologických faktorů (např. roztroušená skleróza, akutní/chronické kognitivní poškození, poranění míchy, cévní mozková příhoda, ileus, ulcerózní kolitida),
- povšimněte si doby/aspektů výskytu inkontinence a předcházejících/spouštěcích momentů,
- zkontrolujte přítomnost/absenci reflexu análního svěrače, případně spečené stolice, které se na inkontinenci často podílí,
- udělejte si přehled o medikaci z hlediska vedlejších účinků a interakcí léků,
- proveďte vyšetření stolice na příměs krve,
- vyšetřete palpačně břicho k vyloučení distenze, rezistence či bolestivosti.

B) Určení současného způsobu defekace:

- všimněte si charakteru stolice (barva, zápach, konzistence, množství, tvar a frekvence), poznamenejte výchozí stav,
- vedte pacienta nebo jeho blízké k zaznamenávání doby, kdy k inkontinenci dochází, aby bylo možno posoudit souvislost s jídly, činnostmi a chováním pacienta,
- vyšetřete břicho poslechem ke zjištění přítomnosti, lokalizace a charakteru střevních zvuků.

C) Podpora zvládnutí inkontinence:

- asistujte při léčbě příčin a vyvolávajících faktorů (viz seznam souvisejících faktorů),
- vytvořte střevní program s pravidelnou dobou pro defekaci, dle indikace používejte čípky a/nebo digitální stimulaci, zpočátku dodržujte režim denně, poté každý druhý den podle charakteru/množství stolice,
- ve zvolených intervalech doprovodte pacienta na záchod/posadte ho na přemístitelnou židli s nočníkem nebo podložní mísu, přehlédněte k individuálním potřebám a charakteru inkontinence, aby program měl co nejlepší výsledky,
- poučte nemocného/pečovatele o význam vysokého podílu zbytkových látek/vlákniny ve stravě a dostatečného příjmu tekutin (minimálně 2-2,4 litru denně), zdůrazněte vhodnost teplých nápojů po jídle, zjistěte a vynechejte problémové potraviny, způsobují průjem/zácpu nebo nadměrnou plynatost,
- dle indikace podávejte prostředky změkčující stolici/zvyšující objem stolice,
- pečujte o okolí konečníku, aby nedošlo k exkoriacím v této oblasti,
- dle možností vedte nemocného k pravidelnému cvičení, zvyšujícímu tonus/sílu svalů včetně perineálních,
- než dojde k obnově kontinence, doporučte nemocnému vhodné pomůcky a hygienické prostředky,
- naučte ho vhodným praktickým způsobům (např. kontrakce břišních svalů, předklon při sezení na míse, manuální komprese) ke zvýšení nitrobřišního tlaku během defekace a masáž břicha ve směru zleva doprava ke stimulaci peristaltiky.

D) Posílení zdraví (poučení/instrukce před propuštěním):

- povzbuzujte pacienta k pokračování v úspěšných zákrocích vyhovujících jeho potřebám,

- dle indikace podejte instrukce o užívání projímadel nebo změkčovadel stolice tak, aby byla stimulována pravidelná defekace,
- poznamenejte, která jídla prospívají pravidelnému vyprazdňování střev,
- vyjádřete nemocnému/jeho blízkých citovou podporu, zvláště pokud jde o dlouhodobý nebo chronický stav,
- dle stavu upravte rozvrh jeho společenských aktivit, aby byl slučitelný se střevním programem pacienta (např. neplánujte čtyřhodinovou exkurzi, když střevní program vyžaduje vyprazdňování každé 3 hodiny), aby se zlepšilo sociální zapojení a úspěch ve zvládnutí střevního programu.

12 Zmírňování bolesti - posuzování, plánování a realizace ošetřovatelské péče při uspokojování potřeby

Bolest patří nerozlučně k lidskému životu. Každý z nás ví co je to bolest pouze do určité míry, kterou ovlivňuje osobní zkušenost člověka s bolestí. Bolest vždy něco signalizuje, je příznakem nějakého hlubšího problému nebo poškození a **je ryze subjektivní**, což znamená, že ji dokáže popsat pouze člověk, který bolest cítí. Může být do jisté míry zdravá a to jako **bolest akutní**, která nás upozorňuje na začínající problém nebo tělesnou a duševní nepohodu. **Chronická bolest** ničí a devaluje. Bolest často u pacientů vyvolává další emocionální reakce jako je strach, stres, úzkost, hněv až deprese. U dlouhodobé bolesti dochází u pacienta k fyzickému i psychickému utrpení, k narušení osobních vztahů se známými, přáteli a především k narušení vztahů v rodině. Dochází k narušení hodnotového žebříčku pacienta. Bolest činí člověka závislým a snižuje úroveň jeho sebekvěty. Zejména každý zdravotnický pracovník by měl přijmout bolest člověka jako závažný problém a ten zodpovědně řešit. Respektovat a chápat takovou bolest u pacienta, jakou nám pacient udává.

Literatura:

- ADAMUS, Milan a kol. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2425-5.
- BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.
- DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. 1. vyd. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-294-8.
- FRÝDLECKÁ, Helena, HEŘMANOVÁ, Jana, STAŇKOVÁ, Marta a kol. *Lemon 1*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, (a)1996. 125 s. ISBN 80-7013-234-5.
- FRÝDLECKÁ, Helena, HEŘMANOVÁ, Jana, STAŇKOVÁ, Marta. *Lemon 3*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 158 s. ISBN 80-7013-244-2.
- MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka, FROŇKOVÁ, Marie, HERMANOVÁ, Renáta, ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I*. Aktual. a doplň. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6.

HERDMAN, T. Heather, KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

VOJTEKOVÁ, Ivana a kolektiv. *Vybrané kapitoly z ošetřovatelství pro studenty všeobecného lékařství*. 1. vyd. Bratislava: Asklepios, 2010. ISBN 978-80-7167-152-7.

VORLÍČEK, Jiří, ABRAHAMOVÁ, Jitka, VORLIČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.

VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdenek, POSPÍŠILOVÁ, Yvona. *Paliativní medicína*. 2. vyd. přeprac. a dopl. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora, OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetřovatelství: koncepce, ošetřovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. ISBN 80-217-0528-0.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-285-X.

Odkazy na další studijní pomůcky, doplňkové zdroje informací k samostudiu, související webové stránky

Akutní bolest bolesti

<http://www.youtube.com/watch?v=9wG9LhvyS9k>

Aplikace rázové vlny při léčbě bolesti zad v bederní oblasti

<http://www.youtube.com/watch?v=Ro8g6iHeTpE>

Jak se nestát pacientem (MUDr. Jan Hnízdil)

<http://www.youtube.com/watch?v=0Gy4frLKdwc>

12.1.1 Teorie bolesti

Definice bolesti

Dle IASP (International Association for the Study of Pain) je **bolest považována jako nepříjemný smyslový nebo emoční zážitek spojený s přímým nebo hrozícím poškozením tkání, nebo který je v tomto smyslu popsán.**

Bolest je velmi nepříjemný subjektivní pocit, který prožívá člověk sám a nemůže se s ním podělit s ostatními. Může být tak intenzivní, že zaujme celou jeho mysl a změní i celý život.

Teorie bolesti

Teorie toho, jak lidské tělo vnímá bolest, proč vnímání bolesti **odlišuje od jiných vjemů**, a proč lidé v obdobných podmínkách bolest vnímají odlišně, se lékaři a vědci snaží objasnit mnoho staletí. Teorie se definuje na základě ústředních bodů, které by mohly vést k řešení problému, tvořených domněnkami. **Existuje více teorií bolesti**, které objasňují její přenos a vnímání.

Nejproslulejší jsou čtyři teorie bolesti: teorie specifity, teorie vzoru, vrátková teorie a paralelní procesní model.

a) Teorie specifity

Teorie specifity byla známá již před 200 lety a domnívá se, že impulzy bolesti vycházejí ze specifického **nociceptora** do centra bolesti do mozku. Teorii specifity prvně definoval

Descartes v roce 1664: specifická dráha pro bolest v míše přenáší informace z receptorů bolesti v kůži do centra bolesti do mozku, a že potvrzením bolesti je následné odtažení přiměřené části těla od nepříjemného podmětu, ke kterému dojde v důsledku nervové činnosti. Velký důraz se klade na mechanickou povahu bolesti. Psychologická a emoční dimenze bolesti a sociální činitelé se úplně opomíjejí. Tato teorie bolesti byla propagována nejdéle.

b) Teorie vzoru

Následovala po teorii specificity, zahrnuje několik rozdílných teorií, periferní teorii vzoru, centrální teorii a senzorickou teorii vzoru. Periferní teorie vzoru říká, že periferní nervová vlákna jsou stejná a stimulace vlákna se interpretuje centrálním nervovým systémem jako bolest. Centrální teorie předpokládá, že podráždění periferních senzitivních vláken stimuluje specifické oblasti v zadních rožích míšních a ty při stimulaci vyvolávají pocit bolesti. Tato teorie **vysvětluje fantomovy končetinové** bolesti a neuralgie. Senzorická teorie se domnívá, že do mechanismu bolesti jsou zapojeny **dva typy vláken**. Vlákna s malým a velkým průměrem. **Tenká vlákna vedou** impulzy vyvolávající bolest a **silnější vlákna** bolestivé impulzy **tlumí**. Při vyšším počtu stimulovaných tenkých vláken nad vlákny silnějšími vzniká bolest.

c) Vrátková teorie

Autoři této teorie bolesti jsou Melzack a Wall. Tvrdí, že impulzy bolesti mohou být vedeny periferními nervovými vlákny do spinální míchy modifikované už na úrovni míchy ještě před vniknutím do mozku. Vrátková teorie řízení bolesti se domnívá, že nociceptivní neurony v zadním rohu míšním jsou pomocí interneuronů snižovány vzruchovou aktivitou tlustých vláken kódujících aktivitu tlustých vláken mechanismem presynaptické inhibice. **Vzruchová aktivita** tenkých nociceptivních vláken A–delta a C vlákna tuto inhibici přerušuje (vrátka se otevírají) k uzavření vrátek vedou vlivy z endogenního systému analgezie.

d) Paralelní procesní model

Autoři tohoto modelu jsou Leventhal a Everhart (Kozierová a kol., 1995). Podle nich se fyziologické nebo neurologické rozpoznání pocitu bolesti a kognitivně–emočních vlastností bolesti ukončuje rozdílnými nervovými vlákny. Autoři této teorie tvrdí, že podle nich se bolest **promítá do třech úrovní**. První zahrnuje **autonomní** nervové kódování podnětů bolesti specifickými nervovými vlákny. Tyto vlákna umožňují uvědomění si bolesti a jejího významu. Druhá úroveň obsahuje **kombinaci tohoto nervového kódu** v kombinaci s bolestí. Třetí úroveň zahrnuje používání domněnek a názorů jedince na bolest, která ovlivňuje **osobní potřeby** a aktivity související s bolestí.

12.1.2 Posuzování bolesti

Posuzování bolesti

Bolest **není vůbec jednoduché zhodnotit je velmi subjektivní**, není ovlivněna pouze tělesnou patologií, ale velkou roli zde hrají kulturní a sociální faktory nemocného. Každý pacient může mít dramaticky odlišný práh bolesti, toleranci bolesti a odlišné vyjadřování bolesti. Lze dokonce o pacientových bolestech pochybovat zvlášť, když jeho chování neodpovídá interpretaci bolesti. Aby bolest byla co nejlépe vyšetřena, je důležité dodržovat **základní pravidlo**, že bolest je cokoli pacient za bolest označí a objevuje se kdykoliv pacient

řekne, že se objevuje. Pacientova interpretace bolesti a její intenzity je nejpřesnější a nejspolehlivější způsob hodnocení bolesti. Jestliže pacient hlásí bolest, je nutné to respektovat a dle toho rychle jednat, aby byla bolest co nejdříve zmírněna a pacient netrpěl.

Nejčastější **oblasti ošetřovatelského hodnocení** jsou:

- měření fyziologických funkcí,
- hodnocení bolesti,
- měření kvality psychiky pacienta,
- měření soběstačnosti,
- měření rizika komplikací atd.

12.1.3 Dolometrie – měření bolesti

Měření bolesti neboli **dolometrie** má k dispozici řadu různých metod. Patří sem jednak metody fyziologické, jednak psychologické. Do skupiny **fyziologického měření** bolesti patří metody měření evokovaných potenciálů, svalového napětí a zjišťování autonomní nervové činnosti. A do skupiny **psychologického hodnocení** patří zejména chování pacienta, metody sebehodnocení to znamená posuzování bolesti pacientem využitím hodnotících škál, dotazníků a standardizovaných psychologických testů.

a) Fyziologické měření bolesti

Evokované potenciály jsou **elektrické signály**, které vycházejí z mozku v odpovědi na senzorické podněty. Jde o zjištění podobná, s nimiž se setkáváme při zjišťování elektroencefalografu. Rozdíl je v tom, že se měří **elektrické potenciály** jen v místech mozku, kde se soustřeďuje aktivita přicházející z daného receptoru. Zjistilo se, že tyto údaje souhlasí se subjektivním hodnocení bolesti. Mají však omezenou působnost. Měření svalového napětí **elektromyografií** se použilo při měření bolesti. Zjistilo se, že u některých pacientů se toto napětí při výskytu bolesti zad enormně zvyšuje, u jiných naopak snižuje. Nyní se ukazuje, že elektromyografie je vysoce problematickým způsobem měření bolesti.

b) Psychologické metody měření bolesti, hodnotící škály

Psychologové se v kontaktu s pacientem snaží odpovědět na tyto otázky:

- kde to bolí, lokalizace bolesti,
- jak moc to bolí, intenzita bolesti,
- kdy to bolí, časový průběh bolesti,
- jak to bolí, kvalita bolesti,
- jak se dá daná bolest zmírnit, případně co bolest zhoršuje, terapie a psychoterapie bolesti.

Škály na **hodnocení bolesti hodnotí intenzitu bolesti**, což je jeden z nejméně subjektivních aspektů bolesti. Tyto škály nabízejí několik výhod, jak uvádí:

- jednoduché na použití,
- zaberou málo času,
- odhalí problémy, kdy je potřeba pečlivější vyšetření,
- když se používají před a po intervenci ke snížení bolesti, pomohou zjistit, zda byla intervence účinná.

Existuje mnoho druhů hodnotících škál, jak uvádí, před výběrem hodnotící škály je důležité zvážit u pacienta věk, zrak, schopnost číst a schopnost porozumět škále.

Škála hodnotící intenzitu bolesti

Neverbálně se může bolest hodnotit u **pediatrických pacientů** a u **dospělých**, kteří mají **problémy** s jazykem dané země. Běžná hodnotící škála se skládá z šesti různých **obličejů**, kdy na začátku škály je usmívající se obličej a na konci škály zamračený, plačtivý obličej. Při použití této škály je důležité pacientovi vysvětlit, že každý obličej znamená osobu s progresivně horší bolestí. Pacienta požádáme, aby vybral obličej, který nejlépe vyjadřuje jeho pocity.

Vizuálně analogová škála

Je nejrozšířenější metodou **numerického** hodnocení intenzity bolesti. Pomocí této škály hodnotí pacient intenzitu popisované bolesti na horizontální úsečce, na níž jsou číslice od 0 do 10. Číslice 0 odpovídá nulové bolesti a číslice 10 maximální bolesti, kterou si pacient dokáže představit. Nejvyšší přípustná hodnota bývá VAS 3, takže na VAS 4 je nutno léčebně reagovat. Hodnocení je prováděno také v závislosti na pohybu pacienta, kdy při pohybu často stoupá i pacientova bolest. Pomocí této hodnotící škály hodnotíme i účinnost léčby bolesti. Kdy zhodnotíme bolest před a po zahájení léčby. Pacienta je nutno poučit, že má udělat značku v místě **úsečky**, která určuje intenzitu jeho bolesti. Je důležité mít na zřeteli, že pro některé pacienty může být tato škála příliš abstraktní.

Číselná hodnotící škála

Číselná škála je zřejmě nejčastěji používaná škála k hodnocení bolesti. Lze ji požívat verbálně, kdy pacient zhodnotí svoji bolest číslem **od 0 do 10**, kdy 0 znamená žádná bolest a 10 nejhorší představitelná bolest. Tuto škálu lze použít i jako **vertikální** nebo **horizontální úsečku** s popisnými slovy a čísly. Většina pacientů považuje tuto škálu za rychlou a jednoduchou.

Slovně popisná škála

U této hodnotící škály pacient vybere popis své **bolesti ze seznamu přídavných jmen**. Bolest je: žádná, protivná, nepříjemná, hrozná, strašná a agonizující. Tato škála je stejně jako číselná škála rychlá a jednoduchá. Má, ale několik nevýhod: **omezuje pacientovy možnosti**, pacienti mají tendenci vybírat spíše střední hodnocení bolesti, než extrémní popisy a někteří pacienti nemusí rozumět všem přídavným jménům.

McGillský dotazník bolesti

Tento dotazník hodnotí mnoho dimenzí **neuropatické bolesti**. Dotazník zahrnuje dvacet kategorií popisu bolesti ve skupinách: sensorické složky, afektivní složky, jeden hodnotící komponent a různé pojmy. Stupnice od 0 do 5 umožňuje pacientovi vyjádřit intenzitu bolesti. Nákres lidského těla zepředu a zezadu dovoluje pacientovy bolest lokalizovat.

Tento dotazník je k dispozici v krátké a dlouhé verzi. Krátká verze používá 15 popisujících slov a její použití trvá méně než 5 minut. Dlouhá verze dotazníku obsahuje 78 popisujících slov a její použití trvá zhruba 20 minut. McGillský dotazník se může používat jako základní

zhodnocení i jako pravidelné vyšetření. Nekvantifikuje pacientovu bolest a není vhodný pro časté hodnocení bolesti.

Průvodce k hodnocení bolesti (Paint assessment guide)

Dotazník je poněkud zdlouhavý, ale může pomoci sesbírat důležité informace o celkovém prožitku pacientovy bolesti. Tyto dotazníky se mohou lišit v každém zdravotnickém zařízení.

Krátký inventář bolesti (Brief Pain Inventory)

Jako nástroje měření bolesti používáme dotazníky bolesti. K hodnocení bolesti je ve světě nejčastěji využíván dotazník Brief Pain Inventory (dále jen BPI). V České republice používáme zkrácenou formu BPI. V každodenní klinické praxi je třeba **zvážit**, zda jsou z hlediska léčby všechny získané informace relevantní a zda vyplňování dotazníku není pro pacienta zbytečnou **zátěží**. **Představují určitý návod**, jak pacientovi systematicky klást otázky, abychom pochopili jeho bolest, efekt zavedené léčby a vliv bolesti na jeho denní aktivity.

Neverbální projevy bolesti

Mezi neverbální projevy patří **paralingvistické projevy** (pláč, naříkání), **mimické projevy**, pohyby končetin, **posturologické projevy** (schoulení se, nahrbení), **aktivita autonomního nervového systému** (zrudnutí kůže, lapání po dechu). Mezi faktory ovlivňující bolest se řadí osobnostní rysy pacienta (emočně stabilní nebo naopak), dále si všímáme tolerance k bolesti, strachu a úzkosti, deprese, hysterie, ztráty orientace v nastalé bolestivé situaci.

12.1.4 Stupně intenzity bolesti

Doporučení k léčbě bolesti vyplývá z rozdělení bolesti do **tří stupňů** intenzity: **mírná** bolest, **střední** bolest a **silná** bolest. I přes to, že je intenzita bolesti velmi subjektivní, některé tkáně jsou více či méně na bolest citlivé. Toto dělení zrcadlí pacientem udávanou intenzitu bolesti. Pro jednotlivé stupně bolesti jsou doporučeny léčebné metody a lékové kombinace.

- Mírná bolest

Může být pro pacienta ucházející, i když je **nepříjemným příznakem** onemocnění. Vliv na celkový organismus zpravidla nemá.

- Střední bolest

Nejhorší bolest, kterou pacient udává, se **nachází v rozmezí 5-6 na číselné škále** od 0 do 10. Mnohdy bolest velmi **ovlivňuje** velkou část pacientova **života**. Je nutné zahájit farmakologickou léčbu a zhodnotit efektivitu léčby.

- Silná bolest

Nejhorší bolest v **rozmezí 7-10** na číselné škále do 10. Vyžaduje **rychlé zahájení léčby** bolesti zpravidla silnými opioidy. **Efektivitu léčby** je nutné zhodnotit a dle potřeby se musí dávky opioidů upravovat.

12.1.5 Diagnostika bolesti – ošetřovatelské diagnózy

Prvním krokem při léčbě bolesti je správně bolest diagnostikovat, měřit a důkladně ji dokumentovat. Tím lze dosáhnout optimální analgezie. Správná diagnostika typu a intenzity bolesti je **důležitá pro správnou a cílenou léčbu bolesti**. Diagnostika vyžaduje vysoce

profesionální přístup z hlediska odborného, psychologického a etického. **Nemocný by měl cítit dostatečný zájem zdravotníků** jeho problém řešit.

Dělení bolesti

Základní a nejjednodušší dělení bolesti je na akutní a chronickou bolest. Je nutné tyto typy bolesti od sebe odlišovat, protože každá bolest má svá specifika a dle toho volíme jiné postupy při léčbě. Sestra stanoví ošetřovatelské diagnózy akutní bolest, chronická bolest, dle Kapesního průvodce zdravotní sestry nebo dle Ošetřovatelských diagnóz v NANDA doménách.

Bolest akutní

Znění ošetřovatelské diagnózy dle Kapesního průvodce zdravotní sestry (2001) NANDA taxonomie I k roku 1999.

- Bolest akutní

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční prožitek, způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání nebo popisovaný v pojmech takového poškození (Mezinárodní asociace pro výzkum bolesti). Nástup je náhlý nebo pomalý, intenzita od mírné po závažnou, lze předpovídat odeznění po době kratší než 6 měsíců.

Znění ošetřovatelské diagnózy dle Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách (2006) taxonomie II k roku 2005.

12. Doména: Komfort

Třída – tělesný komfort

- Akutní bolest (00132)

Znění ošetřovatelské diagnózy dle Ošetřovatelské diagnózy – Definice a klasifikace 2012-2014 taxonomie II. NANDA International 2012–2014.

12. Doména: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

- Akutní bolest (00132)

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkání, nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

Bolest akutní

Je nepříjemný smyslový a emoční zážitek, způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání nebo popisovaný v pojmech takového poškození. Nástup je náhlý nebo pomalý, intenzita od mírné po závažnou, lze předpokládat odeznění po době kratší než 6 měsíců. Akutní bolest může trvat krátkou chvíli, ale i několik týdnů. Akutní bolest obvykle **spustí fyziologické reakce organismu**, jako jsou **zvýšený krevní tlak, zrychlený pulz, pocení popřípadě až zvracení**. Z psychologických reakcí to jsou **bolestivý výraz tváře, verbalizace bolesti, vynucená poloha**. Přestože může být akutní bolest dobře mírněna a někdy se dá i jejímu vzniku zabránit, není často dobře léčena. Mnoho zdravotníků se domnívá, že postačuje způsob tlumení pooperační bolesti či po invazivních procedurách intramuskulární podávání analgetik

dle potřeby pacienta, avšak tato metoda podávání analgetik je bolestivá sama o sobě. Neléčená akutní bolest může vést k pneumonii, infarktu myokardu, krevním sraženinám, opožděnému návratu střevních a žaludečních funkcí. Dokonce může učinit pacienta náchylným ke vzniku chronického bolestivého syndromu, fantomové bolesti končetin, bolesti po mastektomii či torakotomii. Neztlumená bolest má i sociální důsledky jako je vyhýbání se společnosti, zvýšená fotosenzitivita a zpomalené uzdravování.

Bolest chronická

Je nepříjemný smyslový a emoční zážitek, způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání nebo popisovaný v pojmech takového poškození. Nástup je náhlý nebo pomalý, intenzita od mírné po závažnou, nelze předpokládat nebo předvídat odeznění **trvání bolesti přesahuje 6 měsíců**.

Chronická bolest je **samostatné onemocnění**. Obvykle se za chronickou považuje bolest trvající déle jak 3–6 měsíců. Nejčastějšími chronickými bolestmi jsou vertebrogenní bolest, osteoartritida, osteoporóza, revmatoidní artritida, fibromyalgie, myofasciální syndrom a bolesti hlavy.

Chronická bolest **ztrácí charakter ochranného signálu**, který organismus informuje o skutečném či hrozícím poškození. U chronické bolesti nemusí být příčina vždy známá, proto se často pacienti setkávají s nepochopením doma i v zaměstnání, ale i u odborníků. Chronickou bolest často provázejí symptomy jako je nespavost, podrážděnost, nechutenství, sociální nejistota až sociální izolace a snížení tolerance bolesti. Chronická bolest **působí fyzické utrpení**, úzkost, depresi, omezuje pracovní výkonnost, narušuje sociální vztahy a tím snižuje kvalitu života. Bolest je subjektivní i objektivní zkušenost a může být ovlivněna psychologickými faktory. Téměř vždy je **doprovázena psychologickými změnami osobnosti**.

Znění ošetřovatelské diagnózy dle Kapesního průvodce zdravotní sestry (2001) NANDA taxonomie I k roku 1999.

- Bolest chronická

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční prožitek, způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání nebo popisovaný v pojmech takového poškození (Mezinárodní asociace pro výzkum bolesti). Nástup je náhlý nebo pomalý, intenzita od mírné po závažnou, výskyt konstantní nebo recidivující, nelze předpokládat nebo předvídat odeznění – trvání bolesti přesahuje 6 měsíců. [Bolest je signálem poruchy. Chronická bolest může mít recidivující průběh a periodicky zneschopňovat pacienta (např. migrenózní bolesti hlavy) nebo může být přítomna neustále. Vzhledem k tomu, že syndrom chronické bolesti je v mnohém charakterizován naučeným chováním, bývají primárním momentem zhoršení psychologické faktory. Jde o komplexní jednotku s prvky jiných ošetřovatelských diagnóz, např. Bezmocnost, Zábava a rekreace, nedostatek; Život rodiny narušený; Péče o sebe sama nedostatečná a Imobilizační syndrom, riziko vzniku]

Znění ošetřovatelské diagnózy dle Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách (2006) taxonomie II k roku 2005.



12. Doména: Komfort
Třída – tělesný komfort
- Chronická bolest (00133)

Znění ošetřovatelské diagnózy dle Ošetřovatelské diagnózy – Definice a klasifikace 2012-2014 taxonomie II. NANDA International 2012–2014.

12. Doména: Komfort
Třída 1: Tělesný komfort
- Chronická bolest (00133)

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek, způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání nebo popsáný pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, neustávající nebo opakované, bez očekávaného nebo předvídatelného konce a s trváním delším než 6 měsíců.

Cílem léčby u chronické bolesti nemusí být úplné uzdravení jedince, ale úprava a eventuální **obnovení funkční zdatnosti** v oblasti fyzické, psychické i sociální. Principem léčby je použití farmakologických a nefarmakologických postupů.

12.1.6 Plánování ošetřovatelských činností proti bolesti

Všeobecná sestra **plánuje ošetřovatelské intervence**, jejichž cílem je předcházet bolesti u pacienta, případně ji zmírnit nebo zcela potlačit, **aby pacient byl schopen návratu k zcela běžným denním aktivitám**. Důležité je podat pacientovi **relevantní informace**, které potřebuje. Nadbytek či nedostatek informací mohou u pacienta vyvolávat zmatek. Prospívají informace o bolesti a jejích mechanismech jak bolest zvládat. O tom jak jsou informace pro pacienty důležité, svědčí i jistý výzkum prováděný s pacienty před operací. Jedna část pacientů byla seznámena, jak na tom budou s pooperační bolestí, jak mají správně dýchat a jak měnit polohu. Tento jednoduchý postup vedl k rapidnímu snížení analgezie a zkrácení hospitalizační doby. Při plánování ošetřovatelské péče u pacienta s bolestí všeobecná sestra vybírá nejvhodnější postupy pro snížení bolesti.

Ošetřovatelská péče může zahrnovat i více ošetřovatelských strategií pro akutní a chronickou bolest jak uvádí:

- použité postupy, které pacientovi pomáhaly odstranit či zmírnit bolest dříve,
- pomoc pacientovi rozeznat činnosti, které mohou stupňovat nebo zmírňovat bolest,
- informovat pacienta o neinvazivních metodách zmírnění bolesti,
- pomoc pacientovi určit opatření na změnu životního stylu,
- odvrátit pozornost od bolesti,
- opačné stimulační jako jsou tlak, masáže, teplo, chlad,
- představy, terapeutické dotyky a relaxační metody,
- imobilizace části těla,
- podávání léků předepsaných lékařem.

12.1.7 Realizace ošetřovatelských činností proti bolesti

Management bolesti nemusí znamenat pouze tablety, stříkačky, infuze a dávkovače, existuje mnoho nefarmakologických možností léčby bolesti, které se stávají mezi širokou veřejností a zdravotníky velmi populární. V léčbě bolesti lze uplatňovat **farmakologickou** i **nefarmakologickou léčbu** se zohledněním na pacienta jako individuum, kdy každému vyhovuje jiný přístup a postup.

Jeden z nejlépe rozpoznávaných nedostatků v managementu bolesti je neadekvátní vzdělávání lékařského, ošetřovatelského a pomocného zdravotnického personálu, pacientů a jejich rodin. Nedostatečná znalost, chybné pojetí a setrvávání některých mýtů, které obklopují management bolesti, zabraňují optimální analgesii u mnoha pacientů.

Podávání léků předepsaných lékařem

Farmakologická léčba

Většina z nás má své vlastní zkušenosti s léky tlumící bolest (analgetiky). Laická veřejnost zná většinou názvy léků na bolest, avšak málo kdo ví, že mezi nimi je rozdíl. Znájí většinou ty, co jsou volně prodejné v lékárně a ty, které jsou na lékařský předpis. Předpokládají, že ty na lékařský předpis jsou asi účinnější. Bylo by vhodné, kdyby laici lékům více rozuměli a nebyli tolik závislí na reklamách a na různých pochybných informacích, které se beztretně šíří.

Analgetika rozdělujeme do dvou velkých skupin na **neopioidní** a **opioidní**. Neopioidní analgetika tlumí bolest snižováním prostaglandinů, které zvyšují tvorbu bolesti. Opioidní analgetika tlumí bolest úplně jiným mechanismem a to aktivací opioidních receptorů v centrálním nervovém systému:

- Neopioidní analgetika

Neopioidní analgetika se ještě dělí na antipyretika a nesteroidní antiflogistika.

Antipyretika

Kyselina acetylsalicylová jedno z nejznámějších léčiv (Aspirin, Acylpyrin), se u nás nejčastěji používají na snížení horečky při nachlazení a v malé dávce jako prevence infarktu myokardu. Nesmí se však používat při vředové chorobě, zvýšené krvácivosti a u dětí při virových onemocněních. **Paracetamol** (Paralen, Panadol, Mexalen aj.) je nejbezpečnějším analgetikem a v mnoha zemích také nepoužívanějším. Tyto léky jsou po celém světě volně prodejné.

Nesteroidní antiflogistika

Nejčastěji užívaným neopioidním analgetikem je **Ibuprofen** (Ibalgin, Nurofen, Brufen...) a **Diklofenak** (Dolmina, Veral, Voltaren). Jejich dávkování může být podle individuálních potřeb a snášenlivosti dosti rozdílné. Nevzniká na ně závislost, ale mohou mít vedlejší účinky.

- Opioidní analgetika

Opioidní analgetika patří stejně jako paracetamol mezi nejbezpečnější analgetika. Ne, že by neměly nežádoucí účinky, ale téměř žádný opioid po terapeutických dávkách a neinjekčním podání neohrožuje život pacienta. Opioidní analgetika často způsobují zácpu, celkový útlum, pocit na zvracení až zvracení nebo kožní projevy. Všechna opioidní analgetika jsou **dostupná pouze na recept**, slabší opioidy na běžný recept a silnější opioidy na recept s modrým pruhem, na který se předepisují léčiva se zvýšeným rizikem závislosti. Nejčastěji u nás předepisovaný je **Tramadol** (Tramal, Zaldiar, Tralgit, Protradon...). Analgetický účinek Tramadolu se dá podstatně zvýšit současným podáním paracetamolu. Výhodou Tramadolu je,

že nezpůsobuje zácpu a prakticky ani závislost, někteří pacienti po něm mívají pocit na zvracení či závratě. Dále sem patří **Kodein**. Nejznámějším představitelem je **Morfin**, který je stále klasikou při léčbě silných bolestí a je vhodný jako analgetikum u akutního infarktu myokardu a kardiálního plicního edému.

Nefarmakologická léčba bolesti

Nefarmakologická léčba bolesti je v poslední době velmi populární. Lidé se při léčbě snaží vyhledávat **šetnější prostředky**, než jsou farmaka a preferují léčbu, kterou jednoduše zvládnou sami. Všeobecně řečeno nefarmakologické přístupy nabízejí pro každého něco. Zahrnují konvenční postupy, jako jsou horké zábaly, vířivka, na smysly působící aromaterapie a masáže, využívá se i elektřina při vibracích a elektrické stimulaci nervu, zklidňující techniky jóga a meditace a moderní technologie takzvaný biofeedback.

Nefarmakologické terapie lze **rozdělit do tří hlavních skupin:**

- A) fyzikální terapie,**
- B) alternativní a doplňkové terapie,**
- C) kognitivní a behaviorální terapie.**

Tyto terapie se mohou využívat jednotlivě nebo se dají kombinovat.

A) Fyzikální terapie

Fyzikální terapie využívá fyzikální vlivy a metody rehabilitaci a obnovení normální funkčnosti jedince. Tyto terapie jsou velmi jednoduché a pacienti **je mohou provádět sami**, pokud jsou informováni o způsobu používání terapie.

Do fyzikálních terapií zahrnujeme:

- **terapii teplem,**
- **terapii chladem,**
- **terapii vibracemi,**
- **cvičení,**
- **imobilizaci.**

Cílem fyzikální terapie je podpora zdraví jedince, prevence tělesného postižení, nemocí a poranění, redukce zánětu, snížení svalového napětí a navozuje relaxaci.

- **Terapie teplem**

Teplote vede ke **svalovému uvolnění**, zvětšuje prokrvení a zvyšuje pohyblivost tkání a může urychlit i hojení ran. Teplote často působí uklidňujícím způsobem. Jedná se o účinnou a snadno dostupnou léčbu.

- **Terapie chladem**

Chlad zvyšuje práh bolesti, **snižuje otok a svalový spasmus**. Používá se krátkodobě po extrakci zubu, po výkonech na kolenech, drobných incizích, revmatoidní artritidě, bolesti hlavy a jiné. Dlouhodobá aplikace chladu vyvolává nepříjemné pocity a může způsobit až trauma. Metody terapie chladem zahrnují studené zábaly, sáčky s ledem či ledovou masáž. Terapie chladem zužuje krevní cévy v místě aplikace a to snižuje průtok krve v tomto místě, krev se zahustí a výsledkem je snížení krvácení a zvýšené srážení krve. Aplikace chladu snižuje také tvorbu edému a snižuje tvorbu modřin.

- **Terapie vibracemi**

Terapie vibracemi **zmírňuje bolesti** znecitlivěním stimulované oblasti a má uklidňující účinky. Tato technika účinkující jako elektrická masáž bývá efektivní při těchto onemocněních:

- bolest svalů,
- bolest hlavy,
- chronická nenádorová bolest,
- nádorová bolest,
- fraktury,
- neuropatická bolest.

Vibrační přístroje jsou stojící nebo ruční jsou k dispozici ve formě vibračních polštářků, vibračních lůžek a vibračních křesel. Pro vyšší účinnost vibrací se používá nejvyšší rychlost vibrací, kterou pacient toleruje. Je důležité zjistit, jak dlouhá terapie přináší pacientovi nejvyšší úlevu od bolesti. Při nepříjemných pocitech se terapie ukončuje. Terapie vibracemi se nepoužívá u tromboflebitid, snadno se dělají modřiny a u popálenin a u řezných ran.

- Rehabilitační léčba

Rehabilitace je, dle světové zdravotnické organizace (WHO), soubor opatření směřující k optimální resocializaci jedince postiženého nemocí, úrazem nebo vrozenou vadou. Léčebná rehabilitace využívá metody manuální medicíny, fyzikální léčbu, pohybovou léčbu a jiné. Rehabilitace je především uplatňována v léčbě bolestivých poruch pohybového aparátu, ale i k rekonvalescenci jiných stavů. Rehabilitace ovlivňuje jak periferní složku, tak i řídicí procesy při poruchách motorické regulace. Ošetření periferního nocicepčního vstupu v místě poškození tkáně sníží periferní senzitivizaci nociceptorů a tím i centrální senzitivizaci takto je popsána vrátková teorie bolesti.

- Imobilizace

Imobilizace znamená znehybnění jedné nebo více částí končetin. Imobilizace snižuje bolest, ale i přesto není dlouhodobá imobilizace vhodná. Používá se až 48 hodin po operačním výkonu pro zlepšení rehabilitace a místního prokrvení. Je vhodná ke zmírnění akutní bolesti a ke stabilizaci fraktury. Imobilizace může být za pomoci trakce, sádrování nebo ortézy.

B) Alternativní a doplňkové terapie

Alternativní a doplňkové terapie výrazně rozšiřují možnosti léčby bolesti. Jsou to dnes často vyhledávané terapie. Tyto terapie se zabývají celým člověkem tělem, myslí i duchem a nejen pouze příznaky bolesti.

- Aromaterapie

Nebo-li léčení vůněmi, využívá extrakty z vonných rostlin, přičemž se dají použít různými způsoby. Koupel s několika kapkami z levandulového extraktu nebo masáž patří k těm nejpříjemnějším metodám léčby bolesti. Rozumně prováděná aromaterapie nebolí ani neškodí. Některé vůně mohou škodit v těhotenství či lidem s epilepsií.

- Muzikoterapie

Je to forma zvukové terapie. Hudba ovlivňuje vegetativní funkce - **srdeční rytmus**, **krevní tlak**, **dýchání**, **svalový tonus**, **motoriku**, **termoregulaci**, aj. Používá se ke zmírnění **bolesti**, **úzkosti**, **strachu** při **chirurgických** nebo **stomatologických** zákrocích, a u po **infarktových** stavech, při léčbě dlouhotrvajících chorob a **tuberkulózy**. Lze využívat formy poslechu hudby, tvorby hudby, zpěvu, tance, hudebního a imaginačního cvičení. Terapie hudbou se provozuje v různých zdravotnických zařízeních v nemocnicích, v psychiatrických léčebnách, rehabilitačních zařízeních, centrech pro seniory, hospicích v zařízeních pro narkomany.

- Masáže

Patří mezi manuální stimulační metody. Mechanicky zlepšují prokrvení, lymfatickou drenáž a mají obecně dobrý psychický účinek. Kontraindikací masáží jsou čerstvé rány, transplantáty, hematomy, infekce, maligní onemocnění, onemocnění jater, ledvin a srdce.

- Akupunktura

Akupunktura patří mezi další stimulační metody a mají nezastupitelné místo v terapii bolesti. V akutním pooperačním období se užívá pouze ojedinele. Akupunktura má málo nežádoucích účinků, ale byly popsány vážné komplikace způsobené infekcí a nesprávným zavedením jehly. Provádí se zavedením tenkých kovových jehel pod kůži do specifických míst, kde obvykle zůstávají 20 až 30 minut.

C) Kognitivní a behaviorální přístupy

Kognitivní přístup k managementu bolesti se zaměřuje na ovlivnění interpretace bolesti.

Pomáhá pacientovi změnit reakce na bolest. Zahrnují meditaci, biofeedback a hypnózu. Tyto techniky zlepšují pocit pacienta, že má bolest pod kontrolou a dovolí mu se aktivně podílet na managementu bolesti.

- Meditace

Když se nedělá naprosto nic, když ustanou veškeré činnosti a jenom jste, pak je to stav, kterému se říká meditace. Nemůže se dělat, nemůže se pozorovat, musí se ho pouze pochopit. I myšlení je konání, koncentrace je také konání, kontemplace je také konání. Jestliže alespoň na malý okamžik neděláte vůbec nic a jste jen tak ve středu svého bytí, v naprostém uvolnění, pak je to meditace. Meditace znamená uvědomování si. Všechno, co se dělá vnímavě, je meditace. Není to otázka činnosti, je to otázka postoje. Co se pozoruje, na tom nezáleží. Chůze je meditace, pokud se kráčí vnímavě. Sezení je meditace, pokud se sedí vnímavě. Naslouchání ptákům je meditace, pokud se naslouchá vnímavě. Pouhé naslouchání vnitřnímu zvuku mysli je meditace. Meditace vyžaduje vnímavost a pozornost.

- Biofeedback

Někdy se užívá označení biologická zpětná vazba, je to terapeutický postup, kdy se měří fyziologické veličiny jako je krevní tlak, tep, tělesná teplota, pocení, svalové napětí v reálném čase a jejich prezentaci ve vhodné formě s vhodným komentářem a vysvětlením pacientovi. Pacient je částečně schopen tyto fyzikální hodnoty ovlivňovat vůlí a tak se je naučit částečně ovládat. Tato terapie využívá elektronických monitorů, aby se pacient naučil vědomé kontrole nad autonomními funkcemi. Když se naučí kontrolovat fyzikální funkce vůlí, může získat schopnost kontroly bolesti bez užívání léků na tomto principu je metoda založená.

12.1.8 Hodnocení ošetrovatelských činností proti bolesti

Při vyhodnocování všeobecná sestra **shromažďuje jednotlivé údaje** patřící k výsledným kritériím. I přesto, že je bolest **subjektivní**, informace získáváme od pacienta. **Objektivní údaje** můžeme získat zejména u pacientů trpících akutní bolestí, kde můžeme sbírat informace o vitálních parametrech, chování a gestech. **Zhodnotit úlevu** od bolesti je pro ošetrovatelský tým důležité. Mohou používat stejné techniky jako k hodnocení intenzity bolesti. Pacient vyjádří své subjektivní pocity z účinnosti léčby pomocí stupnice, kde 0 představuje žádnou úlevu, 1 malou úlevu, 2 mírnou, 3 značnou a 4 úplnou úlevu od bolesti. Informace o

bolesti, jejím charakteru, průběhu, léčbě a úlevě od bolesti se vždy zapisují do ošetřovatelské a lékařské dokumentace.

Přítomnost bolesti a snaha zbavit se jí je hlavní důvod, proč lidé navštěvují zdravotnická zařízení. Pacienti, kteří v rámci **self monitoringu** psali a hodnotili **deník bolesti**, by měli být schopni rozpoznávat vztahy mezi bolestí a:

- faktory, které může ovlivnit jako **aktivity zhoršující a zlepšující** bolest,
- **faktory mimo** jeho kontrolu jako je počasí,
- faktory, které může být **schopen ovlivnit**, pokud má určité znalosti

12.1.9 Vliv bolesti na kvalitu života

Bolest je nepříjemný subjektivní prožitek člověka. **Zasahuje všechny tři složky jedince bio-psycho-sociální**. Bolest je nepříjemný subjektivní pocit a jeho vnímání ovlivňuje mnoho faktorů fyzických, psychických, sociálně-kulturních a duševních. Velký význam mají i předešlé zkušenosti s bolestí, typ bolesti a znalost možností ovlivnění bolesti. Bolest a reakce na ni jsou u každého člověka velmi individuální jak po stránce psychické, tak po stránce fyzické. Bolest není často pouze **signálem**, že se v organismu něco nepříznivého děje, ale někdy se bolest sama o sobě stává nemocí. Stane se příčinou strádání a velmi negativně ovlivňuje život pacienta. Pacient pak spolu s bolestí může pociťovat omezení, strach, úzkost a tíseň a jeho okolí tomu nemusí porozumět a člověk se stává fyzicky a psychicky izolován.

Nedostatečně léčená nebo **neléčená bolest ovlivňuje život nemocného i všech jeho blízkých**, ničí partnerské vztahy, omezuje životní aktivity. Bolest je součástí stresu, je jeho hnacím motorem. Pokud se v léčbě bolesti nepodaří navodit dostatečný spánek, léčba nebývá úspěšná. U pacientů, kteří mají silnou bolest, může někdy dojít až k rozvoji stavu, kdy je **pacient zcela vyčerpán**, protože není schopen spát, ale pouze bdít. Nedostatek spánku a odpočinku souvisí s rozvojem úzkosti a deprese. **Vzniká bludný kruh**: bolest - nespavost - úzkost a deprese - vyčerpání - prohloubení bolestivého prožitku. To platí pro všechny typy bolesti. Nespavost má velký vliv na psychiku nemocného. Může způsobit ještě větší zesílení bolesti, nechutenství, ubývání na váze, snížení imunity, a nechuť komunikovat s okolím straně se kolektivu a především neklid v rodině. Je důležité pacientovi s bolestí nastavit správnou léčbu bolesti a kombinaci farmakologické a nefarmakologické léčby tak, aby se pacient byl znovu schopen zařadit do normálního života. Dnes je léčba bolesti na dobré úrovni a žádný pacient by neměl trpět nesnesitelnou bolestí.

Bolest, kterou častěji trpí ženy, jak je uvedeno:

- migréna,
- artróza,
- zánět močového měchýře,
- žlučnickové problémy,
- syndrom podrážděného tračníku.

Bolest, kterou nejčastěji trpí muži:

- problémy se zády,
- vředy dvanáctníku,



- zánět slinivky břišní.

12.1.10 Role všeobecné sestry v managementu bolesti

Sestra je expert na ošetřování a nositel hmatatelné úlevy. Nemocný člověk od zdravotnického personálu očekává pomoc. Etický přístup k pacientům znamená brát člověka takového jaký je, respektovat jeho chování, které může být změněno nemocí, vyslechnout jeho názory a problémy. **Důležité je nemocného považovat za partnera, respektovat jeho individualitu**, chápat jeho názor na nemoc a na ošetřování. Pacientům s bolestí a utrpením musí sestra věnovat zvláštní pozornost. Zde je úkolem sester eliminace nepříznivých vjemů, snaha pacienta aktivizovat a zapojovat do normálního života do té míry, do které to dovoluje jeho zdravotní stav. Pacientovi s bolestí je obzvláště důležité poskytovat psychickou podporu. Důležité je naslouchat a porozumět tomu, co nám pacient říká. Ke komplexnímu zhodnocení patří posouzení psychického stavu, funkční vyšetření, fyzikální a laboratorní vyšetření. Při **fyzikálním vyšetření** vyšetřujeme celé tělo pacienta a v místě bolesti vyšetřujeme palpační bolestivost, změny barvy, přítomnost zánětu, přítomnost patologické rezistence či zvětšení orgánů. Laboratorní a přístrojová vyšetření objasňují etiologii bolesti. Jedná se zejména o přístrojové vyšetření rentgenové, ultrazvukové, scintigrafii kostí, nukleární magnetickou resonanci a počítačovou tomografií. V biochemickém laboratorním vyšetření jsou důležité jaterní testy spolu s ledvinovými funkcemi, dle kterých lze vybrat vhodná analgetika k tišení bolesti.

Při **vyšetření funkčního stavu pacienta** rozlišujeme základní (sebeobslužné) činnosti a komplexní (instrumentální) činnosti. Mezi základní činnosti patří osobní hygiena, jídlo, chůze, oblékání, kontinence stolice a moči. A komplexní činnosti, jsou všechny činnosti nutné pro samotný život. Při vyšetření psychického stavu zjišťujeme, zda nemocný trpí depresemi, úzkostmi, či poruchami mentálních funkcí.

Všeobecná sestra může doporučit pacientovi s dlouhodobou bolestí v rámci jeho **self monitoringu, psaní deníku**, který dokumentuje bolest den po dni. Pacient pak má možnost rozpoznávat i jen malé odlišnosti a hodnotit účinnost tlumících intervencí. Je vhodné doporučit pacientovi, aby bolest zaznamenával do deníku třikrát denně ve stejnou hodinu. Záznam by měl obsahovat datum a čas, situaci, vlastní hodnocení intenzity bolesti, popis charakteru bolesti, vlastní hodnocení stresu.

Zásady ošetřovatelské péče o pacienta s bolestí:

- nepodceňovat stížnosti nemocného, naslouchat mu, dát mu najevo zájem o něj,
- nechat pacienta popsat bolest vlastními slovy,
- neříkat nemocnému, že ho to nemůže bolet, věřit mu,
- využívat všechny zkušenosti s léčbou bolesti a použít i nefarmakologickou léčbu,
- vyžadovat aktivní účast pacienta na tišení bolesti například spolupráce s rodinou,
- pomoc pacientovi odvést pozornost od bolesti jiným směrem čtení, hudba, návštěva, televize atd.,
- nabízet nemocnému relaxační techniky,
- navodit kladný vztah s pacientem a navození srozumitelné komunikace s pacientem.



Všeobecná sestra by měla **uplatňovat morální hodnoty** u pacientů trpících bolestí. Ošetřovatelství je založené především na péči o pacienta a profesionální hodnoty jsou vyjádřené ve vstřícnosti a v empatii k pacientovi. Ošetřovatelská etika je zaměřená na profesionální ošetřovatelskou péči. Každá sestra by měla mít kladné charakterové vlastnosti. A její úlohou je rozpoznat co daný zdravotní problém pro jednotlivého pacienta znamená.

12.2 Měřicí techniky bolesti

Anamnéza bolesti dle Gordonové

1. Od kdy trpíte nynějším typem bolesti?.....
2. Jak charakterizujete svoji bolest?.....
- tupá, bodavá, palčivá, atd.
3. Jak hodnotíte bolest na obličejové škále?.....
4. Jaká je lokalizace Vaší bolesti?.....
5. Mění se intenzita bolesti s časem?.....
6. Je Vaše bolest odpovědí na určitý vyvolávající faktor? Na jaký?.....
7. Co si myslíte, že Vaši bolest způsobuje?.....



Grafické znázornění vývoje bolesti

Grafické znázornění – denní

STUPĚŇ BOLESTI (0-5) Subjektivní vyjádření pacienta	DATUM																			
	DEN POBYT U	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
5																				
4																				
3																				
2																				
1																				
0																				

Grafické znázornění - hodinové

STUPĚŇ BOLESTI (0-5) Subjektivní vyjádření pacienta	DATUM																			
	DEN POBYT U	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
5																				
4																				
3																				
2																				
1																				
0																				

Hodnocení bolesti

Subjektivní pocit	datum									
	hodina									
- maximální bolest	10									
	9									
	8									
	7									
	6									
	5									
	4									
	3									
	2									
	1									
- bez bolesti	0									
	Puls									
	TK									

Léčba analgetiky

Nežádoucí účinky

somnolence, obstipace, nausea, zvracení, sucho v ústech, svědění...

Pozorování sestry

Pocení										
Bledost										
Bolest na dotek										
Bolest při pohybu										
Úlevová poloha při bolesti										
Agresivita										
Pasivita, mutismus										
Úzkost										
Deprese										
Nářek, pláč										



Dotazník sledování bolesti

A) Co a kde Vás bolí?

B) Jak Vás to bolí? (pokuste se vyjádřit slovy, zda to pálí, píchá, tlačí apod.)

C) Kdy Vás to nejvíce bolí? (při kterém pohybu, ve které poloze, při které činnosti?)

D) Jak dlouho Vás to již bolí?.....Od kdy asi?.....

E) Teploměr bolesti: udělejte křížek na následující přímce v místě, kde se nachází Vaše bolest.

/-----/
vůbec to nebolí bolest je nesnesitelná

F) **Intenzita bolesti:** udělejte kolečko u čísla intenzity, které nejvýstižněji vyjadřuje, jak moc Vás to bolí:

1. žádná bolest
2. nepatrná bolest
3. mírná bolest
4. střední bolest
5. silná bolest
6. zcela nesnesitelná bolest

G) **Průběh bolesti během včerejšího dne:** pomocí výše uvedeného označení intenzity bolesti 0–5 vyznačte, jak moc Vás to bolelo v průběhu včerejšího dne:

Označení intenzity bolesti v rozmezí 0 (<i>bez bolesti</i>) – 5 (<i>nesnesitelná bolest</i>)						
Intenzita bolesti						
Čas	06,00	09,00	12,00	15,00	18,00	21,00

**Kontrola bolesti**

(podle Hospicu sv. Anežky České)

Týden od....do....	pondělí	úterý	středa	čtvrtek	pátek	sobota	neděle
Bolest ruší spánek							
Brání v odpočinku							
Jen při pohybu							
Prakticky neomezuje							
24 hod. monitorování							

Týden od....do....	pondělí	úterý	středa	čtvrtek	pátek	sobota	neděle
Bolest ruší spánek							
Brání v odpočinku							
Jen při pohybu							
Prakticky neomezuje							
24 hod. monitorování							

Charakteristika bolesti				Lokalizace bolesti			
1	<i>tupá</i>	6	<i>tahavá</i>				
2	<i>bodavá</i>	7	<i>neuralgická</i>				
3	<i>křečovitá</i>	8	<i>neurčitá</i>				
4	<i>vystřelující</i>	9					
5	<i>svíravá</i>	10					

Monitorování bolesti během 24 hod.														
od 12 hod. dne.....do 12 hod. dne.....														
BOLEST	12,00	14,00	16,00	18,00	20,00	22,00	24,00	2,00	4,00	6,00	8,00	10,00	12,00	
5 nesnesitelná														
4 krutá														
3 silná														
2 nepříjemná														
1 mírná														
0 žádná														

Léčba bolesti v den monitorování:

Změna léčby na základě výsledku monitorování:

13 Jistota a bezpečí - posuzování, plánování a realizace ošetřovatelské péče při uspokojování potřeby

Nemoc je definována jako **porucha rovnováhy vnitřního a vnějšího prostředí** organismu nebo porucha celistvosti jeho součástí. Je tedy porušena stavba či funkce jednoho nebo více orgánů. **Nemoc člověka je provázána obvykle nepříjemnými pocity**, nejistoty, někdy i úzkostí, strachem. Ať už se jedná o **banální onemocnění** – virózu, anginu, nebo o **operační zákrok**, obvykle znejistíme, trochu ztrácíme půdu pod nohama. Absence v práci, nezvládnutí učiva, pobyt v nemocnici, izolace od blízkých lidí, to vše nám bere pocit jistoty a bezpečí. Každá nemoc, ať už jakkoli vážná, **ovlivní člověka ve spoustě jeho životních rolích**. **Nemoc neumožňuje uspokojovat základní biologické potřeby a nemocný prožívá strach, nejistotu někdy až úzkost**. Tyto pocity jsou zapříčiněné tím, že člověk mnohdy neví, co ho čeká, jak dlouho bude nemoc trvat, jak moc změní jeho život. Nemusí se vždy jednat o strach a nejistotu pouze u vážných onemocnění. I při běžné chřipce má člověk strach, jak dlouho bude trvat absence v zaměstnání nebo ve škole a kdy dodělá práci, která zůstává po dobu jeho nepřítomnosti nedodělána, či kdy se doučí učivo, které bylo za jeho nepřítomnosti probrané.

Potřeba jistoty a bezpečí je umístěna v A. Maslowě pyramidě na druhé příčce, hned za fyziologickými potřebami. Jistota a bezpečí jsou jako jedny z potřeb zakotveny v Listině základních práv a svobod. Reakce na neuspokojenou potřebu jistoty a bezpečí jsou typické hlavně **u dětí**. Pokud se dítě necítí v bezpečí, křičí, pláče, utíká. **U dospělého člověka** se většinou neuspokojení této potřeby neprojevuje takto teatrálně, dospělý člověk zvládá tyto skutečnosti díky osvojenému adaptivnímu chování. Dospělí sice nekřičí, nepláče, ale na nepříznivou situaci reaguje například únikem, agresí, izolací apod.

Potřebu jistoty a bezpečí lze rozdělit na:

- potřebu vyhnout se nebezpečí (bolesti, stresu, chladu ...),
- potřebu ochrany zdraví (saturace fyziologických potřeb),
- potřebu důvěry,
- potřebu soběstačnosti,
- potřebu informací a orientace (o své diagnóze, prognóze),
- potřebu podnětů (senzorických, motorických),
- potřebu vlastnictví a hromadění majetku (ekonomické zajištění),
- potřeba míru a klidu,
- potřeba naděje a víry.

Literatura:

BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.

DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. 1. vyd. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-294-8.

- FRÝDLECKÁ, Helena, HEŘMANOVÁ, Jana, STAŇKOVÁ, Marta a kol. (a)1996. *Lemon 1*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 125 s. ISBN 80-7013-234-5.
- FRÝDLECKÁ, Helena, HEŘMANOVÁ, Jana, STAŇKOVÁ, Marta. *Lemon 3*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 158 s. ISBN 80-7013-244-2.
- MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka, FROŇKOVÁ, Marie, HERMANOVÁ, Renáta, ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I. aktual. a doplň. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
- HERDMAN, T. Heather, KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.
- VOJTEKOVÁ, Ivana a kolektiv. *Vybrané kapitoly z ošetřovatelství pro studentov všeobecného lékařstva*. 1. vyd. Bratislava: Asklepios, 2010. ISBN 978-80-7167-152-7.
- VORLÍČEK, Jiří, ABRAHAMOVÁ, Jitka, VORLIČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
- VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdenek; POSPÍŠILOVÁ, Yvona. *Paliativní medicína*. 2. vyd. přeprac. a dopl. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
- KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora, OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetřovatelství: koncepce, ošetřovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. ISBN 80-217-0528-0.
- TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-285-X.
- ZACHAROVÁ, Eva, ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava, ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

13.1 Faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí

E) Biologicko-fyziologické faktory (např. věk, funkce orgánových systémů, intaktní tělesná struktura, adaptační mechanismy, způsoby zvládání stresových situací)

Věk a vývojové stádium hrají v potřebě jistoty a bezpečí velkou roli:

Novorozenec a kojeneček: toto období je charakteristické úplnou závislostí dítěte na matce.

Matka je pro něj zdrojem jistoty a bezpečí, dítě vyžaduje těsný kontakt. Dlouhodobé neuspokojení těchto potřeb způsobuje u dětí psychickou deprivaci, která může být v pozdějším věku příčinou psychických poruch. Nejčastěji je dítě odloučeno od matky v případě hospitalizace, kdy v nemocničním zařízení matka není přítomna, dále pak umístění dětí v kojeneckých či dětských domovech.

Batole: toto období je charakteristické tím, že se dítě začíná osamostatňovat. Matka je ale i v tomto období hlavním zdrojem jistoty a bezpečí.

Předškolní věk: Dítě v tomto období často navštěvuje mateřskou školu či jím podobné zařízení. Vznikají **první přátelství**, ty jsou ale ve většině případů přelétavá a nestálá. V životě takto starého dítěte **stále hraje největší roli rodina**, členové rodiny jsou stále nejsilnější sociální skupinou, která dítě ovlivňuje a právě rodina je pro dítě pocit bezpečí a jistoty.

Školní věk: Toto období je výrazným mezníkem v životě dítěte. Velký význam má to, že dítě nastupuje do školy, to znamená, že autorita rodičů se rozšiřuje na autoritu učitelů. Dítě

poznává nové jedince, navazuje přátelství. Čekají ho nové povinnosti. Pokud se dítě ocitne pod nátlakem neadekvátních požadavků ze strany rodiče nebo nesprávným pedagogickým přístupem ze strany učitele, může dítě pociťovat velkou nejistotu.

Starší školní věk (puberta): toto období je charakteristické pro velkou citovou disbalanci. Dítě v tomto období hledá jistotu a bezpečí v rodině, pokud jej v rodině nenajde, začne je hledat u svých vrstevníků. Je zde riziko toho, že se stane součástí party, která má asociální chování.

Adolescence: V tomto období je ve většině případů spjata jistota a bezpečí s úspěchy ve studiu a zaměstnání. Velkou roli hrají i dobré vztahy s partnerem, v rodině, na pracovišti.

Období dospělosti: Potřeba jistoty a bezpečí je v tomto období spjata s rodinným zázemím, dobrými přátelskými vztahy, dobrým zdravotním stavem a zaměstnáním.

Stáří: V tomto období je pro pocit jistoty a bezpečí hlavní několik faktorů, a to zda je člověk soběstačný, důležitou roli hraje zdravotní stav, dále to jestli žije s rodinou, má dostatek financí apod.

F) Psychicko- duchovní faktory (např. integrita osobnosti, láska, sounáležitost, vážnost, úcta)

V této oblasti jsou důležité vlastnosti člověka, vlohy, schopnosti, osobnost člověka a jeho temperament. To, zda je člověk spíše **introvert** nebo **extrovert** hraje velkou roli. Introvertní člověk bude pocit jistoty a bezpečí hledat podstatně hůř než člověk, který je založený spíše extrovertně. **Emocionální labilita – stabilita** budou pro potřeby bezpečí jistoty určující. Emocionálně labilní člověk získávat pocit jistoty a bezpečí problematicky v časově mnohem delším období než např. extrovert. Sebekoncepce a sebeúcta vyjadřují vztah člověka k sobě samému, k vnitřnímu sama sebe. Člověk s narušenou sebekoncepcí je nejistý, úzkostlivý. Pozitivní emocionální stavy (radost, spokojenost) a vztahy, jako je láska, přátelství jsou významným zdrojem jistoty a bezpečí.

G) Sociálně-kulturní faktory (např. socializace, postavení v práci, rodině, společnosti, hodnotový systém, role, mezilidská vztahy)

Do těchto faktorů patří **socializace** (proces, kdy se člověk začleňuje do společnosti), který má pro další vývoj člověka zásadní význam. Zvláště období kojenecké a batolecí je pro uspokojování potřeby jistoty a bezpečí určující. **Vztah mezi matkou a dítětem**, míra uspokojování potřeby lásky, jistoty a bezpečí jsou podmínkou pro bezproblémové navazování sociálních vztahů v dětském věku i v dospělosti. V odborné literatuře se v poslední době stále více zdůrazňuje důležitost osobnosti matky a jejího výchovného působení. Je důležité, aby probíhalo adekvátní plnění rolí (dcera, syn, matka, student). Pokud plnění rolí neprobíhá adekvátně je nasnadě, že člověk prožívá strach, úzkost a pocit jistoty a bezpečí nemůže být přítomen.

Postavení člověka v zaměstnání, v rodině, spokojenost nebo nespokojenost s plněním rolí jsou dalším sociálně kulturním faktorem, který má význam pro pocit jistoty a bezpečí. Adekvátní plnění role (matky, živitele rodiny, sestrou, zdravotnickým záchranářem, porodní asistentkou atd.) navozuje pocit spokojenosti, potřebnosti a ovlivňuje pozitivně **sebekoncepci** člověka. Problematické plnění role zasahuje oblast sebekoncepce, navozuje pocity strachu, úzkosti a nejistoty. S plněním **pracovní role** každého člověka je spojeno **finanční ohodnocení, ekonomické zajištění rodiny**, což jsou další faktory ovlivňující uspokojování potřeby jistoty a bezpečí.

H) Faktory životního prostředí (např. příroda jako celek, industrializace – technika, chemie, záření atd.)

Životní podmínky jsou základním faktorem jistoty a bezpečí. Životní prostředí je svět, ve kterém žijeme, který nám poskytuje prostředky k existenci. Vlivem industrializace, zhoršení životního prostředí, ale i vlivem turistiky se svět se stává díky lidem nebezpečný a zpětně pro lidi škodlivý. To, kde žijeme, ovlivňuje náš život a tedy i pocit jistoty a bezpečí. V dnešní době nás nejčastěji ohrožují riziko kontaminací životního prostředí různými chemikáliemi, živelné katastrofy apod.

Nebezpečí, která v současnosti ohrožují člověka:

- riziko z využívání jaderné energie,
- riziko kontaminace životního prostředí chemikáliemi, biologickými látkami,
- stoupá počet drogově a alkoholových závislostí a s ním stoupající počet zanedbaných lidí, žijících na okraji společnosti.

13.2 Psychická odezva neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí – strach, úzkost, hněv, smutek

Strach - je definován jako obava před něčím konkrétním. Dospělý má nejčastěji strach o své děti, rodinu, strach z neúspěchu, ze smrti, nesoběstačnosti a v neposlední řadě z těžké nemoci. Vystupňovaný strach je prožíván jako hrůza. Rozdíl mezi strachem a hrůzou je ten, že strach je aktivující (k útěku nebo únikovému chování), kdežto hrůza je desaktivující. Člověk, který prožívá pocit hrůzy je mnohdy naprosto ochromen, neschopný jakékoli reakce.

Úzkost - je definována jako obava z něčeho neurčeného, neznámého. Pro zdravého člověka mohou být mírná úzkost a strach faktorem, který zvyšuje jeho aktivitu a motivaci.

Hněv - je nejčastější reakcí na frustraci. Typické pro hněv jsou zničující pohyby, na mysl máme například rozbíjení věcí. Další z forem hněvu je násilí, a to buď verbální, nebo fyzické.

Smutek - je definován jako reakce na ztrátu nějaké hodnoty. Vyšší forma smutku je žal. Pokud prožíváme žal, snažíme se vrátit do minulosti a změnit to, co je nezměnitelné. Smutek je mnohdy doprovázen pláčem, strachem, studem nebo pocitem viny.

Role strachu a úzkosti

Strach, úzkost jsou psychickou odezvou neuspokojených potřeb jistoty a bezpečí. Úzkost a strach jsou psychické jevy, jež řadíme mezi **silně emočně zabarvené prožitky, které vzrůstají z pocitu ohrožení**. Provázejí nás prakticky celým životem a **významnou měrou se podílí na formování osobnosti člověka**. Pokud jsou ovšem silné a trvají delší dobu, mohou mít negativní vliv na průběh somatického onemocnění a na proces uzdravování.

Definice strachu

Strach je nepříjemný pocit, obranný mechanismus, za kterým stojí pud sebezáchovy. Strach motivuje k vyhnutí se zlu nebo k útěku před ním. Vede k mobilizaci organismu (rychlost při útěku, energie při obraně). **Strach je tedy nepříjemný prožitek vázaný na určitý předmět nebo situaci, které v jedinci vyvolávají obavu z ohrožení**. Je tedy reakcí na nepoznané nebezpečí a má signální a obrannou funkci. Strach je považován za sociálně nežádoucí. Neradi přiznáváme, že se bojíme.

Ohrožení, ze kterého pramení strach, může být:

- vnější (např. nástup do nemocnice),
- vnitřní (např. obava, že něco nezvládnou).

Dělení strachu:

Strach může být:

- **přiměřený** - chrání před poškozením (např. zanechání kouření s obavou na následky) - **kladný význam strachu**,

- **nadměrný**:

- nepřiměřená reakce - **panický strach**, vede ke škodlivým reakcím, ukvapenému neúčelnému jednání, jedinec vnímá nepřesně, mnohdy dělá věci, za které se později stydí nebo pro které má pocit viny.

Strach dále může být:

- **reálný** (např. o život vážně nemocného pacienta),

- **nereálný** (často u lidí duševně nemocných).

Předměty strachu:

Strach může být reakcí na různé zdravotní problémy, konflikty a situace, předmětem strachu pak může být:

- bolest - kterou člověk zná z předchozího onemocnění, vyšetření nebo dokonce z vyprávění,

- ztráta životních možností - bojí se neschopnosti pracovat, postarat se o rodinu, bavit se,

- odloučení od svých nejbližších - pobytem v nemocnici nebo jiném léčebném nebo rehabilitačním zařízení,

- vzhled - bojí se, že ho nemoc trvale poznamená (např. různé kožní choroby),

- nutnost změny způsobu života - vyřazení z dosavadního způsobu života a společnosti, obava ze ztráty vážnosti a z života v ústraní,

- strach ze smrti a umírání - stojí v pozadí i lehčích forem nemocí, protože lidé neznají dostatečně svou nemoc a bojí se, jaké komplikace mohou vzniknout,

- strach z léčení - má každý pacient. Jedná se hlavně o nepříjemná vyšetření, kdy strach z vyšetření je mnohdy horší než samotná nemoc, často je tento strach navíc umocňován nevhodnou atmosférou čekárny/ambulace.

Zdroje strachu:

- vrozená přecitlivělost na silnější a prudší podněty,

- úzkostná hyperprotektivní výchova,

- přehnané zdůrazňování zdravotních rizik,

- vyprávěný strašidelných historek před spaním,

- sledování nevhodných filmů,

- strašení lékařem, pobytem v nemocnici, injekcemi,

- popisování lékařských úkonů a pobytu v nemocnici,

- sdělování nepříjemných zážitků v nemocnici.

Symptomy strachu:

Symptomy strachu můžeme dělit do 3 skupin: 1) fyziologické symptomy, 2) emocionální symptomy, 3) kognitivní symptomy.

1) Fyziologické symptomy strachu

K fyziologickým symptomům strachu můžeme řadit:

- zpomalené reakce na stimuly,

- nedostatek energie,

- prodloužený spánek,

- anorexie, snížení váhy,

- zhoršený tělesný stav,

- změněné tělesné funkce.

Více konkrétně k fyziologickým symptomům strachu patří bušení srdce, pocit nevolnosti,

bolest na hrudi nebo zkrácené dýchání, a jelikož je strach formou stresu, tělo se tak připravuje na únik z nebezpečí: zvýší se krevní tlak, puls, vylučování potu. Krev se vlévá do hlavních svalových skupin a funkce imunity a trávicího systému jsou potlačeny. Navenek se úzkost a strach projevují bledostí pokožky, pocením, chvěním a rozšířením zornic.

2) Emocionální symptomy strachu

Emocionální charakteristiky jsou založeny na tom, že člověk ve stavu beznaděje má často potíže s vyjádřením svých pocitů, může však pociťovat:

- neschopnost dosáhnout jakéhokoliv cíle,
- absolutní ztrátu smyslu života,
- prázdnotu, vyhoření, bezmocnost, nekompetentnost,
- pasivitu, sníženou verbalizaci, nedostatek iniciativy,
- nespokojenost se sebou samým, napětí, zranitelnost,
- regrese, apatie, hněv.

Neverbálně pak strach může být vyjádřen nedostatečným zrakovým kontaktem, schoulenými rameny, prudkými pohyby ramen, vzdycháním, zanedbáváním sama sebe.

3) Kognitivní symptomy strachu

Ke kognitivním symptomům řadíme:

- snížená schopnost řešit problémy a rozhodovat se,
- zájem o minulost a budoucnost, nikoliv přítomnost,
- nedostatečná představivost a schopnost něco si přát,
- neschopnost určit si cíl nebo dospět k určitému cíli,
- neschopnost plánovat, organizovat,
- snížená pružnost myšlení, negativní, zpomalené myšlení,
- snížená schopnost zpracovat přijímané informace,
- neschopnost účinně komunikovat,
- poruchy percepce a asociací,
- nerealistické vnímání, pokud jde o naději,
- suicidální myšlení.

Vlastní aktivity sestry při ošetřování strachu:

Způsob, jak jednat s nemocným, který prožívá strach nebo úzkost, není jednoduchý. Vždy záleží na profesionálním přístupu, chování a jednání zdravotnických pracovníků, ale i rodinných příslušníků.

1) **Základem je psychologická péče o nemocného**, která se týká rozptýlení strachu a úzkosti, a to jak osobní přítomností zdravotníka, vlídností, trpělivostí, klidem, tak takovým jednáním, kterým si získáme důvěru nemocného.

2) **Velmi účinný je dobře vedený rozhovor**. Pokud budete mít pacienta, u kterého jste diagnostikovali strach, je doporučeno:

- orientovat se na prostředí a používat jednoduchá vysvětlení,
- mluvit pomalu a klidně, užívat jednoduché přímé věty,
- vyjadřovat autentičnost neverbálními projevy - zrakový kontakt, vzdálenost, doteky,
- umožnit vyjádřit citové projevy,
- povzbudit projevy vyjadřující realitu,
- u dětí akceptovat strach a vysvětlit ho podle možností,
- projednat s rodiči, že strach je normální, vysvětlíte jim negativní výsledek trestání nebo vynucování překonání strachu,
- dávejte za příklad dítě, které se úspěšně vyrovnalo se strachem.

Mnohé problémy právě pramení z nedostatku informovanosti jak o diagnostických, tak terapeutických metodách, o jejich významu a účinku. Správné informace snižují

v pacientovi úzkost z budoucnosti. Zdravotnický personál ovšem musí vědět, které informace může poskytnout sestra a které patří do kompetence lékaře.

3) **Vhodné zaměstnání snižuje strach a orientuje myšlenky jiným směrem.** Skutečnost ovšem zůstává, že pacient, i přes snahu personálu odpoutat jej od reality, obrací svou mysl neustále k obtížím a zvláště k obavám.

4) Významnou roli v omezení strachu a úzkosti pak hraje takzvaná **psychologie čekárny**, kde nemocný čeká na vyšetření, ošetření, přijetí do zařízení. Zkracováním čekací doby formou objednání na danou hodinu, pořadovými lístečky a hlavně kladným jednáním sester můžeme tyto problémy znatelně ovlivnit.

5) S pacienty, kteří patří do obzvláště rizikové skupiny mimořádně úzkostných a bázlivých, **jednáme se zvýšenou trpělivostí.** Chováme se profesionálně a nikdy nedáme najevo nechuť, netrpělivost, rozladění, které v nás mohou jejich projevy strachu a úzkosti vzbuzovat.

Definice úzkosti

Úzkost je z lékařského pohledu složitá kombinace emocí zahrnující strach, zlé předtuchy a obavy. Pro úzkost je typické, že si blíže neuvědomujeme konkrétní objekt nebo situaci, které ji vyvolávají, a proto bývá vedle napětí doprovázena bezradností. **Úzkost je tedy reakcí na tušené a neznámé nebezpečí** a bývá zpravidla nepříjemnější než strach, neboť očekávání nepříjemné události je obvykle horší než samotná událost. Zásadními rozdíly mezi strachem a úzkostí jsou, že strach je definován jako skutečný a úzkost jako nereálná, jiní strach považují za aktuálně hrozící nebezpečí, zatímco úzkost za nebezpečí potenciální. Podstatné je, že strach je určován vnějšími podmínkami, ale úzkost může být vyvolána také představivostí.

Úzkostné poruchy:

Nejvyšší úzkost se objevuje v případě úzkostných poruch, ačkoliv nemusí být vždy chorobná. Je to běžná emoce, stejně jako strach, vztek, smutek nebo štěstí a je velice důležitá pro přežití. **Úzkostné poruchy se řadí k neurotickým poruchám.** Zahrnují fobie a několik forem nadměrné úzkosti a strachu, které nastupují náhle a brání vykonávání běžných denních činností. Úzkostné poruchy jsou často vysilujícími chronickými poruchami a vyskytují se buď od raného věku nebo je náhle spustí určitá událost. Nastupují nebo se zhoršují v období stresu. **Fobie** je tedy úzkostná porucha charakterizovaná chorobným, bezdůvodným strachem z věcí nebo situací. Postižený si nesmyslný strach plně uvědomuje, ale není schopen ho vlastní vůlí potlačit. Fobie má svůj objekt, na který je vázána a podle kterého je také pojmenována. Existuje mnoho různých druhů fobií:

- arachnofobie - strach z pavouků,
- klaustrofobie - strach z malého uzavřeného prostoru atd.

Zdroje a faktory, které utvářejí úzkost:

Člověk je schopen určit zdroj úzkosti např. rakovina, operace. Tato situace je zdrojem hrozby, ale **není hrozbou samotnou.** Všechny faktory, jak patofyziologické, situační, tak věkové se prolínají se základními lidskými potřebami.

K patofyziologickým faktorům patří:

- nemoc, invazivní zákroky,
- umírání.

Do situačních faktorů můžeme zařadit:

- aktuální nebo potencionální ohrožení sebe sama,
- změna sociální role, statusu,

- úspěch – neúspěch,
- nedostatek uznání od okolí,
- ztráta významných hodnot,
- etické dilema,
- aktuální nebo potencionální ztráta blízkých osob,
- vztahový konflikt,
- úmrtí, rozchod, rozvod,
- ztráta zaměstnání nebo nové zaměstnání atd.

Zdroj úzkosti a faktory, které se podílejí na utváření úzkosti i strachu se pochopitelně s věkem mění:

- dítě - separace, hospitalizace, zanedbávání, dlouhodobé neuspokojení potřeb (nedostatek lásky, náklonosti, neuspokojení potřeb jistoty a bezpečí),
- dospívání - sexuální vývoj, tělesné změny, nezávislost, nepochopení rodičů, učitelů,
- dospělost - těhotenství, rodičovství, vývoj kariéry, projevy stárnutí,
- stáří - snížená funkce smyslů, omezení pohyblivosti, kognitivní deficit, odchod do důchodu, nemoc vlastní nebo partnera, opuštěnost.

Vlastní aktivity sestry v ošetřování úzkosti:

Pokud diagnostikujete pacienta s úzkostí, měli byste postupovat a jednat takto:

- určete intenzitu úzkosti - mírná, střední, těžká, panická,
- umožněte navrácení pocitu jistoty a bezpečí a to tak:
 - podporujte nemocného,
 - nepřikazujte ani nežádejte nemocného, aby se rozhodl,
 - mluvte pomalu a klidně, používejte krátké jednoduché věty,
 - uvědomte si svůj vlastní záměr a zabraňte vzájemné úzkosti,
 - dejte najevo empatické pochopení (dotek, tolerance verbálních projevů, např. křiku).
- Odstraňte nadměrnou stimulaci (např. odvedte nemocného do klidnějšího prostředí) a omezte kontakt s ostatními osobami, které jsou taktéž úzkostlivé.
- Pokud identifikujete zmírnění úzkosti u nemocného, pokuste se vést nemocného k poznání úzkosti a k řešení problémů:
 - povzbudte nemocného, aby znovu vyvolal a analyzoval podobné případy úzkosti,
 - zjistěte, jaké alternativní chování by se dalo použít, pokud obranné mechanismy selhávají.
- Poskytněte pomoc nemocnému, který je v afektu, zlobí se, je verbálně agresivní:
 - zjistěte příčinu zlosti, hněvu (pocit úzkosti, nejistoty atd.)
- poznejte své reakce na chování pacienta. Uvědomte si, jaké máte pocity při práci s rozhněvanými osobami,
 - pomáhejte identifikovat spojení mezi frustrací a následným chováním,
 - stanovte jasné limity - řekněte nemocnému přesně, co očekáváte,
 - když zjistíte nepřijatelné chování, nabídněte alternativu,
 - zvolte strategii modifikace chování, prodiskutujte ji s ostatním personálem.
- U osob s chronickou úzkostí a výrazně špatnými adaptačními mechanismy doporučte psychiatrické léčení.

13.3 Ošetřovatelský proces u pacienta-klienta při neuspokojování potřeby jistoty a bezpečí

Ošetřovatelský proces představuje myšlenkový algoritmus a sérii činností, které na sebe bezprostředně navazují. Dohromady vytvářejí jeden dynamický celek. Každá fáze

ošetřovatelského procesu má své nezastupitelné místo a její správné provedení má vliv na ostatní fáze procesu. Ošetřovatelský proces je **myšlenkový algoritmus** a série vzájemně propojených **činností, které vedou k uspokojení potřeb nemocného/klienta.**

Ošetřovatelský proces si anglicky mluvící často pamatují jako akronym (zkratku) ADPIE:

- 6) **Assessment** - hodnocení (potřeb pacienta),
- 7) **Diagnosis** - diagnóza (lidských odpovídajících potřeb, kterým práce sester může asistovat),
- 8) **Planning** - plánování (péče o pacienta),
- 9) **Implementation** - realizace (péče),
- 10) **Evaluation** - hodnocení, posudek (výsledků implementované péče).

V této části textu se věnujeme druhé a třetí fázi ošetřovatelského procesu – diagnostice a plánování u pacienta/klienta při neuspokojení potřeby jistoty a bezpečí: Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I taxonomie II dle NANDA INTERNATIONAL, 2013. Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012-2014. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

Neefektivní plánování aktivit (00199)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Neschopnost připravit se na řadu činností přesně časově stanovených a za určitých podmínek.

Určující znaky:

- vzorec chování předznamenávající neúspěch.
- v anamnéze je váhání, otálení (např. odkládání činností atd.),
- nepřítomnost plánu,
- nedostatek zdrojů,
- neexistence následné organizace,
- uvádí přehnanou úzkost z úkolu, na který se připravuje,
- uvádí strach z úkolu, na který se připravuje,
- uvádí obavy z úkolu, na který se připravuje,
- nesplní cíle ohledně zvolené činnosti.

Související faktory:

- snížená schopnost zpracovávat informace,
- obranné únikové chování při konfrontaci s navrhovaným řešením,
- hédonismus,
- nedostatečná podpora rodiny,
- nedostatečná podpora přátel,
- nerealistické vnímání události,
- nerealistické vnímání svých schopností.

Ošetřovatelská intervence:

- posuďte emoční/psychické faktory, které mají vliv na současnou situaci,
- upravte aktivitu tak, aby nedocházelo k přetěžování nemocného,



- při plánování péče dbejte na to, aby mezi činnostmi byl čas na odpočinek zmírňující únavu,
- povzbuzujte pacienta, aby vyjádřil pocity, které přispívají k jeho stavu nebo jsou jím vyvolány,
- plánujte postupné zvyšování aktivity podle tolerance pacienta,
- vysvětlíte pravidla léčby a důsledky případné nespolupráce.

Riziko neefektivního plánování aktivit (00226)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Riziko neschopnosti připravit se na řadu činností přesně časově stanovených a za určitých podmínek.

Rizikové faktory:

- snížená schopnost zpracovávat informace,
- obranné únikové chování při konfrontaci s navrhovaným řešením,
- hédonizmus (požitkářství),
- prokrastinace (otálení) v anamnéze,
- neefektivní podpůrné systémy,
- nedostatečné podpůrné systémy,
- nerealistické vnímání události,
- nerealistická vnímání svých schopností.

Ošetřovatelská intervence:

- odkažte pacienta na příslušné zdroje pomoci, je-li to nutné k zachování úrovně aktivity,
- upravte aktivitu tak, aby nedocházelo k přetěžování nemocného
- určete výchozí úroveň aktivity a fyzické kondice, aby bylo možno posuzovat změny,
- zahajte rehabilitační program společně s pacientem a ostatními členy týmu, koordinace programu zlepšuje vyhlídky na úspěch.

Úzkost (00146)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu, provázený autonomní reakcí (zdroj často nespecifický nebo dané osobě neznámý), pocit obav způsobený očekáváním nebezpečí. Je to vystrašený signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje dané osobě přijmout opatření, aby hrozbě čelila.

Určující znaky:

Behaviorální

- snížena produktivita,
- bezděčný pohyb (např. šoupaní nohama, rozhazování rukama),
- ošívání se,
- roztěkanost,
- insomnie,
- vyhýbání se očnímu kontaktu,
- obavy kvůli změně životních událostí,
- neklid,
- skenování (podrobné pozorování),



- ostražitost.

Emoční:

- sklíčenost,
- roztřesenost,
- úzkostlivost,
- přehnaná rozrušenost,
- strádání,
- bolestivě zvýšená bezmocnost,
- strach,
- trvale zvýšená bezmocnost,
- pocity neadekvátnosti,
- vyděšenost,
- zaměření na sám sebe,
- lítostivost,
- zvýšená ostražitost,
- psychická nejistota,
- podrážděnost,
- ustaranost.

Tělesné:

- napětí v obličeji,
- třes rukou,
- zvýšené pocení,
- zvýšené napětí,
- roztřesenost,
- třes,
- chvění hlasu,

Nervus sympaticus:

- anorexie,
- kardiovaskulární excitace (podráždění),
- průjem,
- sucho v ústech,
- zrudnutí v obličeji,
- bušení srdce,
- rozšířené zornice,
- zvýšení krevní tlak,
- obtížné dýchání,
- zrychlení pulz,
- povrchová vazokonstrikce (zúžení cév),
- zvýšené reflexy,
- škrábání, cukání (ve svalech),
- intenzivnější dýchání,
- slabost

Nervus parasympaticus:

- bolest břicha,
- nauzea,
- snížený krevní tlak,
- porucha spánku,
- zpomalený pulz,
- brnění končetin,

- průjem,
- četnost močení,
- mdloba,
- váhavost ohledně močení,
- únava,
- naléhavost močení,

Kognitivní:

- uvědomování se fyziologických symptomů,
- zablokované myšlení,
- zmatenost,
- zúžené percepční pole,
- potíže s koncentrací,
- snížená schopnost se učit,
- snížená schopnost řešit problémy,
- strach z nespécifikovaných následků,
- zapomnětlivost,
- snížená pozornost,
- přehnané zaujetí něčím,
- hloubavost,
- tendence obviňovat druhé.

Související faktory:

- změna:
 - v ekonomické situaci,
 - v prostředí,
 - ve zdravotním stavu,
 - ve vzorcích vzájemného působení,
 - ve fungování rolí,
 - v postavení rolí,
 - vystavení toxinům,
 - familiární výskyt,
 - dědičnost,
 - interpersonální nákaza,
 - interpersonální přenos,
 - krize v dospívání,
 - situační krize,
 - stres
- abúzus látek,
- ohrožení smrtí,
- ohrožení:
 - ekonomické situace,
 - prostředí,
 - zdravotního stavu,
 - interakčních vzorců,
 - fungování rolí,
 - postavení rolí,
 - vlastního sebepojetí,
- neuvědomělý konflikt ohledně základních životních cílů,
- neuvědomělý konflikt ohledně základních hodnot,

- neuspokojené potřeby.

Ošetřovatelská intervence:

A) Posouzení úzkosti:

- udělejte si přehled o rodinných i zdravotních faktorech, současně i nedávně užívaných lécích (např. depresivní vlohy, anamnéza onemocnění štítné žlázy, metabolická nerovnováha, plicní onemocnění, anémie, arytmie, užívání steroidů, hormonů štítné žlázy, preparátů na snížení chuti k jídlu, abúzu drog),
- zjistěte, jak pacient vnímá ohrožení v dané situaci,
- sledujte jeho fyzickou odpověď, např. palpitaci, zrychlení pulzu, opakované pohyby, přecházení,
- všimněte si chování pacienta z hlediska hladiny úzkosti (sestra si musí být vědoma vlastních pocitů úzkosti nebo stísněnosti, které mohou být klíčem k posouzení míry úzkosti u pacienta),
- *mírná úzkost*
- zvýšená ostražitost, intenzivnější uvědomování si zevního prostředí, zvýšená pozornost věnovaná okolí a právě probíhajícím dějům,
- neklid, podrážděnost, vyrušitelnost, nespavost,
- pacient je v tomto stavu motivován řešit existující problémy
- *středně silná úzkost*
- vnímání zúženo se zvýšenou koncentrací na vlastní osobu a obtížně ovládaným rozrušením,
- chvění nebo změny tónu hlasu,
- třes, zvýšená frekvence pulzu dechu,
- *závažná úzkost*
- snížený rozsah vnímání, úzkost narušuje efektivní fungování,
- plně se zabývá vlastní nevolností a pocitem hrozící záhuby,
- urychlení pulzu/zvýšené frekvence dýchání, motání hlavy, parestezie, bolest hlavy atd.,
- *panická úzkost*
- neschopnost soustředit se, chaotické chování, deformované vnímání, situace, nerealistické vjemy okolních dějů, nemocný někdy prožívá děs nebo zmatení, může být zcela neschopen mluvit či pohybovat se (paralyzován strachem),
- zjistěte konzumaci drog (alkoholu), případnou nespavost nebo nadměrnou spavost, omezování kontaktů s druhými, které je behaviorálním indikátorem stažení jako způsobu řešení problémů,
- povšimněte si obranných mechanismů pacienta (popření, regrese, atd.), které interferují se schopností řešit problémy,
- věnujte pozornost způsobu reakce, k nimž patří zloba, zasněnost, zapomětivost, změna v příjmu potravy, kouření, neřešení problémů,
- udělejte si přehled o dřívějších způsobech a dovednostech nemocného a pokuste se zvolit ty z nich, které by mohly pomoci v řešení současné situace.

B) Vedení pacienta k rozpoznání jeho pocitů a řešení problémů

- vytvořte terapeutický vztah plný vstřícnosti a opravdového respektu,
- buďte k dispozici, naslouchejte pacientovi a hovořte s ním,
- mějte ho k ujasnění si a vyjádření pocitů, např. pláče, smutku, smíchu, strachu, popření, klení, zlosti, hněvu,
- pomozte mu k sebeuvědomění verbálního i neverbálního chování,
- objasněte mu význam pocitů/činů vytvořením zpětné vazby a ujasněním si významu spolu s pacientem,

- uznejte jeho úzkost/strach, nepřete se s nemocným a neujišťujte ho, že vše bude zase v pořádku,
- podejte pacientovi přesnou informaci o situaci a pomozte mu pochopit její reálný základ,
- učiňte součástí péče klidné/tiché prostředí, poslech uklidňující hudby, teplou koupel a masáž zad,
- akceptujte nemocného takového jaký je, situace, v níž se právě nachází, může být pro něj výhodná, např. při popření jako reakce na informaci o terminálním onemocnění,
- na chování pacienta nikdy nereaguj osobně, protože to může způsobit vystupňování situace,
- pomozte pacientovi využít úzkost při řešení situace, pokud je to užitečné, středně silná úzkost zostřuje mysl a umožňuje nemocnému plně se zaměřit na problém,

Panický stav:

- zůstaňte s pacientem a zachovejte klidnou a důvěryplnou atmosféru,
- hovořte v krátkých větách, volte jednoduchá slova,
- postarejte se o harmonické prostředí, vyvolávající pocit bezpečí, omezte stimulaci, dbejte na to, aby návštěvy a osoby v kontaktu s nemocným co nejméně přenášely na nemocného své vlastní pocity,
- stanovte hranice nevhodného chování a pomozte pacientovi užívat přijatelných zdrojů, jak naložit s úzkostí,
- po zmírnění úzkosti postupně zvyšujte aktivitu pacienta/kontakty s ostatními,
- využijte kognitivní léčbu k odstranění katastrofického výkladu tělesných příznaků,
- podávejte léky proti úzkosti (anxiolytika/sedativa) dle ordinace.

C) Posílení zdraví (poučení/instrukce před propuštěním)

- naučte pacienta rozpoznat spouštěcí/urychlující faktory a osvojit si nové metody překonání silné, ochromující úzkosti,
- proberte s pacientem, které události, myšlenky nebo pocity předcházely záchvatu úzkosti,
- vedte ho k uvědomění si toho, co předcházelo v případech úspěšného zvládnutí nervozity úzkosti,
- vytvořte seznam zdrojů/osob včetně dostupných „horkých linek“, nebo krizových pracovníků, poskytujících pomoc nepřetržitě/ve vymezených hodinách,
- doporučte nemocného vypracování programu cvičení/činnosti, což může pomoci ke snížení úzkosti díky zmírnění tenze,
- pomozte mu s nácvikem dovedností (uvědomování si negativních myšlenek, říci „dost“ a nahradit je pozitivní myšlenkou, směřující k odstranění negativního myšlení, mírné fobie lépe odpovídají na behaviorální léčbu,
- využijte metody hraní rolí nebo vizualizace očekávaných příhod, modlitby/meditace k vytvoření předpokladů pro lepší zvládnutí situací provokujících úzkost,
- věnujte pozornost medikaci a interakcím léků s volně prodejnými prostředky, alkoholem, prodiskutujte vhodné nahrazení léku, změnu dávkování nebo časový posunutí dávky, aby se zmírnily vedlejší účinky,
- odešlete pacienta k lékaři, odpovědnému za farmakoterapie/změnu preskripce (k početným lékům, jejich vedlejší účinky zahrnují úzkostné příznaky, patří aminofylin, teofylin, anticholinergika, dopamin, levodopa, salicyláty a steroidy),
- odešlete pacienta na individuální/skupinovou terapii pro nemocné trpící chronickou úzkostí.

Obranné zvládnání zátěže (00071)

Doména 9: Zvládnání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládnání zátěže

Definice: Stav, kdy jedinec opakovaně projevuje falešně pozitivní sebehodnocení na základě sebeobranu proti pocíťovanému ohrožení vlastní sebeúcty.

Určující znaky:

- popírání zřejmých problémů,
- popírání zřejmých slabostí,
- potíže v navazování vztahů,
- potíže při vnímání reality,
- potíže udržet si vztahy,
- grandióznost (velkolepost),
- nepřátelský smích,
- přecitlivělost ke kritice,
- přecitlivělost k podceňování,
- nedokončení terapie,
- nedokončení ošetření,
- nedostatečná participace při terapii,
- nedostatečná participace při ošetření,
- projekce (promítnutí svých vlastností do jiných osob) viny,
- projekce odpovědnosti,
- racionalizace (zdůvodňování) neúspěchu,
- překrucování reality,
- zesměšňování jiných,
- nadřazený postoj vůči druhým.

Související faktory:

- konflikt mezi vnímáním sebe sama a systémem hodnot,
- nedostatečný podpůrný systém,
- strach ze selhání,
- strach z ponížení,
- strach z represí (odvetných opatření),
- nedostatečná odolnost,
- nízká úroveň důvěry v blízké osoby,
- nízká úroveň sebedůvěry,
- psychická nejistota,
- nerealistická očekávání od sebe sama.

Ošetřovatelská intervence:

- Určete, co charakterizuje jeho jednání, aby bylo více zřejmé, jak ovlivňuje současnou situaci,
- dovedte pacienta k poznání, že je nutno změnit způsob řešení problémů,
- posuďte, do jaké míry pacient chápe současnou situaci a jaká je jeho vývojová úroveň,
- vysvětlete pravidla léčby a důsledky případné nespůlpráce,
- dejte pacientovi příležitost k pozitivní interakci s ostatními, aby se zvýšila jeho sebeúcta.

Neefektivní zvládání zátěže (00069)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Neschopnost zformulovat platné vyhodnocení stresorů, nesprávný výběr praktikovaných reakcí anebo neschopnost používat dostupné zdroje.

Určující znaky:

- změna v obvyklých komunikačních vzorcích,
- snížené užívání sociální podpory,
- destruktivní chování vůči druhým,
- destruktivní chování vůči sobě,
- potíže s organizováním informací,
- únava,
- vysoký výskyt onemocnění,
- neschopnost přistupovat k informacím,
- neschopnost naplňovat základní potřeb,
- neschopnost naplňovat očekávání od určité role,
- nedostatečné řešení problémů,
- slabá koncentrace,
- neschopnost zavolat pomoc,
- neschopnost zvládat zátěž,
- rizikové jednání,
- narušený vzorec spánku,
- abúzus látek,
- užívání forem zvládnutí zátěže, které překáží adaptivnímu chování.

Související faktory:

- porucha ve vzorci vyhodnocení hrozby,
- porucha ve vzorci uvolnění napětí,
- genderové rozdíly ve strategiích zvládnutí zátěže,
- vysoký stupeň ohrožení,
- neschopnost uchovat adaptivní energie,
- nedostatečná úroveň důvěry ve schopnosti zvládat zátěž,
- nedostatečná úroveň vnímání kontroly,
- nedostatečná příležitost připravit se na stresor,
- nedostatečné zdroje, které jsou k dispozici,
- nedostatečná sociální podpora způsobená vlastnostmi vztahů,
- krize při dospívání,
- situační krize,
- psychická nejistota.

Ošetřovatelská intervence:

- dejte pacientovi příležitost k pozitivní interakci s ostatními, aby se zvýšila jeho sebeúcta,
- projeďte vstřícnost a respekt, neohrožující sebepojetí pacienta a posilující jeho sebeúctu,
- zhodnoťte schopnost rozumět různým událostem a realisticky vyhodnotit situaci,
- zaznamenejte způsob řeči a komunikace,
- povšimněte si hladiny úzkosti a schopnosti zvládat úkoly z dlouhodobějšího hlediska,
- zhodnoťte jeho schopnost rozhodovat se,
- oslovujte pacienta jménem. Všimněte si, jak reaguje na oslovení. Užívání pacientova jména podporuje jeho uvědomování si a oceňování vlastní individuality.

Oslabené zvládnutí zátěže v rodině (00074)

Doména 9: Zvládnutí/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládnutí zátěže

Definice: Obvykle podporující primární osoba (člen rodiny, důležitá blízká osoba nebo blízký přítel) poskytuje nedostatečnou, neefektivní nebo oslabenou podporu, útěchu pomoc

nebo povzbuzení, které může klient potřebovat ke zvládnutí nebo zdokonalení adaptivních úkolů spojených s jeho zdravotním problémem.

Určující znaky:

Objektivní:

- důležitá blízká osoba se snaží být nápomocná, ale s neuspokojivými výsledky,
- důležitá blízká osoba se snaží poskytovat podporu, ale s neuspokojivými výsledky,
- důležitá blízká osoba se chová ochránářsky, způsobem neodpovídajícím schopnostem klienta,
- důležitá blízká osoba se chová ochránářsky, způsobem neodpovídajícím potřebám klienta z hlediska jeho autonomie,
- důležitá blízká osoba vstupuje do omezené osobní komunikace s klientem,
- důležitá blízká osoba se odtahuje od klienta.

Subjektivní:

- klient si stěžuje na reakci důležité osoby na jeho zdravotní problém,
- klient vyjadřuje obavy ohledně reakce důležité osoby na jeho zdravotní problém,
- důležitá blízká osoba vyjadřuje nedostatečné pochopení, které neodpovídá podpůrnému chování,
- důležitá blízká osoba popisuje starost ohledně osobní reakce (např. strach, očekávání, smutek, pocit viny) vůči potřebám klienta.

Související faktory:

- současně existující situace ovlivňující důležitou blízkou osobu,
- vývojová krize, které důležitá blízká osoba může čelit,
- vyčerpání schopnosti podpory ze strany důležitých blízkých osob,
- neadekvátní informace dostupné primární osobě,
- neadekvátní chápání informací primární osobou,
- nesprávné informace získané primární osobou.

Ošetřovatelská intervence:

- zjistěte chování v rodině/kontakty mezi jejími příslušníky v době před onemocněním, aby byl záznam výchozí stav pro srovnání,
- diskutujte o tom, jak rodina vnímá situaci, představy/očekávání pacienta i rodiny mohou být nerealistické,
- posuďte ochotu členů rodiny podílet se na péči o pacienta,
- navažte a udržujte spojení s dostupnými členy rodiny, vytvořte terapeutický vztah a podporujte řešení směřující ke zvládnutí problémů,
- uznejte obtížnost situace pro rodinu, zmírněte sebeobviňování/pocit viny.

Neschopnost zvládat zátěž v rodině (00073)

Doména 9: Zvládnutí/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládnutí zátěže

Definice: Chování primární osoby (člena rodiny, důležité blízké osoby nebo blízkého přítele), které zhoršuje její schopnosti a schopnosti klienta efektivně řešit úkoly důležité pro přizpůsobení se kterékoliv z těchto osob zdravotnímu problému.

Určující znaky:

- opuštění (místa, věci, osoby),
- agrese,
- agitovanost,

- pokračování v běžné činnosti bez ohledu na potřeby klienta,
- vývoj k závislosti klienta,
- deprese,
- útěk,
- ignorování klientových potřeb,
- překrucování reality týkající se klientova zdravotního problému,
- chování rodiny škodlivé pro duševní pohodu,
- hostilita,
- narušení individualizace,
- narušená restrukturalizace smysluplného života dané osoby,
- intolerance,
- nedbalá péče o klienta z hlediska jeho základních lidských potřeb,
- zanedbávání/opomíjení vztahů s dalšími členy rodiny,
- dlouhodobá přehnaná obava o klienta,
- psychosomatické projevy,
- odmítání (nemoci, nemocného),
- přebírání chorobných příznaků klienta.

Související faktory:

- svévolné nakládání s odporem rodiny vůči léčbě,
- rozdílné způsoby zvládnání zátěže z hlediska přístupu k adaptivním úkolům důležitou blízkou osobou a klientem,
- rozdílné způsoby zvládnání zátěže mezi důležitými blízkými osobami,
- vysoce ambivalentní rodinné vztahy,
- důležitá blízká osoba s chronicky nevyjádřenými pocity (pocit viny, úzkost, hostilita, zoufalství)

Ošetřovatelská intervence:

- posuďte, jakých informací se rodině dostalo a nakolik je pochopili,
- prodiskutujte, jak rodina pohlíží na situaci, očekávání pacienta i členů rodiny mohou být v rozporu s realitou,
- ved'te rodinu k oživení schopností, jak zvládnout současnou situaci,
- ved'te je k tomu, aby si uvědomili „kdo má problém“ a kdo je odpovědný za jeho řešení, vyhněte se určování viny,
- poznejte současné chování členů rodiny,
- diskutujte o tom, jak rodina vnímá situaci,
- zaznamenejte další faktory stresující rodinu (např. finanční potíže), doporučte jim kam se obrátit.

Snaha zlepšit zvládnání zátěže v rodině (00075)

Doména 9: Zvládnání zátěže/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládnání zátěže

Definice: Vzorec zvládnání adaptivních úkolů primární osobou (členem rodiny, důležitou blízkou osobou nebo blízkým přítelem), jež je zainteresována na klientově zdravotním problému, který postačuje pro zdraví a růst ohledně sebe sama a ve vztahu ke klientovi a který lze posílit.

Určující znaky:

- volí zážitky, které optimalizují wellness,
- jedinec vyjadřuje zájem o navázání kontaktu s jinými, kteří zažili podobnou situaci,

- důležitá blízká osoba se pokouší popsat dopad krize na růst,
- důležitá blízká osoba se snaží obohatit životní styl,
- důležitá blízká osoba se snaží zlepšit zdraví.

Související faktory: (nejsou uvedeny v publikaci)

Ošetřovatelská intervence:

- posuďte individuální situaci a aktuální stadium růstu/pozitivního vývoje rodiny.
- věnujte dostatek času hovoru s rodinou a prodiskutování jejich názoru na situaci,
- poskytněte model role, s níž se rodina může identifikovat,
- vytvořte vztah s rodinou, který by posílil pozitivní směřování.

Úzkost ze smrti (00147)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu vytvořený vnímáním skutečného nebo imaginárního ohrožení něčí existence.

Určující znaky:

- uvádí obavy z přepracování pečovatele,
- uvádí hluboký smutek,
- uvádí strach z rozvoje nevléčitelného onemocnění,
- uvádí strach ze ztráty duševních schopností v období umírání,
- uvádí strach z bolesti spojené s umíráním
- uvádí strach z předčasné smrti,
- uvádí strach z prodlužovaného umírání,
- uvádí strach z utrpení spojeného s umíráním,
- uvádí strach z procesu umírání,
- uvádí negativní myšlenky spojené se smrtí a umíráním,
- uvádí obavy nad dopadem vlastní smrti na důležité blízké osoby.

Související faktory:

- předvídání nepříznivých následků celkové anestezie,
- předvídání dopadu smrti na druhé,
- předvídání bolesti,
- předvídání utrpení,
- vyrovnávání se s faktem nevléčitelného onemocnění,
- diskuze na téma smrti,
- zkušenost s procesem umírání,
- zkušenost s blízkostí smrti,
- neakceptování vlastní smrtelnosti,
- pozorování související se smrtí
- vnímání blízkosti smrti,
- nejistota ohledně setkání se s vyšší mocí,
- nejistota ohledně existence vyšší moci,
- nejistota ohledně života po smrti,
- nejistá prognóza.

Ošetřovatelská intervence:

- povšimněte si fyzického/postoje a jejich dopad na současnou situaci,

- zpřesněte současnou znalost situace, aby bylo možno odhalit mylné představy, nedostatek informací a další související záležitosti,
- aktivně vyslechněte poznámky o pocitu izolace/odloučení,
- vytvořte vstřícný a důvěryplný vztah,
- povězte mu o normálnosti pocitů a individuálního smutku,
- podporujte pacientovy snahy učinit realistické kroky a proměnit plány v činy.

Neefektivní popírání (00072) [neefektivní popírání skutečností]

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Vědomý nebo nevědomý pokus popřít znalost nebo význam události za účelem snížení úzkosti anebo strachu, vedoucí ke zhoršení zdraví.

Určující znaky:

- vytěsňuje strach z dopadu zdravotního stavu,
- vytěsňuje zdroj příznaků a jiné orgány,
- vytěsňuje nevhodné pocity,
- nepřipouští si strach ze smrti,
- nepřipouští si strach z invalidity,
- nevnímá osobní relevantnost nebezpečí,
- nevnímá osobní relevantnost symptomů,
- používá zlehčující komentáře, když hovoří o stresujících událostech,
- minimalizuje symptomy,
- odmítá zdravotní péči,
- není schopen přiznat si dopad onemocnění na život,
- používá domácí prostředky/praktiky k léčení.

Související faktory:

- úzkost,
- strach ze smrti,
- strach ze ztráty autonomie,
- strach ze separace,
- nedostatek kompetentnosti při používání efektivních mechanismů zvládání zátěže,
- nedostatečná kontrola nad životní situací,
- nedostatek emoční podpory od druhých,
- velký stres,
- hrozba neadekvátnosti při potýkání se silnými emocemi,
- hrozba nepříjemné reality.

Ošetřovatelská intervence:

- rozpoznajte situační krizi/problém a způsob, jakým pacient vnímá situaci,
- určete stádium a stupeň popření,
- zaregistrujte pacientovy poznámky o vlivu nemoci/problému na životní styl,
- vytvořte důvěryplný vztah mezi sestrou a pacientem, použijte terapeutických komunikačních dovedností naslouchání a výroků v první osobě,
- poskytněte bezpečné, vlídné prostředí,
- vyhýbejte se souhlasu s nepřesnými tvrzeními/dojmy, aby nedocházelo k utvrzování falešné reality.

Strach (00148)

Doména 9: zvládnutí/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládnutí zátěže

Definice: Reakce na vnímání ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky:

- uvádí nebezpečí,
- uvádí obavy,
- uvádí strach,
- uvádí sníženou sebejistotu,
- uvádí děs,
- uvádí vzrušení,
- uvádí zvýšené napětí,
- uvádí trému,
- uvádí paniku,
- uvádí hrůzu,

Kognitivní:

- snížená schopnost učit se,
- snížená schopnost řešit problémy,
- snížená produktivita,
- identifikuje předmět strachu,
- podnět je vnímán jako ohrožení,

Behaviorální:

- útočné chování,
- vyhýbavé chování,
- impulzivnost,
- zvýšená ostražitost,
- zúžené zaměření na zdroj strachu,

Fyziologické:

- nechutenství,
- průjem,
- sucho v ústech,
- dyspnoe,
- únava,
- zvýšené pocení,
- zrychlený pulz,
- zrychlené dýchání,
- zvýšený krevní tlak,
- napětí svalů,
- nauzea,
- bledost,
- rozšířené zornice,
- zvracení.

Související faktory:

- přirozené (např. náhlý hluk, výška, bolest, ztráta fyzické pohody),
- vrozené spouštěče (neurotransmitery),
- jazyková bariéra,
- naučená reakce (např. podmínky, přijímání vzorů nebo identifikace s jinými),
- stimuly navozující fobii,
- zhoršené smyslové vnímání (zejména sluch a zrak),

- oddělení od podpůrného systému v potenciální stresující situaci (např. hospitalizace, nemocniční procedury),
- neobeznámenost s prostředím.

Ošetřovatelská intervence:

A) Posoudit stupeň a reálnost hrozby pocíťované pacientem:

- zjistěte, jak pacient/jeho blízcí vnímají, k čemu dochází a jak to ovlivňuje jejich život,
- povšimněte si stupně ochromení strachem (např. „strachem ztuhlý“, neschopnost zapojit se do potřebných činností),
- srovnajte slovní a mimoslovní odpovědi a posuďte, zda se shodují a zda nedochází k mylnému pohledu na situaci,
- pátrejte po projevech popření/deprese,
- zjistěte případné smyslové poruchy (např. postižení sluchu), které mají vliv na smyslové vnímání a interpretaci okolí,
- všimněte, nakolik je pacient soustředěn a kam upírá pozornost,
- analyzujte subjektivní prožitky líčené pacientem (může jít o bludy nebo halucinace),
- buďte ve střehu a vždy pečlivě zkoumejte, zda nehrozí násilné chování,
- vyšetřete základní fyziologické parametry/fyziologickou odpověď,
- posuďte dynamiku rodiny.

B) Pomozte pacientovi/jeho blízkým zvládnout strach/poradit si se situací:

- buďte pacientovi nablízku nebo zařídte, aby s ním někdo stále byl, pocit opuštění může exacerbovat strach,
- naslouchejte pacientovi, aktivně naslouchejte jeho obavám,
- poskytněte ústně i písemné informace, mluve v jednoduchých větách a konkrétních termínech, usnadněte pochopení a zapamatování si informací,
- uznajte normálnost strachu, bolesti, zoufalství a „dovolte“ nemocnému přiměřeně/volně vyjádřit city,
- dejte příležitost k otázkám a upřímně je zodpovězte, nepolemizujte s tím, jak pacient vnímá situaci, omezte konflikty, protože strach má negativní dopad na racionální uvažování,
- podporujte pacienta v kontrole nad sebou samým, nakolik je to možné, a akceptujte to, že v určitých věcech toho není schopen (posílení dominantního chování),
- povzbuzujte nemocného ke kontaktu s vrstevníky, kteří s úspěchem prošli podobnou strachuplnou situací, vzniká tak model role a kromě toho pacient ochotněji uvěří někomu, kdo prožil něco podobného.

C) Veděte pacienta k vypracování vlastních odpovědí při řešení problémů:

- uznajte užitečnost strachu v péči o vlastní osobu,
- dejte najevo, že pacient je tím, kdo je odpovědný za řešení /podpořte ho tím, že vaše pomoc zůstane dostupná, posilujte jeho smysl pro kontrolu nad věcmi,
- určete vnitřní/zevní zdroje pomoci (např. uvědomění si situace, využívání dříve osvědčených dovedností, blízké osoby schopné poskytnout podporu,
- vysvětlete pacientovi potřebné postupy na takové úrovni, aby byl schopen je pochopit a realizovat (příliš mnoho informací ho může uvrhnout do zmatku),
- dle vhodnosti vysvětlete vztah mezi nemocí a příznaky,
- zkontrolujte užívání léků proti úzkosti a zdůrazněte nutnost jejich braní přesně dle předpisu.

D) Posílení zdraví (poučení/instrukce před propuštěním):

- podporujte plánování uskutečňování kroků,

- naučte pacienta (a pomozte mu), aby připravil program cvičení (v rámci svých možností), ten poskytuje zdravý únik pro energii vytvářenou strachem a podporuje uvolnění,
- pobízejte pacienta (a pomozte mu), aby připravil program cvičení (v rámci svých možností), ten poskytuje zdravý únik pro energii vytvářenou strachem a podporuje uvolnění,
- vhodně reagujte na případné smyslové postižení (např. mluvte jasně a zřetelně, pomáhejte dotyky),
- dle indikace doporučte podpůrné skupiny, veřejné organizace, poskytněte další pomoc při individuální potřebě.

14 Ošetřovatelské standardy

Literatura:

- BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
- DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
- HEKLOVÁ, Zuzana. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 124 s. ISBN 978-80-247-4032-4.
- HERDMAN, T. Heather. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.
- HLINOVSKÁ, Jana, NĚMCOVÁ, Jitka et al. *Interaktivní procesy v ošetřovatelství a v porodní asistenci*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2012. 168 s. ISBN 978-80-904955-3-1.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetřovatelství*. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Základy ošetřovatelství: studijní opora*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2012. ISBN 978-80-7464-207-4.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Ošetřovatelské teorie a modely: studijní opora*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2013. ISBN 978-80-7464-214-2.
- JAROŠOVÁ, Darja; PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetřovatelství*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2012. ISBN 978-80-7464-304-0.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vyd. nezměn. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-457-3.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetřovatelství: Systémový přístup*. 1. vyd. 3. dotisk. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0429-9.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka; FROŇKOVÁ, Marie; HERMANOVÁ, Renáta; ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I. aktual. a doplň. vyd.* Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
- KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora, OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetřovatelství: koncepce, ošetřovatelský proces a praxe*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetřovatelství: systémový přístup*. Učební texty pro vysokoškolský studijní program ošetřovatelství. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
- NĚMCOVÁ, Jitka, BOROŇOVÁ, Jana. *Repetitorium ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2011. 188 s. ISBN 978-80-902876-7-9.
- STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetřovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Univerzita Karlova, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.

Internetové zdroje:

JURÁSKOVÁ, Dana, GUTOVÁ, Lenka, MARX, David, CHARVÁT, Kvalita ošetřovatelské péče a management rizik [online]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2004/kvalita-oseetrovatelske-pece-a-management-rizik-.311/>.

MZČR: Dokumenty, standardy – ošetřovatelské péče [online]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/standardy-oseetrovatelske-pece_7399_2849_29.html.

14.1 Význam ošetřovatelských standardů

Standardy/normy:

Standardy jsou **nástroje měření kvality**, standard je vodítkem, podle kterého můžeme hodnotit, zda ošetřovatelské činnosti odpovídají požadované úrovni, pojem norma se užívá pro označení měření kvality v oblasti komerční výroby. **Norma je zákonem stanovená a vymahatelná**. I když každá země vychází při vytváření standardů z vlastních podmínek, jsou pro všechny státy s vyspělým ošetřovatelstvím společné obecné normy pro poskytování individualizované na potřebu nemocného cílené, ošetřovatelské péče, prováděné prostřednictvím ošetřovatelského procesu a zaznamenávané v ošetřovatelské dokumentaci. Jsou vyjádřené v doporučeních mezinárodních organizací a vycházejí z doporučení etických kodexů.

Ve zdravotnictví pro zachování kvality ošetřovatelské péče se vychází z auditů a standardů. Standardy zlepšují individuální péči ošetřovatelského procesu, vymezují konkrétně, co je v dané oblasti považováno za kvalitní, dodržují etická pravidla ošetřovatelského procesu. Rozdělují se na standardy ošetřovatelské péče, ošetřovatelského obsahu, ošetřovatelských cílů a standardy strukturální. Je to závazná norma profesní úrovně kvality. Jsou centrální, vydávané Ministerstvem zdravotnictví a lokální vydávané příslušnou organizací. Audit je hodnocení spokojenosti klientů v organizaci, personálu, prostředí a dodržování kvality ošetřovatelské péče.

Dělení standardů:

a) centrální

- vydává MZ jako zákonné a podzákonné normy (vyhlášky),
- určují základní cíle oboru, strukturální a procesní kritéria pro jeho realizaci,
- MZ (ministerstvo zdravotnictví) může vydávat rámcové standardy, jako doporučené podklady pro tvorbu lokálních standardů.

b) lokální

- jsou zpracované a přijaté v konkrétním zdravotnickém zařízení, případně konkrétním pracovištěm,
- vycházejí z rámcových standardů,
- každý pracovník by měl být s nimi seznámen a písemně se zavázat v rámci pracovní smlouvy,
- nesmějí být v rozporu s centrálními standardy,
- do vytváření mají být co nejvíce zapojeny sestry.

Druhy standardů:

- **ošetřovatelské standardy** – pro sledování kvality ošetřovatelské péče,
- **medicínské standardy** – pro sledování kvality léčebné péče,
- **standardy správné laboratorní praxe** – pro sledování kvality laboratorní praxe.

14.2 Metodika tvorby standardů

Standard má přesně vymezovat požadovanou normu, nikdy neposkytovat služby pod stanoveným standardem, protože v tomto případě dochází k ohrožení pacienta.

Obsah standardu:

- **zaměření** (určení, které oblasti ošetřovatelské péče se týká),
- **míra závaznosti** (kompetence pro koho je určen),
- **cíl** (výsledek, který vyjadřuje požadovanou výslednou kvalitu),
- **výčet kritérií:**
 - a) **strukturální** (pomůcky),
 - b) **procesuální** (postup, komplikace, zvláštní upozornění),
 - c) **výsledková** (výsledná kvalita),
- **kontrolní mechanismus,**
- **zdroje literatury, autor.**

Typy ošetřovatelských standardů:

- standardy výkonu ošetřovatelské profese,
- ošetřovatelské péče,
- ošetřovatelská dokumentace,
- vybavení pracoviště,
- personální obsazení,
- pracovních postupů při různých ošetřovatelských výkonech, označují se často jako manuály,
- pro vzdělávání ošetřovatelských pracovníků.

Každé zdravotnické zařízení je povinno písemně vypracovat a přijmout vlastní ošetřovatelské standardy, vycházející z rámcových standardů doporučených MZ. Jsou závazné a zajišťují kvalitu ošetřovatelské péče a umožňují její objektivní hodnocení a měření.

Standardy - platné definice kvalitní úrovně ošetřovatelské:

- poprvé vznikly v 70. letech v USA jako odezva na Chartu práv nemocných,
- závazná norma ošetřovatelské péče, umožňuje hodnocení a chrání pracovníky před právním postihem.

Standardizace zdravotní péče

Ve vyspělých zemích je samozřejmostí, že **pacienti a plátcí (pojišťovny) očekávají od zdravotnických zařízení kvalitní, efektivní a standardizované služby**. Navíc se od nich očekává, že budou **schopna kdykoliv předložit důkazy o kvalitě jimi poskytované péče**. Z těchto důvodů je pro činnost zdravotnických zařízení strategicky **důležité používání systémových modelů kontinuálního zvyšování kvality a efektivity poskytované péče**. Zdravotnictví, vzhledem ke své komplexnosti, **vyžaduje standardizaci v daleko větší míře než průmysl**.

V ekonomicky vyspělých zemích existuje řada modelů a systémů, které se zabývají rozvojem a standardizací kvality, a většina zemí má své vlastní standardizace (Anglie BSI, Rusko KCYKP, ČR ČSN). **Narůstající fenomén globalizace, ale vyžaduje standardizaci na mezinárodní úrovni**.

Základní systémové modely jištění kvality v léčebné a ošetřovatelské péči, které jsou rozšířeny v Evropském společenství nebo které rozvoj evropských modelů význačnou měrou ovlivnily:

1. **Modely systémů řízení kvality** (Mezinárodní organizace pro normalizaci - ISO),

2. Modely národních a nadnárodních akreditačních standardů (JCAHO – Společná komise pro akreditace zdravotnických zařízení, JCI - Spojená mezinárodní komise, SAK – ČR - Spojená akreditační komise ČR),

3. Modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů (ISQua – Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví, ALPHA - dceřinná organizace ISQua)

4. Modely excellence – světové ceny za kvalitu – (Cena Malcolma Baldrige, EFQM – Evropská cena kvality, Six Sigma).

Termín ISO označuje Mezinárodní organizaci pro standardizaci (The International Organization for Standardization). Série ISO 9000, zabývající se kvalitou vznikla v roce 1987, kdy se svět začal hlouběji zabývat kvalitou. Tyto normy se uplatňují ve všech oblastech průmyslu a služeb. V přetřansformované podobě se také uplatňují v rámci zdravotnictví. Série ISO zabývající se standardizací byla v roce 2000 sjednocena do série 9001: 2000. Získání certifikace **ISO 9001: 2000** znamená, že organizace byla prošetřena a bylo zjištěno, že má systém managementu, který zajišťuje důkladnost a spolehlivost. **Prostřednictvím ISO se provádí tzv. certifikační audit, kterým se uděluje certifikace.** ISO 9001:2000 však již nic neříká o účinnosti léčebné péče nebo efektivitě lékaře. ISO 9001: 2000 nemůže nahradit široké zaměření akreditací na specifické potřeby zdravotnických zařízení. Vhodné uplatňování norem ISO: laboratoře, transfúzní stanice, podpůrné provozy zdravotní péče.

Akreditace zdravotního zařízení představuje uznání oficiálně pověřenou autoritou, že zdravotnické zařízení je způsobilé k poskytování kvalitní zdravotní péče a má vytvořen funkční a účinný způsob pro posuzování výkonnosti a pro kontinuální zvyšování kvality poskytované péče.

České zdravotnictví si bylo již v roce 1989 vědomo značných rozdílů mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními. V roce 1994 byl iniciován projekt „Akreditace nemocnic“, na kterém se podílela, kromě MZ celá řada dalších subjektů. V roce 1998 byly v jednom věstníku MZ uveřejněny akreditační standardy a metodika. V roce 1999 byla v ČR akreditována první nemocnice.

Spojená akreditační komise České republiky vydala v roce 1998 padesát akreditačních standardů, které jsou rozděleny do deseti tematických oblastí:

1. oblast kvality (kontinuální zvyšování kvality, tvorba standardů),
2. diagnostické postupy,
3. péče o pacienta,
4. kontinuita péče (převoz pacientů na jiné oddělení, do jiného zdravotnického zařízení),
5. dodržování práv pacientů,
6. podmínky poskytované péče (směrnice),
7. standardy managementu,
8. péče o zaměstnance (kontinuální vzdělávání),
9. sběr a zpracování informací (standardizace zdravotnické dokumentace),
10. protiepidemická opatření.

Příprava na inspekci akreditačního týmu v zdravotnickém zařízení v podstatě spočívá v uvedení svých vlastních standardů směrnic a praxe do souladu s akreditačními standardy. **Inspekční tým se zabývá základními aspekty provozu nemocnice, jeho strukturou, procesy a výstupy péče.** Informace o kvalitě provozu zdravotnické dokumentace, inspekcí jednotlivých oddělení a pohovorem se zaměstnanci a pacienty. Inspekce trvá 2-3 dny a akreditace se uděluje na období 2-3 let.

Společná komise pro akreditaci zdravotnických zařízení vznikla v roce 1951 z iniciativy Amerického svazu chirurgů. První akreditační manuál JCAHO vznikl v roce 1976.

Vzhledem k šířícímu se zájmu globální zdravotnické veřejnosti o akreditační standardy JCAHO rozhodla se tato organizace v roce 1999 vytvořit mezinárodní akreditační program s názvem „Joint Commision International“ JCI – Spojená mezinárodní komise. Požadavky JCI obsahují 370 standardů. Některá zdravotnická zařízení v ČR se o tento akreditační model zajímají. První nemocnice v ČR, která získala akreditaci podle mezinárodních akreditačních standardů je Ústřední vojenská nemocnice v Praze. Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví vznikla v roce 1985 během setkání odborníků ve zdravotnictví v italském městě Udine. Dceřiná společnost Alpha pomáhá jednotlivým zemím vytvářet nebo zlepšovat jejich akreditační standardy pro zdravotnická zařízení. Snaží se do těchto standardů zabudovat principy významných systémů kvality, jako jsou ISO nebo Baldrige. Model JCI je v souladu s mezinárodními principy ALPHA.

Modely excellence, světové ceny slouží k vnitřnímu hodnocení kvality (sebehodnocení) a dokumentaci kvality, mohou se však také stát základem pro vnější hodnocení kvality.

Standardy ošetřovatelské péče

Ministerstvo zdravotnictví nevydalo jednotlivé standardy ošetřovatelské péče s platností pro celou Českou republiku, ale řada závazných předpisů je vydána formou zákonů, vyhlášek nebo doporučených metodických pokynů. **Většina poskytovatelů zdravotních služeb si vytvořila a vytváří vlastní systém tvorby a formy standardních ošetřovatelských postupů.** Základním výchozím koncepčním materiálem pro ošetřovatelství a pro poskytování kvalitní ošetřovatelské péče je Koncepce ošetřovatelské péče ČR, která je uveřejněna ve [Věstníku MZ č. 9/2004](#). Zdravotnické pojmy, které se používají v rámci oboru ošetřovatelství.

Existuje mnoho druhů dělení standardů i šablon pro vytváření standardů. Zde pro obecné použití dělíme standardy ošetřovatelské péče podle jejich zaměření na:

- 1. STANDARDY ZAMĚŘENÉ NA STRUKTURU** – manažerské standardy stanoví metody a nástroje k vedení lidí, poskytování zdrojů, prostředí, vybavení přístroji, nástroje na integraci a komunikaci, informační systémy apod. Obvykle jsou nazvány pojmem směrnice. Na národní úrovni jsou definovány platnou legislativou. Hlavní požadavek na zajištění kvality péče je zaměřen na odbornou nebo specializovanou kvalifikaci jednotlivých zdravotnických povolání, které se podílejí přímo nebo nepřímo na poskytování zdravotních služeb, udržování odborné úrovně celoživotního vzdělávání, definování kompetencí a v neposlední řadě stanovením minimálního počtu zdravotnických pracovníků, kteří se na poskytování zdravotních služeb podílejí. Z níže uvedených legislativních norem lze vycházet při zpracování strukturálních standardů na lokální úrovni.
- 2. STANDARDY ZAMĚŘENÉ NA PROCES** – řídicí standardy stanoví závazné postupy pro řízení lidí, pro výkony a záznamy v praxi, které mají závazně strukturovaný obsah a zaměřují se na popis ošetřovatelských činností a výkonů. Postup je definován zejména z důvodu zajištění jednotné péče a bezpečného postupu pro pacienta i zdravotnického pracovníka. Většina poskytovatelů zdravotních služeb si vlastní standardy vytvořila a vytváří samostatně. Které standardy budou u jednotlivých poskytovatelů definovány písemně, je na vrcholném managementu.
- 3. STANDARDY ZAMĚŘENÉ NA VÝSLEDEK** – monitorovací standardy stanoví metody a nástroje pro monitorování, měření, analýzy a hodnocení výsledků například struktura kvalifikace ošetřovatelského personálu, spokojenost pacientů, spokojenost personálu, výskyt nežádoucích událostí aj.

15 Hodnocení kvality ošetřovatelské péče, ošetřovatelský audit

Literatura:

- BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
- DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada. 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
- HEKLOVÁ, Zuzana. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 124 s. ISBN 978-80-247-4032-4.
- HERDMAN, T. Heather. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.
- HLINOVSKÁ, Jana, NĚMCOVÁ, Jitka et al. *Interaktivní procesy v ošetřovatelství a v porodní asistenci*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2012. 168 s. ISBN 978-80-904955-3-1.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetřovatelství*. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Základy ošetřovatelství: studijní opora*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2012. ISBN 978-80-7464-207-4.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Ošetřovatelské teorie a modely: studijní opora*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2013. ISBN 978-80-7464-214-2.
- JAROŠOVÁ, Darja; PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetřovatelství*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2012. ISBN 978-80-7464-304-0.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vyd. nezměn. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-457-3.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetřovatelství: Systémový přístup*. 1. vyd. 3. dotisk. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0429-9.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka; FROŇKOVÁ, Marie; HERMANOVÁ, Renáta; ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I*. aktual. a doplň. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
- KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora, OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetřovatelství: koncepce, ošetřovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetřovatelství: systémový přístup*. Učební texty pro vysokoškolský studijní program ošetřovatelství. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
- NĚMCOVÁ, Jitka, BOROŇOVÁ, Jana. *Repetitorium ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2011. 188 s. ISBN 978-80-902876-7-9.
- STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetřovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Univerzita Karlova, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.
- Internetové zdroje:**
- JURÁSKOVÁ, Dana, GUTOVÁ, Lenka, MARX, David, CHARVÁT, Kvalita ošetřovatelské péče a management rizik [online]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2004/kvalita-oseetrovatelske-pece-a-management-rizik-.311/>.
- MZČR: Dokumenty, standardy – ošetřovatelské péče [online]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/standardy-oseetrovatelske-pece_7399_2849_29.html.

15.1 Hodnocení kvality ošetřovatelské péče

V systému kontinuálního zvyšování kvality a v hodnocení kvality existuje mnoho cest a mnoho různých filozofií, společný profit má nejen organizace, ale především pacient.

Systémy pro hodnocení kvality ve zdravotnictví a v ošetřovatelství:

- **JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)** - Společná komise pro akreditaci zdravotnických zařízení. Tato organizace hodnotí 15 000 zdravotnických zařízení v USA. Je to nezávislá nezisková organizace. Její standardy slouží jako zdroj pro přípravu některých českých nemocnic (ÚVN) ke vstupu do mezinárodních zdravotnických struktur.

- **ISQua (International Society for Quality in Health care)**. Standardy ALPHA byly touto organizací vyvinuty pro vedení akreditace. Zohledňují kvalitu ze všech hledisek a vyhovují také ISO (International Standards Organization), splňují také Balrigeova kritéria dokonalosti a kritéria organizační dokonalosti.

- **EFQM (European Foundation for Quality Management)**. Tento systém hodnocení kvality je uplatňován asi v 850 firmách v celé Evropě. Úspěšnost v něm je hodnocena Evropskou cenou za kvalitu EQA (European Quality Award) a je určena ke zvýšení konkurenceschopnosti evropských firem ve světě.

- **SAK (Spojená akreditační komise)**. Vznikla jako nezávislá organizace poskytovatelů zdravotní péče. Jejími zakladateli se staly Asociace nemocnic ČR a Asociace českých a moravských nemocnic. Právě z iniciativy SAK byla vydána vyhláška s 50 akreditačními standardy.

- **SÚKL (Státní ústav pro kontrolu léčiv)**. Přímo řízená státní organizace, která dohlíží nad správností laboratorních postupů při výrobě, distribuci a skladování léčiv a provádí certifikace lékáren.

- **ISO (International Standards Organization)**. Mezinárodní organizace standardizující všechny organizační procesy systémem shody. Pro zdravotnictví jsou ISO normy v souvislosti se získáním oprávnění k činnosti, tzv. certifikace.

- **Certifikací** procházejí některé zdravotnické provozy, např. lékárny, laboratoře, transfúzní stanice. ISO normám musí vyhovět také firmy pracující např. ve zdravotnickém stavebnictví. Certifikace je součástí celého akreditačního systému.

Ve zdravotnické veřejnosti jsou v tuto chvíli velmi živé diskuse o tom, který z principů akreditace přijmout. Problém je v nejasné terminologii, kdy nejsou jasné rozdíly např. mezi akreditací a certifikací. Vybrat jeden ze systémů není jednoduché. Evropské i americké akreditační procesy jsou velmi náročné. V souvislosti s nezdravotnickými provozy bylo zmíněno ISO. Tento standardizační systém se dotýká všech technických, ale také administrativních procesů ve zdravotnickém zařízení. Základním předpokladem implementace preventivních opatření obsažených ve všech normách je jejich bezvýhradné plnění.

Management rizik ve zdravotnických zařízeních Terminologie podle ALPHA (ISQua):

Indikátor (indicator) - nástroj měření výkonnosti, prověřování nebo označování, který je používán jako vodítko pro monitorování, hodnocení a zlepšování jakosti služeb. Indikátory jsou vztaženy ke struktuře, procesu a výsledkům.

Kritéria (criteria) - stanovené specifické kroky, které je potřeba přijmout, nebo činnosti, které je potřeba vykonat pro dosažení rozhodnutí nebo plnění standardů.

Management rizik (risk management) - systematický proces identifikace, hodnocení a provádění činností k prevenci nebo k řízení klinických, administrativních, vlastnických a zaměstnaneckých bezpečnostních rizik v organizaci.

Riziko (risk) - pravděpodobnost nebo možnost nebezpečí, ztráty nebo poškození. Toto lze vztáhnout na zdraví a pohodu zaměstnanců a veřejnosti, na majetek, pověst, prostředí, fungování organizace, finanční stabilitu, sdílení trhu a na další záležitosti a hodnoty.

Z definice podle APLHA vyplývá, že **riziko představuje** pro organizaci **vnitřní prostředí organizace**, např. zaměstnanci a **vnější prostředí** (včetně mezinárodního) např. veřejnost. Mimořádnou událostí máme v podmínkách zdravotnického zařízení na mysli událost, která je důsledkem selhání lidí nebo technologií a má za následek poškození zdraví nebo majetku. Riziko takových událostí snižuje individuální odpovědnost všech zaměstnanců za kvalitu léčebné i ošetřovatelské péče. Management rizik v tomto omezeném pojetí představuje proaktivní strategii, směřující k ochraně pacientů, návštěvníků i zaměstnanců před újmou na zdraví, k ochraně majetku, ale také k ochraně dobré pověsti zdravotnického zařízení a jeho jednotlivých oddělení. **Management rizik je jedním ze zásadních elementů moderního managementu i ve zdravotnictví.** Na rozdíl od průmyslu nemá dlouhou tradici. Řízení rizik ve zdravotnictví je **nástrojem kontroly kvality**. Zabývá se neustálým zvažováním možností výskytu nežádoucích situací a jejich prevencí. V tomto smyslu považuje zdravotnické zařízení vše, co je zdrojem nejistoty, za riziko, které je třeba odstranit nebo alespoň omezit. Řízení rizik je jednou z důležitých součástí kontinuálního zvyšování kvality a v širším kontextu součástí řízené péče. Bezpečí pacienta i zaměstnance je aktuálním tématem všude ve světě. Výsledky prokazují, že chyby a omyly členů léčebného týmu postihují 2,9 až 3,7 % všech hospitalizovaných pacientů. Heinrichův HW Industrial Accident Prevention Institut vypočítal, že najedno závažné poškození pacienta dochází k 29 lehkým nežádoucím poškozením a 300 incidentům bez poškození. Studie provedené v Anglii mají podobné výsledky jako v USA.

Identifikace rizik:

Systém sledování, následná analýza vlastních zkušeností, využití metody benchmarkingu a výsledky vědeckých studií jsou nejefektivnějšími metodami. Zvláštní pozornost je nutné věnovat situacím a procesům identifikovaným jako potenciálně rizikové. Situaci pro identifikaci si **usnadníme operační analýzou, kdy rozdělíme celou organizaci na jednodušší prvky** (celky), které podrobíme analýze. Další, velmi častou možností, je metoda srovnávací. Jde o srovnávání se standardy, limity a normami, srovnávání údajů v plánu nebo v rozpočtu, výskytu jevů v čase. Mapuje výskyt určitých problémů na jednotlivých malých celcích, a tím identifikuje slabá místa. Je to metoda zkoumání vztahů mezi různými jevy, metoda syntézy nebo tvorby modelů a scénářů. Velmi účinným, avšak také pracným nástrojem identifikace rizik jsou procesní mapy.

Pokud se podíváme na identifikaci rizik pohledem **řízení procesu podle ISO 9001/2**, jde o řízení všech aktivit, které bezprostředně souvisejí s předmětem činnosti organizace. Ovlivňují jak kvalitu výstupů, tak spokojenost zákazníka. Norma vyžaduje plnění, identifikace a plánování zdravotnických procesů podle následujícího dělení.

Řízené podmínky pro zdravotnické procesy:

Jedním z kritérií akreditačního procesu, ale také certifikací podle ISO, je dodržení kvalifikačních podmínek (personál), materiálních podmínek (léky a pomůcky) a technických podmínek (zdravotnické prostředky - přístroje). To představuje dokumentované postupy definující způsob provádění zdravotnických výkonů (procesů/činností) a také používání vhodného diagnostického, léčebného či rehabilitačního zařízení. Předpokládá soulad s příslušnými hygienickými a dalšími předpisy, údržbu zařízení a zajištění vhodných pracovních podmínek, sledování a řízení vhodných parametrů procesu a znaků služby a

popř. určení kritéria provedení. Normy ISO 9001/2 kladou zvýšený důraz na údržbu, která se týká jak zdravotnických přístrojů, tak i technologického zařízení - prádelen, kuchyní, úklidu apod. Norma stanovuje dodržování příslušných záznamů.

Prevence rizik:

V systému řízení rizik je na prvním místě dodržování všech platných norem, monitorování, vyhodnocování a systémová opatření v zamezení všech chyb a neshod. Mezi nejúčinnější preventivní opatření patří kvalifikovaný a vzdělaný personál. Mezi nejúčinnější preventivní opatření patří dodržování technických norem, metody dezinfekce a sterilizace, bezpečnosti práce, včetně ochrany pacientů a zaměstnanců před infekčními chorobami, atd. Formalizované činnosti k zajištění péče mohou být vydávány v podobě vnitroorganizační normy a jejich součástí jsou zpravidla také kritéria pro hodnocení plnění standardu-vnitroorganizační audit. Patří sem procesuální i strukturální standardy. Dalším nástrojem prevence rizik či neshod jsou certifikace a recertifikace (pověření) jednotlivých provozů či činností.

Vyhodnocení programu managementu rizik:

K tomu, abychom mohli hodnotit, jak úspěšní jsme v prevenci a následných opatření k výskytu chyb a neshod, je nutné monitorovat mimořádné události v organizaci. Pokud se nám nepodaří výskyt chyb nebo neshod eliminovat nebo snížit, můžeme analyzovat několik předpokladů: neodstranili jsme příčinu chyb, v procesu se objevilo další slabé místo nebo chyba nebyla původně hlášena v plném rozsahu (zejména u chyb zaměstnanců). Vyhodnocujeme procesy v oblasti diagnostiky, léčby a ošetřovatelství, dále v oblasti vztahů s pacienty, v oblasti řízení oddělení, chování zaměstnanců atd.

Bariéry efektivního řízení rizik:

Zdravotnické zařízení může být poměrně velkým podnikem, kde spolehlivě fungují bariéry administrativního oddělení řízení rizik a zlepšování kvality jako jsou nízká motivace zejména klinických pracovníků, lékařů, přetrvávající staré paradigma v podobě víry v neomylnost lékaře a částečně i sestry, neochota chybu přiznávat a víra v nutnost potrestat viníka za nahlášenou nebo zjištěnou chybu, nepropracovaný a nedostatečný systém sběru informací o nehodách, ale také nedostatek podpory a pochopení ze strany vedení nemocnice. Významnou bariérou pro efektivní řízení rizik je amatérismus.

Národní sada indikátorů kvality zdravotní péče

V říjnu 2013 došlo na základě pokynu pana ministra MUDr. Martina Holcáta, MBA ke **změně způsobu sběru indikátorů kvality zdravotní péče na národní úrovni** s tím, že ÚZIS nadále pokračuje ve sběru dat pro vyhodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb. Je postupováno podle metodiky uveřejněné na webu ÚZIS ČR, sběr dat je však i pro přímo řízené organizace dobrovolný.

Všichni poskytovatelé zdravotních služeb se zájmem o sledování kvality poskytovaných zdravotních služeb podle jednotných pravidel mohou národní indikátory kvality nadále používat na dobrovolné bázi, a to včetně výpočtu souměřitelných ukazatelů se skrytou identitou. Od 1. dubna 2013 je spuštěn sběr indikátorů kvality zdravotní péče v přímo řízených organizacích Ministerstva zdravotnictví (dále jen MZ). Jedná se o první minimální sadu souměřitelných indikátorů kvality zdravotní péče, která má jasnou a vhodnou metodiku. Do této chvíle nebyla v ČR systematicky zveřejňována žádná data týkající se kvality poskytované zdravotní péče. Nicméně řada poskytovatelů zdravotních služeb participuje v jednom či více systémech řízení kvality a bezpečí.

Požadavky na zajištění kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb velmi detailně formulovala Rada EU v [Doporučení Rady o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí](#) - 2009/C 151/01 (dále jen Doporučení Rady) a naposledy dne 15. 11. 2012 Evropská komise ve Zprávě o provedení Doporučení Rady. MZ, v návaznosti na toto Doporučení Rady, deklarovalo zájem o hodnocení kvality poskytované zdravotní péče prostřednictvím objektivních měřitelných indikátorů kvality. K tomu, aby se kvalita poskytované zdravotní péče mohla hodnotit, bylo však zapotřebí vytvořit systém sběru kvalitních dat z kvalitních zdrojů. Z tohoto důvodu na podzim 2011 MZ zmapovalo veškeré aktivity, které byly v rámci tvorby indikátorů zdravotní péče v ČR do té doby realizovány, a na základě jejich zhodnocení vedení MZ stanovilo nový postup pro jejich řešení. MZ oslovilo některé přímo řízené organizace o poskytnutí indikátorů, které jsou v jejich nemocnicích již rutinně sledovány. Dalším zdrojem pro získání potřebných podkladů byly zejména výstupy z pracovní skupiny Evropské komise pro kvalitu a bezpečí, pracovní skupiny projektu OECD indikátory kvality zdravotní péče, kde sběr indikátorů kvality je jedno z hlavních témat projednávání. MZ poté sestavilo návrh možných indikátorů kvality, který se následně stal výchozím podkladem pro vypracování prvního seznamu indikátorů kvality v ČR. Tento první seznam prošel jednak vnitřním připomínkovým řízením na půdě MZ, ale i vnějším, kde se k návrhu seznamu indikátorů vyjadřovaly odborné společnosti.

V návaznosti na zahraniční zdroje byl pro další dopracování návrhu výčtu indikátorů včetně metodiky pro sběr ukazatelů, resp. dat potřebných pro jejich výpočet, MZ osloven o spolupráci ÚZIS ČR. Poté byly navržené indikátory včetně metodiky ověřeny v pilotním projektu (červenec – říjen 2012), do kterého MZ záměrně vybralo zástupce z velkých fakultních nemocnic (VFN Praha, FN Plzeň, FN Hradec Králové) a zástupce z malých městských nemocnic (nemocnice Břeclav a nemocnice Nové Město na Moravě). Po skončení pilotního projektu MZ zorganizovalo dva informativní semináře v roce 2013 pro poskytovatele zdravotních služeb. Účelem seminářů bylo předání informací o zavedení národní sady indikátorů kvality a jejího sběru, jako součást Národního systému hlášení nežádoucích událostí.

Výsledkem výše uvedených aktivit je vytvoření **první minimální sady souměřitelných indikátorů kvality zdravotní péče** včetně metodiky. Indikátory kvality zdravotní péče slouží ke sledování kvality lůžkové zdravotní péče a anonymnímu srovnávání jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb.

Cílem MZ je tuto sadu **dále rozvíjet a rozšiřovat** o další nové speciální dodatečné sběry. V rámci této první minimální sady nebyly zatím schváleny indikátory pro psychiatrické léčebny. Sběr indikátorů kvality zdravotní péče je zapracován do Národního systému hlášení nežádoucích událostí (dále jen NSHNU), který od 1. 1. 2013. První sběr indikátorů, včetně dat ve vymezeném rozsahu pro výpočet indikátorů v souladu s metodikou v rámci Národního systému hlášení nežádoucích událostí probíhá v přímo řízených organizacích MZ.

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb

Zavedení systémů hodnocení kvality a bezpečí je standardním nástrojem zajišťujícím především kvalitu procesů, ke kterým ve zdravotnictví dochází. Doporučení k jeho zavedení na národních úrovních dala již **Rada Evropy v roce 1997**. Požadavky na zajištění kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb naposledy velmi detailně formulovala **Rada EU v Doporučení o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí, WHO/ Aliance pro bezpečí pacientů a OECD**.



Na mezinárodním poli se hodnocení kvality a bezpečí ve zdravotnictví zabývá **Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQuA)**. Mezinárodní akreditační principy definované ISQuA a WHO, stanovují plnění následujících požadavků:

- zaměření na pacienta, respektování jeho práv,
- odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb za kvalitu péče, monitorování a kontinuální zlepšování,
- optimální využívání zdrojů,
- řízení rizik,
- proces jasného řízení v organizaci,
- zahrnutí všech činností do strategického plánování,
- kontakt s přímými poskytovateli zdravotních služeb v příslušném regionu.

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb v ČR

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je stanoveno **v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování** (dále jen "zákon č. 372/2011 Sb."). Tento zákon nabyl účinnosti 1. dubna 2012. Celé jeho znění naleznete níže v příloze.

- Interní hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb

Ve smyslu ustanovení § 47 odst. 3 písm. (b) zákona č. 372/2011 Sb., je poskytovatel zdravotních služeb rovněž **povinen**, v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, zavést **interní systém hodnocení kvality a bezpečí**. MZ vypracovalo pro zavedení tohoto systému „minimální požadavky“, které jsou uveřejněny ve [Věstníku MZ č. 5/2012](#) s tím, že budou dle potřeby aktualizovány a rozšiřovány.

- Externí hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb

Proces externího hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je stanoven v § 98 zákona č. 372/2011Sb., a v jeho prováděcí vyhlášce č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí **lůžkové** zdravotní péče. Tato vyhláška byla vydána dne 22. března 2012. Tyto předpisy byly vydány s cílem legislativně ukotvit a přesně stanovit podmínky a požadavky na zajištění procesu hodnocení kvality a bezpečí v souladu s požadavky EU, WHO a Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví.

V dotčené vyhlášce jsou v současné době upraveny podmínky hodnocení kvality a bezpečí pouze pro lůžkovou zdravotní péči. Předpokládá se, že požadavky na kvalitu a bezpečí pro další formy případně druhy zdravotní péče budou stanoveny až na základě dosažení určité míry připravenosti poskytovatelů zdravotních služeb i v těchto oblastech zdravotní péče, která bude adekvátní stávající míře připravenosti poskytovatelů lůžkové zdravotní péče.

Posuzování lékařské péče z hlediska její kvality a bezpečí upravuje zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a vyhláška č. 84/2008 Sb., o správné lékařské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivy v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky, kde dozorovou činnost vykonává přímo stát prostřednictvím Státního ústavu pro kontrolu léčiv. Z tohoto důvodu nebylo hodnocení kvality a bezpečí lékařské péče zahrnuto do výše uvedené vyhlášky.

Obecnými cíli hodnocení kvality a bezpečí jsou, kromě trvalého zvyšování kvality a bezpečí zdravotních služeb a posílení důvěry veřejnosti v poskytovatele zdravotních služeb, také zlepšení systému řízení ve zdravotnictví.

Obecný popis legislativních předpisů pro externí hodnocení kvality a bezpečí zdravotní péče:

Nové legislativní předpisy umožňují posoudit u poskytovatelů zdravotních služeb organizační úroveň poskytování zdravotních služeb, a to z hlediska jejich kvality a bezpečí. Externí hodnocení kvality a bezpečí není povinné – jedná se o **dobrovolný proces**. Toto externí hodnocení bude provedeno u poskytovatelů, kteří o provedení hodnocení požádají oprávněnou osobu.

Hodnocení kvality a bezpečí mohou provádět **fyzické nebo právnické osoby**, které k této činnosti získají oprávnění podle zákona č. 372/2011 Sb. Podmínky pro udělení oprávnění jsou stanoveny tak, aby byly vytvořeny předpoklady pro potřebnou odbornou úroveň hodnocení kvality a bezpečí a pro nepodjatost držitelů oprávnění; důraz je kladen rovněž na to, aby z provádění hodnocení byly vyloučeny osoby, u nichž je důvodná pochybnost o nestrannosti ve vztahu k poskytovateli, u něhož má být hodnocení provedeno.

Minimální hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí, včetně požadavků na personální zabezpečení, způsob a postup hodnocení, jsou určeny jak pro hodnotitele kvality a bezpečí, tak i pro poskytovatele zdravotních služeb, (kteří je musí splnit, pokud chtějí získat certifikát kvality a bezpečí), s cílem zvýšení kvality a bezpečí zdravotních služeb.

Pokud úroveň poskytovaných zdravotních služeb poskytovaných v lůžkovém zdravotnickém zařízení vyhovuje požadavkům dle zákona č. 372/2011 Sb. a vyhlášky č. 102/2012 Sb. oprávněná osoba vydá **certifikát kvality a bezpečí s platností 3 roky**. Získání certifikátu tak bude završením komplexního hodnocení úrovně poskytovaných zdravotních služeb. Oprávněná osoba **musí zveřejnit hodnotící standardy a pravidla procesu hodnocení kvality a bezpečí**.

15.2 Audit ve zdravotnictví a v ošetřovatelské péči

Zdravotnický audit – systematická kritická analýza zdravotní péče včetně postupů užívaných v diagnostice a léčbě, ve využívání zdrojů i hodnocení úrovně kvality života pacientů. Jde o systematický proces, při němž lékaři a další odborníci vyhodnocují svou práci a výsledek své činnosti.

Audity: jsou nezbytnou součástí dobrého fungování organizace. Potvrzují dobrou praxi a vyzdvihují oblasti, které je třeba rozvíjet. Představují proces, jehož cílem je objektivně vyhodnotit skutečný stav věcí, porovnat realitu se standardem, zjistit zda je standardu v praxi dosahováno:

- představuje jeden z nejefektivnějších nástrojů hodnocení,
- nedílná součást měření kvality ve zdravotnickém zařízení,
- analyzuje úspěch sester, lékařů, organizace tím, že porovnává data,
- odkrývá problémové oblasti,
- poukazuje na úspěchy.

Pokud v organizaci není jasně definována kvalita nelze realizovat audit.

Materiály, kterými je v praxi definována kvalita a které slouží jako podklad pro provádění auditů, jsou:

- zákony, vyhlášky, směrnice MZ atd.,
- standardy,
- standardní postupy,
- příkazy a metodické pokyny ředitele atd.

Typy auditů:

a) dle auditora

- interní (provádí organizace sama),
- externí.

b) dle oblasti (předmětu) auditu

- audit ošetrovatelské péče,
- zdravotnická dokumentace,
- finanční,
- personální,
- účetní,
- ekonomický.

Ošetrovatelský audit: představuje systematické vyhodnocení ošetrovatelské praxe s cílem zlepšit kvalitu ošetrovatelské péče. Je založen na profesních standardech a má za úkol zjistit, jak dalece se ošetrovatelský proces – neboli péče o pacienta, práce nebo výkony sestry těmito standardy řídí nebo se s nimi slučuje.

Cíl: není hledání chyb, ale nalezení slabých míst a zajištění co nejrychlejší nápravy. Hodnocení péče je průběžné a zpětné.

Účel:

- odůvodnění nákladů na personální a materiální zdroje,
- sledování efektivity péče,
- podpora kritického myšlení směřující u sester k analýze vlastní práce a skutečných potřeb pacientů.

Provedení auditu:

- volba členů auditorského týmu,
- stanovení sledované oblasti (předmět a čas předem oznámen),
- stanovení standardu (ověřit si, zda je standardu v praxi dosahováno),
- sestavení kontrolního listu (obsahuje hlavičku a vlastní kontrolní list),
- jmenování auditorů,
- určení časového rozmezí auditu,
- sběr a analýza dat,
- sepsání nálezů/výsledků,
- interpretace dat a navržení nápravných opatření,
- zpětná vazba.

Akreditace zdravotnického zařízení: je proces, při kterém externí organizace hodnotí zdravotnické zařízení a posuzuje, do jaké míry toto zařízení postupuje ve shodě s požadavky na zvyšování kvality péče. Je dobrovolná a je znakem kvality, který ukazuje, že organizace splňuje dané standardy.

Oblasti:

- kvality,
- diagnostické postupy,
- péče o pacienta,
- kontinuita péče,
- dodržování práv pacientů,
- podmínky poskytované péče,
- standardy,

- péče o zaměstnance,
- sběr a zpracování informací,
- protiepidemická opatření atd.

16 Ošetřovatelská dokumentace, její součásti, metodika tvorby

Literatura:

BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetřovatelství*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.

HERDMAN, T. Heather. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetřovatelství*. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.

JAROŠOVÁ, Darja. *Základy ošetřovatelství: studijní opora*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2012. ISBN 978-80-7464-207-4.

JAROŠOVÁ, Darja. *Ošetřovatelské teorie a modely: studijní opora*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2013. ISBN 978-80-7464-214-2.

JAROŠOVÁ, Darja; PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetřovatelství*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2012. ISBN 978-80-7464-304-0.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetřovatelství: Systémový přístup*. 1. vyd. 3. dotisk. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0429-9.

KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora, OLIVIERIOVÁ, Glenora. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 2 sv. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

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

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

Internetové zdroje:

Česká asociace sester – vedení ošetřovatelské dokumentace [online]. Dostupné z: <http://www.cnna.cz/vedeni-oseetrovatelske-dokumentace>.

MZČR: Dokumenty, standardy – ošetřovatelské péče [online]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/standardy-oseetrovatelske-pece_7399_2849_29.html.

16.1 Ošetřovatelská dokumentace

Na zdokumentování jeho jednotlivých kroků a veškerých ošetřovatelských činností je důležité **vedení ošetřovatelské dokumentace**. V roce 2002 vydala ČAS první dokument *Vedení a uchování ošetřovatelské dokumentace*, aby poskytla uvedeným profesím návod pro tyto činnosti. Ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví z roku 1998, částka 6 je jako metodické opatření vydána *Koncepce ošetřovatelství*, kde je definovaná ošetřovatelská dokumentace jako součást zdravotnické dokumentace. Podrobnosti ve studijní opoře **Metodický manuál pro práci s ošetřovatelskou dokumentací - 2.1 Koncepce ošetřovatelství v České republice**.

Od 1. 7. 2001 nabyt účinnosti zákon č. 260/2001 Sb. Zákon v § 67 a) b) **uvádí povinnosti zdravotnického zařízení při vedení zdravotnické dokumentace**. Vedení ošetřovatelské dokumentace je **nedílnou součástí práce** sester, porodních asistentek a sester komunitní péče. **Je nástrojem profesionální praxe, který by měl podporovat proces péče**. Nedá

se od tohoto procesu oddělit, ani to není volitelný doplněk, který se používá pouze tehdy, dovolují-li to okolnosti. Vedení ošetřovatelské dokumentace (dále jen OD) je nedílnou součástí práce sester, porodních asistentek, zdravotnických záchranářů a sester komunitní péče. Je nástrojem procesuí praxe, který by měl podporovat proces péče. Nedá se od tohoto procesu oddělit, ani to není volitelný doplněk, který se používá jen tehdy, dovolují-li to okolnosti.

Ve Vyhlášce č. 98/2012 Sb. (v platném znění), jsou v příloze č. 1 – s názvem Minimální obsah samotných částí zdravotnické dokumentace v bodě č. 11 uvedeny podrobnosti k dokumentaci ošetřovatelské péče.

Z obsahu upozorňujeme na následující text:

11. DOKUMENTACE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

A) Záznam o ošetřovatelské péči obsahuje:

- a) ošetřovatelskou anamnézu pacienta a zhodnocení zdravotního stavu pacienta,
- b) ošetřovatelský plán, ve kterém se uvede:
 1. popis ošetřovatelského problému pacienta nebo stanovení ošetřovatelských diagnóz,
 2. stanovení 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,
 3. 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 překládovou zprávu s doporučením k další ošetřovatelské péči, v níž se zejména uvedou souhrnné údaje o poskytnuté ošetřovatelské péči včetně časových údajů; může obsahovat doporučení k dalším ošetřovatelským postupům; ošetřovatelská překládová 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.

Podrobnosti ve studijní opoře **Metodický manuálu pro práci s ošetřovatelskou dokumentací - 3 Ošetřovatelská dokumentace.**

Dobré vedení ošetřovatelské dokumentace pomáhá chránit pacienty/klienty tím, že bude zajišťovat:

- standard ošetřovatelské péče,
- kontinuitu péče,
- lepší komunikaci a předávání informací mezi členy víceoborového zdravotnického týmu,
- přesný popis plánu péče a poskytované péče,
- možnost včas vyhledávat možné vznikající problémy, např. změnu stavu pacienta/klienta.

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.

Podrobnosti ve studijní opoře **Zdravotnické právo ve vztahu k ošetřovatelství - 6.1 Zdravotnická dokumentace.**

Neexistuje metoda ani šablona pro vedení ošetřovatelské dokumentace. Nejlepší ošetřovatelská dokumentace je taková, která vzniká na základě konzultací a diskusí, které probíhají na místní úrovni mezi všemi členy víceoborového zdravotnického

týmu i s pacientem/klientem. Je to taková ošetřovatelská dokumentace, která je hodnocena a upravována podle potřeb pacientů/klientů a která umožňuje, aby o pacienta/klienta pečovala sestra, porodní asistentka nebo sestra komunitní péče bez ohledu na stadium procesu péče nebo prostředí péče. **Je vhodné při sestavování ošetřovatelské dokumentace použít systematických ošetřovatelských modelů. Získáte tím ucelený přehled o pacientovi/klientovi a máte jistotu, že jste neopomněli sledovat určitou oblast potřeb.** Ošetřovatelská dokumentace je neocenitelný způsob podpory komunikace v rámci zdravotnického týmu a mezi zdravotnickými pracovníky a jejich pacienty/klienty. Dobře vedená ošetřovatelská dokumentace je tedy zároveň produktem dobré týmové práce i důležitým nástrojem zvyšování kvality zdravotnické péče. Dokumentace musí dodržovat logickou a metodickou posloupnost se zřetelnými mezníky a cíli procesu vedení dokumentace v rámci ošetřovatelského procesu.

Podrobnosti ve studijní opoře **Zdravotnické právo ve vztahu k ošetřovatelství - 8.3** Posudková péče a lékařské posudky, pracovně lékařské služby, posuzování nemocí z povolání a 8.3.3 Nemoci z povolání.

Obsah a forma ošetřovatelské dokumentace:

K efektivnímu vedení ošetřovatelské dokumentace přispívá řada faktorů:

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

Právo jiných pracovníků na přístup k dokumentaci:

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. To odráží širší hodnotu spolupráce ve víceoborovém zdravotnickém týmu.

Podrobnosti ve studijní opoře **Metodický manuál pro práci s ošetřovatelskou dokumentací** - 3.1 Hlavní zásady vedení ošetřovatelské dokumentace.

Uchovávání:

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.

Vlastnictví záznamů:

Organizace, které zaměstnávají profesionální pracovníky, kteří vedou dokumentaci, jsou právními vlastníky této dokumentace. To však neznamená, že kdokoli v organizaci má automaticky právo na přístup k této dokumentaci nebo k informacím v ní obsaženým. Je vaší povinností chránit důvěrnost dokumentace pacienta/klienta na základě zákona o ochraně osobních údajů. Zdravotní dokumentace patří organizaci, ale informace v ní obsažené jsou důvěrné a měly by být poskytovány dokonce i pracovníkům této organizace pouze se souhlasem pacienta/klienta.

Výzkum, výuka a 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.

Hlavní principy vedení ošetřovatelské dokumentace:

- vedení ošetřovatelské dokumentace je nedílnou součástí ošetřovatelské praxe,
- profesionální vedení ošetřovatelské dokumentace je známkou kvalifikovaného pracovníka,
- základní složky ošetřovatelské dokumentace jsou: ošetřovatelská anamnéza, záznam vývoje stavu pacienta/klienta, ošetřovatelský plán a překladová/propouštěcí zpráva,
- záznamy by neměly obsahovat, nespisovné výrazy, bezvýznamné fráze, irelevantní spekulace a urážlivé subjektivní výroky,
- záznamy by měly být konkrétní, soustavné a přesné,
- záznamy by měly být psány přehledně a tak, aby text nemohl být vymazán,
- je třeba zajistit, aby každý zápis do ošetřovatelské dokumentace byl snadno identifikovatelný,
- veškeré zápisy, které uděláte do záznamů pacienta/klienta, mohou být v určitém okamžiku podrobně posuzovány,
- ošetřovatelské záznamy mají být pořizovány vždy při změně pacientova/klientova zdravotního stavu, za každou pracovní směnu a volná místa proškrtnutá,
- při auditu ošetřovatelské dokumentace můžete posoudit její úroveň a identifikovat oblasti, kde by mělo dojít ke zlepšení příp. k poučení pracovníků,
- použití dokumentace při výzkumu by mělo být schváleno vaší místní etickou komisí,
- princip důvěrnosti zaznamenávaných informací o vašich pacientech/klientech je také u počítačových záznamů stejně důležitý jako u všech ostatních záznamů,
- vaší povinností je chránit důvěrnost dokumentace pacienta/klienta,
- příspěvek každého člena ošetřovatelského týmu do ošetřovatelské dokumentace by měl být považován za stejně důležitý
- dobré vedení dokumentace pomáhá dodržet stanovenou kvalitu péče pro pacienty/klienty.

17 Současné legislativní a organizační podmínky uplatnění ošetřovatelského procesu v ošetřovatelské praxi

17.1 Legislativní vymezení

Některá povolání jsou velmi náročná na odborné znalosti, jejich výkon je spojen s možností ohrožení zdraví a životů jiných lidí, a proto je nemůže vykonávat kdokoliv. Ve zdravotnictví je to profese lékaře, farmaceuta, stomatologa, lékárníka, sestry a porodní asistentky aj. Kompetentní orgány na národní i mezinárodní úrovni (např. ministerstva zdravotnictví, Rada Evropy) tato povolání přísně kontrolují stanovením zákonných a podzákonných norem, kterými je regulují – proto tedy název regulovaná (chráněná) povolání.

Regulace uvedených povolání je dána stanovením některých závazných kritérií – stanovených v zákonných a podzákonných normách, která musí člověk, vykonávající profesi, splnit. Týkají se:

- **Oprávnění k výkonu povolání.** Zákon určuje, jak musí být člověk k povolání vzdělán – v řadě zemí je celé ošetřovatelství ošetřeno samostatným zákonem.
- **Celoživotního vzdělávání.** Týká se toho, jak člověk během profesního života udržuje svoji odbornost. Celoživotní vzdělávání pracovníků v regulovaných profesích je sledováno a cyklicky kontrolováno zpravidla systémem centrální registrace.
- **Odborné náplně práce.** Zákonné a podzákonné normy určují, za jakých podmínek je odborný pracovník oprávněn provádět odborné činnosti.

Jak je regulace povolání sestry prováděna u nás?

V současné době je u nás regulace povolání sestry a porodní asistentky určována jednak na národní úrovni ministerstvem zdravotnictví, jednak se vstupem ČR do EU také na mezinárodní úrovni Radou Evropy.

Regulované povolání sestry a porodní asistentky v současné době řídí normami:

1. Směrnice Evropského parlamentu a Rady:

- týkají se pouze regulovaných povolání v rámci EU (sestra, PA, lékař, veterinář, farmaceut, zubař, architekt),
- 2005/36/ES ze dne 7. září 2005, o uznávání odborných kvalifikací novelizována směrnicí **2013/55/EU** (tato novela směrnice též upravuje tzv. Evropský průkaz, systém IMI – informace o zdravotnících, kteří budou migrovat),

2. Zákony:

- **96/2004 Sb.**, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění zákona č. **125/2005 Sb.**

3. Vyhlášky:

- **55/2011 Sb.**, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků,
- 39/2005 Sb., novelizovaná vyhláškou č. **129/2010 Sb.**, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání,

4) Metodický pokyn:

- pro studijní obor Všeobecná sestra VĚSTNÍK MZ ČR, 2008, částka 6,
- pro studijní obor Porodní asistentka VĚSTNÍK MZ ČR, 2009, částka 3.

Podrobnosti ve studijní opoře Zdravotnické právo ve vztahu k ošetřovatelství - 1
Právní předpisy upravující poskytování zdravotní péče.



Podrobnosti ve studijní opoře **Metodický manuál pro práci s ošetřovatelskou dokumentací** - 2.2 Legislativní vymezení rozsahu činností pracovníku ve zdravotnictví.

Podrobnosti ve studijní opoře Zdravotnické právo ve vztahu k ošetřovatelství - 13 Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

Podrobnosti ve studijní opoře Teorie ošetřovatelství - 9 Regulační systém ošetřovatelské praxe.

Podrobnosti ve studijní opoře Etika - 3 Etické principy ve zdravotnictví.

18 Praktické řešení vybraných situací ošetřovatelské praxe

18.1 Kazuistika pacienta s karcinomem močového měchýře

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: X. Y.

Datum narození: 13. 10. 1933

Adresa bydliště a telefon:

Adresa příbuzných:

Rodné číslo:

Vzdělání: Ing. CSc.

Stav: Ženatý

Datum přijetí: 21. 9. 2013

Oddělení: Interna

Pohlaví: Muž

Věk: 80

Číslo pojišťovny:

Zaměstnání: Důchodce

Státní příslušnost: ČR

Typ přijetí:

Ošetřující lékař:

Důvod přijetí udávaný pacientem: dušnost

Medicínská diagnóza hlavní: Celkové zhoršení stavu při základní diagnóze karcinom močového měchýře.

Medicínské diagnózy vedlejší:

- Conjunctivis acuta v pravo – akutní zánět spojivek
- Dekubity
- Spontánní koagulopatie
- Normocytární anemie
- Ischemická choroba srdeční chronická
- Hyperurikémie
- Stav po ischemické CMP s pravostrannou hemiparézou a centrální parézou
- Hematurie

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 100/60

P: 125

D: 18

TT: 36,5 °C

Stav vědomí: Při vědomí, kontakt ztížený

Výška: nelze

Hmotnost: nelze

BMI: nelze

Pohyblivost: Pravostranná hemiparéza

Krevní skupina: A+

Nynější onemocnění:

Pacient již 2 měsíce imobilní po CMP, s anamnézou Ca močového měchýře ke konzervativní terapii. Přivezen převozovou sanitou bez doporučení pro dušnost. Do včerejška dle manželky dýchal normálně. Včera se objevila dušnost, dýchá velice rychle. Dnes se přidal kašel. Kašel je suchý, nic nevykašlává. Na bolesti si nestěžoval.

Informační zdroje:

- Lékařská dokumentace
- Ošetřovatelská dokumentace
- Rodina pacienta

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: Zemřela ve 31 letech na poporodní komplikace

Otec: Zemřel v 82 letech po CMP

Sourozenci: 0

Děti: Dcera – 50 let, t.č. zdravá, s ničím se neléčí

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění: Ischemická choroba srdeční chronická, aterosklerosis universalis, arteriální hypertenze, dyslipidemie, běžné dětské choroby

Hospitalizace a operace: 8. 8. 2013 TURT - transuretrální resekce tumoru, stav po apendektomii

Úrazy: 0

Transfuze: 24. 9. podána 2x erymasa

Očkování: běžná dětská

Léková anamnéza:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
p. o. Nitrofurantoin	cps	100 mg	V 18:00	Chemoterapeutikum
p. o. Klacid SR	tbl	500 mg	Ve 12:00	Antibiotika
p. o. Ambrobene	gtt	7,5 mg/ml	1-1-1 4ml	Expektorans
p. o. Lactuloza	gtt		1-1-1 lžíce	Laxativum
i. v. Plasmalyte 1l			6:00, 18:00	Infundabilia
i. v. Glukoza 10% 500 ml + 6 j. HMR			12:00, 24:00	Infuzní roztok
i. v. Furosemid	1 amp	20 mg	R + P	Diuretika
i. v. Dicynone	1 amp	250 mg	6 – 14 – 22	Antikoagulans
i. v. Pamba	1 amp	50 mg	10 – 18 – 02	Antifybrinolitikum
i. v. Ofloxin		200 mg/100 ml	6:00, 18:00	Chemoterapeutikum
s. c. Clexane	inj	0,2 ml	17:00	Antikoagulans
lok. Ophtalmo-Septonex do P oka	gtt		R – P – V	Oftalmologikum
lok. Ophtalmo-Septonex do P oka	ung		20:00	Oftalmologikum

Alergologická anamnéza:

Léky: 0

Potraviny: 0

Chemické látky: 0

Jiné: Náplast

**Abúzy:**

Alkohol: 0

Kouření: 0

Káva: 1x denně

Léky: 0

Jiné drogy: 0

Gynekologická anamnéza: (u žen)	Urologická anamnéza: (u mužů)
Menarché: Cyklus: Trvání: Intenzita, bolesti: PM: A: UPT: Antikoncepce: Menopauza: Potíže klimakteria: Samovyšetřování prsou: Poslední gynekologická prohlídka:	Překonané urologické onemocnění: Karcinom močového měchýře – st. p. TURT 8. 8. 2013 Poslední návštěva u urologa: - hospitalizace 8. 8. 2013 Samovyšetřování varlat: - dle manželky neprovádí

Sociální anamnéza:

Stav: Ženatý

Bytové podmínky: S manželkou žije v rodinném domě

Vztahy, role a interakce v rodině: Dle manželky jsou rodinné vztahy v pořádku

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: Bez problémů.

Záliby: V mládí byl pacient velice aktivní. Pravidelně chodil s manželkou na procházky a jezdil na kole.

Volnočasové aktivity: Pacient si rád ve volných chvílích četl a luštil křížovky.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: Vysokoškolské

Pracovní zařazení: Osoba výdělečně činná

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: Od 40let pacient podnikal, v současnosti starobní důchod

Vztahy na pracovišti: Bezproblémové

Ekonomické podmínky: Vyhovující

Spirituální anamnéza:

Religiózní praktiky: Ateista

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 24.9.2013

Popis fyzického stavu:		
SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Hlava a krk:		- V pravém oku hnis - Uši a nos bez sekrece - Pokožka fyziologického vzhledu

	- Bolesti hlavy pacient neudává	- Bez oděrek nebo jiných defektů - Jizvy nejsou - Slyší dobře - Krk souměrný bez deformit - Jazyk a dutina ústní sušší - Problémy s polykáním nemá
Hrudník a dýchací systém:	- Dýchá se dobře	- Hrudník symetrický - Bez viditelného poranění a deformit - Jizvy nejsou - Dýchání pravidelné, sklípkové - Dechů 17/minutu - Saturace kyslíku 90% bez kyslíku - Saturace s kyslíkem 96%
Srdečně-cévní systém:	- Nelze - Dle dokumentace ICHS	- Srdeční akce pacienta je pravidelná, zrychlená - Pulz 125/min - Pulz dobře hmatný na arteria radialis dx., sin. - Tlak 100/60 - Dolní končetiny bez otoku - Zaveden i. v. vstup v pravé kubitální jamce (vena intermedia)
Břicho a GIT:	- Břicho nebolí - Chuť k jídlu zachována	- Břicho měkké - Palpačně nebolestivé - Peristaltika lehce slyšitelná - Žilní kresba na bříše nepatrná - Pacient přijímá p. o. bez výrazných obtíží – krmem, stravu toleruje - Příjem tekutin p. o. dostatečný, cca 1000 ml/24 hod. - Stolice pravidelná, bez příměsí krve a hlenu
Močový a pohlavní systém:	- Pacient obtíže neudává - Dle manželky do onemocnění Ca močového měchýře nikdy obtíže s močením neměl	- 8. 8. 2013 provedena TURT - Zaveden PMK – trvalá derivace - Ústí zavedení PMK nejví známky zánětu - Silná hematurie - Koagula přítomna - Proplachy PMK podle potřeby – prováděno á 2 hodiny

SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Kosterní a		- Hybnosti pacienta omezená

<p>svalový systém:</p>	<p>- Pacient udává bolesti dolních končetin</p>	<p>následkem CMP - Svalová atrofie - Hybnost dolních končetin téměř nulová – při manipulaci reaguje bolestivě - Pacient v intervalech 3 hodin polohován - Hybnost krční páteře zhoršená - Končetiny bez tvarových deformit</p>
<p>Nervový systém a smysly:</p>	<p>- Nelze</p>	<p>- U pacienta nelze zjistit, zda je orientován místem, časem i prostorem - Pacient klidný - Zornice izokorické - Na dotaz pacient občas přikývne</p>
<p>Endokrinní systém:</p>	<p>- Dle dokumentace se pacient neléčí s cukrovkou a nemá problémy se štítnou žlázou</p>	<p>- Štítná žláza nebolestivá, nezvětšená - Patologické projevy poruch endokrinního systému nepozorovány</p>
<p>Imunologický systém:</p>	<p>- Dle manželky pacient v minulosti neměl potíže s imunitou - Alergie na náplast</p>	<p>- Lymfatické uzliny nezvětšené, nebolestivé - Tělesná teplota 36,5 °C</p>
<p>Kůže a její adnexa:</p>	<p>- Dle manželky měl pacient vždy zdravé vlasy i nehty - S pokožkou problémy neměl</p>	<p>- Dle hodnotící škály podle Nortonové je u pacienta vysoké riziko vzniku dekubitů - Otoky DK nejsou - Kůže fyziologického vzhledu - Pokožka pacienta pravidelně promazávána ošetřujícím personálem - Dekubit v sakrální oblasti o velikosti 5x9 cm - Okolí dekubitu zarudlé, sekret žlutý - Převaz podle potřeby prosáknutí, možno ponechat až 5 dní - Mepilex Ag (polymerová pěna) - Při převazu proplach rány Prontosanem</p>

		- Vlasy prořídle - Nehty fyziologického vzhledu
--	--	--

Poznámky z tělesné prohlídky:

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování:	doma	- Nelze	- Dle Barthelové testu je pacient vysoce závislý na péči - Pacient kachektický - Dle rozhovoru s manželkou se příjem p. o. za poslední měsíc výrazně snížil
	v nemocnici	- Chuť k jídlu částečně zachována	- Pacientovy podávána strava ošetřujícím personálem 5xD - Pacient zvládá sníst ½ - celou porci - Nauzea, zvracení 0 - MBI t. č. nelze spočítat
Příjem tekutin:	doma	- Pacient vždy pil dostatečně, alespoň 1,5 l tekutin denně	- Nelze hodnotit
	v nemocnici	- Pacient žízeň neudává - Když žízeň pocítí, sám se napije	- Příjem tekutin dostatečný - Pacient vypije zhruba 1–1,5 l tekutin denně - Převážně pacient popíjí čaj nebo vodu - Napájení zvládá sám pomocí kojenecké láhve, nutný pouze dohled nad příjmem tekutin - Příjem tekutin u pacienta doplňován parenterální formou
Vylučování moče:	doma	- Dříve bez obtíží Od zákroku na urologickém oddělení přetrvává hematurie	- Bilance tekutin nebyla rodinnou sledována - Krev v moči přítomna - PMK odvádí

	v nemocnici	- Pacient obtíže neudává	- PMK odvádí tmavou, koncentrovanou moč - Silná hematurie - Prováděny proplachy PMK fyziologickým roztokem cca 2 hod - Při proplachování PMK pacient nereaguje bolestivě - Výdej z močového katétru za předchozí den – 1400 ml
Vylučování stolice:	doma	- V minulosti bez obtíží	- Stolice pravidelná - Na průjmy pacient netrpěl
	v nemocnici	- Nelze	- Inkontinence stolice - Stolice odchází pravidelně každý 2–3 den - Stolice bez příměsí hlenu a krve
Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Spánek a bdění:	doma	- Dle manželky měl pacient vždy kvalitní spánek	- Dle manželky si pacient vždy na spánek našel čas, nezanedbával ho
	v nemocnici	- Pacient se necítí unavený	- V průběhu nočních směn pacient klidný, spí tvrdě - Probouzen na polohování každé 4 hodiny
Aktivita a odpočinek:	doma	- Dle manželky pacient dříve odpočíval aktivně i pasivně	- Pacient preferoval procházky na čerstvém vzduchu jako nejlepší formu odpočinku - Za špatného počasí pacient odpočíval doma spolu s rodinou nebo v přítomnosti knihy

	v nemocnici	- Únavu pacient nepociťuje	- V rámci relaxace je pacientovi pouštěna televize na jeho oblíbených programech - Manželka pacienta pravidelně navštěvuje, komunikuje s ním a předčítá mu
Hygiena:	doma	- Pravidelná - Před onemocněním bez obtíží, zvládal sám - Poslední 3 měsíce zhoršená	- V průběhu posledních 3 měsíců se o hygienu pacienta starala manželka spolu s rodinou - Pacient při přijetí na oddělení čistý, nejevil známky zanedbání
	v nemocnici	- Nelze	- Hygiena prováděna ošetřujícím personálem - Každý den hygiena prováděna na lůžku - Převlékání lůžkovin podle potřeby - 1x týdně pacient sprchován, včetně kompletního převlečení lůžkovin a dezinfekce lůžka
Soběstačnost:	doma	- 3 měsíce před přijetím již pacient imobilní	- Pacientovi rodinou podávána strava a tekutiny - Snaha o polohování
	v nemocnici	- Nelze	- Pacient zvládá bez pomoci pouze příjem tekutin - Pacient závislí na péči ošetřujícího personálu v oblasti stravování, hygieny, oblékání a mobility - Za pacientem pravidelně 1x denně chodí fyzioterapeutka
Posouzení psychického stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí:		- nelze	- Pacient somnolentní - GCS – 6 bodů = závažná porucha vědomí
Orientace:		- Nelze	- Nelze zjistit, do jaké míry je pacient orientován
Nálada:			

		- Nelze	- Nelze
Paměť:	staropaměť	- Dle manželky si pacient pamatoval spoustu zážitků z dřívějších let	- Vybavené zážitky vždy pacient vyprávěl své dceři, která se zaujetím poslouchala
	novopaměť	- Nelze	- Nelze
Myšlení:		- Nelze	- Nelze posoudit
Temperament:		- Dle manželky byl pacient vždy spíše extrovert	- Nelze posoudit
Sebehodnocení:		- Nelze zjistit - Dle manželky byl pacient vždy vyrovnaný, společenský člověk	- Nelze posoudit
Vnímání zdraví:		- Nelze	- Nelze
Vnímání zdravotního stavu:		- Nelze	- Pacient si je vědom svého zdravotního stavu
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:		- Nelze	- Pacient nespolupracuje s ošetřujícím personálem
Reakce na hospitalizaci:		- Nelze	- Nelze posoudit
Adaptace na onemocnění:		- Dle manželky si pacient nikdy nezvykl na to, že je závislý na pomoci druhé osoby	- Nutnost zapojení rodinných příslušníků do celkové péče o pacienta
Projevy a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres):	jistoty	- Nelze	- Pacient projevuje strach při manipulaci na lůžku
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, srororigenie):		- Dle manželky byly prozatím veškeré zkušenosti se zdravotnickými zařízeními bez problémů	- Nelze posoudit
Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE

Komunikace:	Verbální	- Nelze	- Pacient následkem cévní mozkové příhody nekomunikuje s okolím
	Neverbální	- Nelze	- Při pokládání otázek pacientovi občas odpoví pokývnutím hlavy - Při manipulaci s pacientem výrazná změna mimických svalů obličeje
Informovanost:	o onemocnění	- Rodina o zdravotním stavu pacienta informována - Pacient informován ošetřujícím lékařem o zdravotním stavu	- Rodina pacienta je o zdravotním stavu dostatečně informována - Informovanost pacienta nelze posoudit
	o diagnostických metodách	- Pacient i rodina informováni	- Rodina je s komunikací s ošetřujícím lékařem velice spokojená
	o specifikách ošetrovatelské péče	- Rodina i pacient jsou informováni	- Rodina rozumí důležitosti rehabilitace pacienta s fyzioterapeutkou - Rodina zná zásady a specifika péče na daném oddělení
	o léčbě a dietě	- Nelze	- Pacientovi podávána strava ošetřujícím personálem - Manželka podávání stravy nepřítomna, pouze občas pacientovi pomůže např. s jogurtem nebo přesnídávkou
	o délce hospitalizace	- Rodina informována o prognóze a zdravotním stavu pacienta - Péči doma by již manželka nezvládala	- Délka hospitalizace závisí na zdravotním stavu pacienta - Pokud by nastalo zlepšení zdravotního stavu, byl by možný překlad do LDN

Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	primární role (související s věkem a pohlavím):	- Muž	- Muž - 80 let - Role je ovlivněna věkem a zdravotním stavem
	sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi):	- Manžel	- Manžel - Otec - Dědeček - Role naplněna
	terciální role (související s volným časem a zálibami):	- Nelze	- Nelze

MEDICÍNSKÝ MANAŽMENT:

Ordinovaná vyšetření:

- Přístrojové vyšetření: UZ ledvin
- Laboratorní vyšetření: Glukoza, KO

Výsledky: t. č. nejsou k dispozici

Konzervativní léčba:

Dieta: 7 kašovitá (nízkocholesterolová)

Pohybový režim: A (přísný klid na lůžku)

RHB:

- Polohování pacienta v pravidelných časových intervalech ošetřujícím personálem
- Rehabilitace na lůžku s fyzioterapeutkou 1x denně

Výživa: pacientovi podávána strava p. o.

Medikamentózní léčba:

a) per os:

- Nitrofurantoin 100 mg à 24 hodin v 18:00
- Klacid SR 500 mg à 24 hodin ve 12:00
- Ambrobene gtt 4 ml 1-1-1
- Lactuloza 1 lžice 1-1-1

b) intra venózní:

- Plasmalyte 1000 ml à 12 hodin 6:00; 18:00
- G10%500 ml + 6j. HMR à 12 hodin 12:00; 24:00
- Ofloxin 200 mg/100 ml à 12 hodin 6:00; 18:00
- Furosemid 1 amp. R + V
- Dicynone 1 amp à 8 hodin 6:00; 14:00; 22:00
- Pamba 1 amp à 8 hodin 10:00; 18:00; 02:00

c) per rectum: 0

d) jiná:

- s. c. Clexane 0,2 ml à 24 hodin 17:00
- lok. Ophtalmo-Septonex gtt do P oka R + P + V
- lok. Ophtalmo-Septonex ung do P oka ve 20:00



Chirurgická léčba:

- Během hospitalizace pacient neprodělal operační zákrok

SITUAČNÍ ANALÝZA:

Pacient přijat na interní oddělení – choroby metabolismu a cév dne 21. 9. 2013 z důvodu dušnosti a celkového zhoršení stavu. Bolest pacient nejuje pokývnutím hlavy. Dle manželky se pacientovo dýchání v posledních dvou dnech výrazně zhoršilo, připadal jí dušný, začal se objevovat kašel.

Při přivezení pacienta na urgentní interní příjem dospělých byly naměřeny tyto vitální funkce: TK 100/60, P 125, D 18, TT 36,5 °C.

Míru orientace u pacienta t. č. nelze posoudit. Pacient klidný, při manipulaci spolupráce obtížná. Při přijetí GCS: 6 bodů – závažná porucha vědomí.

Objektivně pacient kachektický. BMI nelze vypočítat. Manželka výšku ani váhu nedokáže určit.

Barthel test – vysoká závislost pacienta. Celková péče o pacienta v oblasti stravování, mobility, hygieny, oblékání a vyprazdňování. Pacientovi podávána strava a tekutiny ošetřujícím personálem a rodinou. Hygiena prováděna na lůžku denně, 1x týdně celková koupel. Důkladná péče o pokožku pacienta. Pacient polohován ve dne v průběhu 2 hodin, v noci po 3–4 hodinách.

Péče o dekubit v sakrální oblasti o velikosti 5x9 cm. Při převazu oplach dekubitu Prontosanem, použití Mepilex Ag + sterilní krytí – možno ponechat až 5 dní, převaz dle prosáknutí. Dle testu Nortonové je u pacienta vysoké riziko vzniku dekubitů. Pravidelné polohování pacienta.

Rodina pacienta se aktivně zapojuje do péče o pacienta. O návštěvních hodinách pacientovi podávají stravu, pečují o pokožku pacienta a celkový zevnějšek. Rodina pacienta chápe důležitost správného a pravidelného polohování v péči o pacienta. Pacient má zavedený druhý den intra venózní vstup v pravé kubitální jamce, funkční, bez známek infekce. PMK zaveden 8. 8. 13 na urologickém oddělení (trvalá derivace), odvádí, bez známek infekce. Ve sběrném sáčku silná hematurie, proplach PMK à 2 hodiny.

Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit:

Ošetřovatelské diagnózy byly sestaveny dle Nanda I., taxonomie II. 2012/2014

Akutní ošetřovatelské diagnózy:

- Deficit sebepéče při stravování (00102)
- Narušená integrita tkáně (00044)
- Deficit sebepéče při koupání (00108)
- Deficit sebepéče při oblékání (00109)
- Deficit sebepéče při vyprazdňování (00110)

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

- Riziko infekce (00004)

Deficit sebepéče při stravování (00102)

Definice: Zhoršená schopnost provádět nebo dokončit aktivity týkající se samostatného stravování.

Doména: 4 Aktivita/odpočinek

Třída: 5 Sebecéče

Priorita: Střední

Určující znaky:

- Neschopnost dopravit jídlo z talíře k ústům
- Neschopnost dostat jídlo na příbor
- Neschopnost zacházet s příborem
- Neschopnost přijímat jídlo společensky přijatelným způsobem
- Neschopnost přijímat jídlo bezpečně
- Neschopnost otevírat nádoby
- Neschopnost uchopit hrnek, sklenici
- Neschopnost připravit jídlo
- Neschopnost používat pomocná zařízení

Související faktory:

- Zhoršení kognice
- Diskomfort
- Muskuloskeletální poškození
- Zhoršení percepce
- Slabost

Cíl:

- Dlouhodobý

- Ke konci hospitalizace pacient zvládá alespoň část úkonů týkajících se stravování

- Krátkodobý

- Pacientka maximálně spolupracuje v oblasti stravování v rámci svých schopností v oblasti stravování do 14 dnů

Očekávané výsledky:

- Pacient se sám zvládne napít z kojenecké lahve do 3 dnů
- Pacient bez obtíží polyká podanou stravu – do 5 dnů
- Pacient přijímá dostatek tekutin (1,5 l/24 hod) – do 7 dnů
- Pacient si zvládne sám dát do úst stravu do 1 týdne

Ošetřovatelské intervence:

- Zjistí od rodiny, co má pacient rád a co ne (sestra, ošetřovatelka) – do 12 hodin
- Dolévej pacientovi pravidelně láhev na pití (ošetřovatelka, sestra) - neustále
- Zajisti, aby pacient měl vše potřebné na dosah ruky (ošetřovatelka, sestra) - neustále
- Nabádej pacienta, aby se pokoušel si podat věci, např. lahev na pití (sestra, ošetřovatelka) – do 12 hodin
- Edukuj rodinu, aby pacienta nabádali, zkoušeli s ním některé úkony (sestra) – do 2 dnů
- Podávej pacientovi takovou stravu, kterou je schopen bez obtíží polykat (ošetřovatelka) – do 4 dnů
- Nabádej pacienta, aby dostatečně pil, alespoň 1,5 l/24 hodin (sestra, ošetřovatelka) – do 5 dnů
- Procvičuj s pacientem pohyb lžice k ústům (sestra, ošetřovatelka) – do 1 týdne
- Zaznamenej do dokumentace, kolik toho pacient snědl z každé porce (sestra, ošetřovatelka) – každý den
- Zaznamenej do dokumentace příjem tekutin za 24 hodin (sestra) – každý den

Realizace:

Hodnocení:



Narušená integrita tkáně (00044)

Definice: Poškození sliznice, rohovky, kůže anebo podkožních tkání

Doména: 11 Bezpečnost/ochrana

Třída: 2 Fyzické poškození

Priorita: Střední

Určující znaky:

- Poškozená tkáň
- Zničená tkáň

Související faktory:

- Nedostatečné znalosti
- Zhoršená tělesná mobilita
- Mechanické faktory
- Nutriční faktory

Cíl:

- Dlouhodobý
- Pacient má zmenšenou velikost dekubitu z 5x9 cm o 1 cm do 20 dnů
- Krátkodobý
- Pacientova spodina dekubitu je čistá do 17 dnů

Očekávané výsledky:

- Pacientovo okolí dekubitu je klidné, pokožka fyziologického vzhledu, bez zarudnutí do 12 dnů
- Pacientův dekubitus je bez sekrece do 10 dnů
- Pacientova kůže v okolí dekubitu je fyziologická do 10 dnů
- Pacientova sekrece z dekubitu minimální do 7 dnů

Ošetřovatelské intervence:

- Zjistí od převazové sestry jaký vhodný krycí materiál používat (sestra) – do 12 hodin
- Polohuj pacienta v pravidelných intervalech (sestra, ošetřovatelka), v průběhu dne po 2 hodinách, v noci po 3-4 hodinách – do 3 hodin
- Promazávej pokožku pacienta, dbej na důkladnou hygienu pokožky (sestra, ošetřovatelka) – do 12 hodin
- Použij antidekubitární matraci (sestry, ošetřovatelka) – do 24 hodin
- Hydratuj pacienta (ošetřovatelka, sestra) – do 1 hodiny
- Převazuj dekubitu podle prosáknutí (sestra) – 2x denně
- Použij vhodný krycí materiál (sestra) – denně
- a) Oplach dekubitu roztokem Prontosan
- b) Mepilex Ag – polymerová pěna
- Edukuj rodinné příslušníky o nutnosti pravidelné změny polohy u imobilního pacienta (sestra) – do 12 hodin
- Zaznamenávej vše do ošetřovatelského záznamu dekubitů – co bylo použito, vzhled a velikost dekubitu, kdo převaz provedl a kdy bude další (sestra) – každý den
- Vyplň hodnocení vzniku dekubitů dle Nortonové každý třetí den a zaznamenávej výsledek do dokumentace (sestra) – do 2 hodin

Realizace:



Hodnocení:

Deficit sebepéče při koupání (00108)

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se koupání

Doména: 4 Aktivita/odpočinek

Třída: 5 Sebepéče

Priorita: Střední

Určující znaky:

- Neschopnost dostat se do koupelny
- Neschopnost usušit tělo
- Neschopnost opatřit si potřeby ke koupání
- Neschopnost získat nebo se dostat ke zdroji vody
- Neschopnost regulovat vodu při koupání
- Neschopnost umýt si tělo

Související faktory:

- Zhoršená kognice
- Neschopnost vnímat část těla
- Bolest
- Slabost

Cíl:

- Dlouhodobý
- Ke konci hospitalizace pacient zvládá alespoň část úkonů týkajících se osobní hygieny
- Krátkodobý
- Pacient zvládá sám osobní hygienu na části těla do 10 dnů
-

Očekávané výsledky:

- Pacient zvládá namočit žínku do vody do 3 dnů
- Pacient zvládá provést hygienu obličeje do 5 dnů
- Pacient zvládá sám hygienu určité části těla do 7 dnů

Ošetřovatelské intervence:

- Zjistí od rodiny, jaké sprchové přípravky pacient rád používá (sestra, ošetřovatelka) – do 6 hodiny
- Edukuj pacienta a rodinu o důležitosti nácviku alespoň menších úkonů v sebepéči (sestra) – do 8 hodin
- Používej hygienické přípravky, které pacient preferuje (sestra, ošetřovatelka) – do 12 hodin
- Veď pacientovu ruku při provádění osobní hygieny (sestra, ošetřovatelka) – do 24 hodiny
- Procvičuj s pacientem pohyby ruky při provádění osobní hygieny (sestra) – do 48 hodin
- Zaznamenávej do dokumentace, které úkony pacient sám zvládá a veškeré pokroky (sestra) – každý den

Realizace:

Hodnocení:

Deficit sebepéče při oblékání (00109)



Definice: Zhoršená schopnost samostatně se obléknout nebo dokončit oblékání

Doména: 4 Aktivita/odpočinek

Třída: 5 Seběpěče

Priorita: Střední

Určující znaky:

- Zhoršená schopnost upevnit si oblečení
- Neschopnost udržet si vzhled na uspokojivé úrovni
- Neschopnost zvednout oblečení
- Neschopnost obléknout si oblečení na dolní část těla
- Neschopnost obléknout si oblečení na horní část těla
- Neschopnost obléknout si ponožky
- Neschopnost svléknout si ponožky
- Neschopnost používat pomocná zařízení/pomůcky
- Neschopnost používat zipy

Související faktory:

- Zhoršená kognice
- Únava
- Bolest
- Slabost
- Neuromuskulární poškození

Cíl:

- Dlouhodobý
- Pacient si ke konci hospitalizace zvládá obléknout nebo svléknout oblečení
- Krátkodobý
- Pacient si sám zvládne obléknout nebo svléknout část oděvu do 14 dnů

Očekávané výsledky:

- Pacient pomáhá ošetřujícímu personálu při oblékání nebo svlékání do 7 dnů
- Pacient si zvládá sám obléknout nebo svléknout alespoň část oděvu do 12 dnů

Ošetřovatelské intervence:

- Zjistí do jaké míry je pacient schopen pomoci ošetřujícímu personálu s oblékáním (sestra) – do 3 hodin
- Edukuj pacienta a rodinu o důležitosti nácviku alespoň menších úkonů v sebepečí (sestra) – do 8 hodin
- Oblékej pacienta do vhodného, volného oblečení (sestra, ošetřovatelka) – do 6 hodin
- Nacvičuj s pacientem pohyby prováděné při oblékání a svlékání (sestra) – do 24 hodin
- Zaznamenávej vše, co pacient sám zvládl, a veškeré pokroky do dokumentace (sestra) – každý den

Realizace:

Hodnocení:

Deficit sebepečí při vyprazdňování (00110)

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se vyprazdňování

Doména: 4 Aktivita/odpočinek



Třída: 5 Sebepečce

Priorita: Střední

Určující znaky:

- Neschopnost provést řádnou vyprazdňovací hygienu
- Neschopnost přemístit se na toaletu nebo na pojízdný klozet
- Neschopnost manipulovat s oblečením za účelem vyprazdňování
- Neschopnost sedět na toaletě nebo na pojízdném klozetu

Související faktory:

- Zhoršená kognice
- Únava
- Zhoršená pohyblivost
- Zhoršená schopnost přemístit se
- Bolest
- Slabost

Cíl:

- Dlouhodobý
- Pacient zvládá sám řádnou vyprazdňovací hygienu do konce hospitalizace
- Krátkodobý
- Pacient maximálně spolupracuje v rámci osobní hygieny do 7 dnů

Očekávané výsledky:

- Pacient si sám říká o podložní mísu do 2 dnů
- Pacient zkouší sám provést intimní hygienu do 4 dnů
- Pacient zvládá intimní hygienu po vyprázdnění 6 den

Ošetřovatelské intervence:

- Dej pacientovi signalizační zařízení na dosah ruky (sestra, ošetřovatelka) – do 1 hodiny
- Edukuj pacienta o nutnosti včasného informování ošetřujícího personálu o potřebě na stoličce (sestra, ošetřovatelka) – do 2 hodin
- Nacvičuj s pacientem provádění intimní hygieny (sestra) – do 6 hodin
- Zaznamenávej do dokumentace pokroky ze strany pacienta a četnost stolic (sestra) – každý den

Realizace:

Hodnocení:

Riziko infekce (00004)

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy

Doména: 11 Bezpečnost/ochrana

Třída: 1 Infekce

Priorita: Střední

Rizikové faktory:

- Nedostatečná primární ochrana – porušená kůže (i. v. vstup)

Cíl:

- Dlouhodobý



- U pacienta nevznikne infekce i. v. vstupu po dobu zavedení katétru
- Krátkodobý
- Pacient zná projevy komplikací a infekce katétru (bolest, pálení, otok, zarudnutí v místě zavedení intra venózního vstupu) do 36 hodin

Očekávané výsledky:

- Pacient neudává pálení při aplikaci léku – při každé aplikaci terapie
- Pacient ví, že nemá s katétreem manipulovat do 2 hodin

Ošetřovatelské intervence:

- Zjistí, zda při aplikaci pacient nepociťuje pálení v místě zavedení intra venózního vstupu – sestra do 10 minut
- Sleduj při každé aplikaci, zda se netvoří otok, zarudnutí nad zavedením intra venózního vstupu – sestra denně
- Dodržuj zásady sterility při zavádění a manipulaci s intra venózním vstupem – sestra denně
- Péče o intra venózní vstup – sestra denně
- Vyměň intra venózní vstup při známkách infekce, dále každých 72 hodin – sestra denně
- Edukuj pacienta o projevech infekce – sestra do 20 minut
- Zaznamenávej do dokumentace den a místo zavedení intra venózního vstupu – sestra denně

Realizace:

Hodnocení: