

Studijní materiál PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

METODOLOGIE OŠETŘOVATELSTVÍ – OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

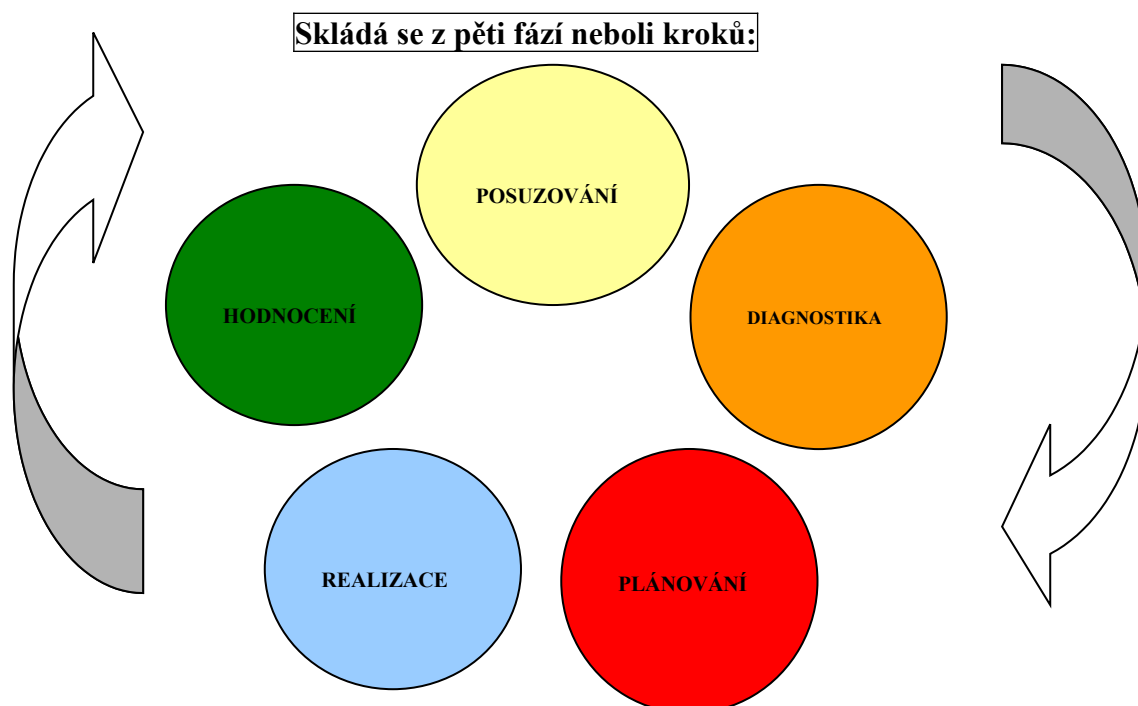
METODOLOGIE OŠETŘOVATELSTVÍ – OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

METODOLOGIE – nauka o metodách vědeckého poznání, souhrn postupů a způsobu zkoumání uplatňovaných v určité vědě nebo skupině věd.

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 znovuposouzení se může cyklus opět začít (Kozierová, 1996).



Historie ošetrovatelského procesu

Před vyvinutím ošetrovatelského procesu sestry poskytovali svou péči na **příkaz lékaře** a jejich péče byla zaměřena více na chorobu než na individuální potřeby nemocného člověka.

Termín ošetrovatelský proces poprvé použila v roce **1955 Hallová**. Od té doby ošetrovatelský proces popsali další sestry různým způsobem. (Wiedenbachová, 1963, Představila ošetrovatelský proces jako třífázový: identifikace potřebné péče; poskytnutí péče a přesvědčení se, zda byla poskytnuta, výsledek...)

Doc. Staňková – uvedla oš. proces u nás. Vyjádřila se – je to způsob profesního uvažování sestry o nemocném a jeho individuální problematice, který ovlivňuje její způsob práce s nemocným.

V r. 1967 Západní mezistátní komise o vyšším vzdělávání uvádí pět kroků oš. procesu: percepce; komunikace; interpretace; intervence; vyhodnocení. Komise označila oš. proces za „vzájemný vztah mezi pacientem a sestrou v daném prostředí“.

V r. 1967 Fakulta ošetrovatelství Katolické americké univerzity předložila čtyři součásti oš. procesu: zhodnocení; plánování; provedení; zhodnocení.

Využití ošetrovatelského procesu v klinické praxi se nejprve legitimovalo v USA v roce 1973, kdy Americká Asociace Sester (ANA) jej uveřejnila jako „Standard ošetrovatelské praxe“ a uvedlo pět součástí oš. procesu: zhodnocení; diagnostika; plánování; realizace; vyhodnocení.

Postupně s teoretickým i klinickým rozvojem ošetrovatelského procesu se stále více začal používat termín **sesterská diagnóza**. Tento pojem se vyvíjel, v 50. a 60. letech se používal na označení pacientových problémů či potřeb. **Roku 1982 skupina založila na konferenci organizaci Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy (NANDA)**. Tato skupina v současnosti kodifikovala asi 100 diagnostických kategorií (NANDA, 1990).

Význam ošetrovatelského procesu

Pro pacienta:

- kvalitní plánovaná péče pro uspokojení potřeb jednotlivce, rodiny či společnosti
- soustavná péče
- účast pacienta na péči

Pro sestru:

- důsledné a systematické oš. vzdělání
- uspokojení z práce
- odborný růst
- vyhýbání se rozporům se zákonem

- splnění odborných ošetrovatelských norem
- splnění norem akreditovaných nemocnic

Cvičení:

5. Jaký má význam ošetrovatelský proces pro Vás.

.....
.....
.....
.....

6. Vysvětlete vztah mezi potřebami člověka a denními činnostmi (aktivitami) pacienta/klienta.

.....
.....
.....
.....

Fáze ošetrovatelského procesu

Jednotlivé **fáze** oš. procesu se vzájemně **prolínají** a ve **spirále opakuji**. Oš. proces je **průběh oš. činnosti – způsob práce** s nemocným, **způsob přístupu** k profesionální ošetrovatelské péči, která je uskutečňována **v určitém logickém pořadí**. **Skládá se z 5 fází:**

1. **Posuzování** (zhodnocení nemocného) – zhodnocení nemocného pomocí rozhovoru, posuzování, testování, měření.
2. **Diagnostika** (stanovení oš. potřeb, problémů, diagnóz) – oš. problémy diagnostikované sestrou, problémy pociťované nemocným, dohoda s nemocným o pořadí jejich naléhavosti.
3. **Plánování** (plánování oš. péče) – stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů oš. péče, návrh vhodných opatření pro jejich dosažení, dohoda s nemocným o pořadí naléhavosti jejich provedení.
4. **Realizace** (aktivní individualizovaná péče) – uplatnění plánovaných ošetrovatelských zásahů na pomoc pacientovi při dosahování jeho cílů.
5. **Vyhodnocení** (zhodnocení efektu poskytnuté péče) – objektivní změření účinku péče, zhodnocení fyzického a psychického komfortu nemocného.

Každá fáze je sice **samostatná**, ale přístup k ošetrovatelské péči musí být uplatněn jako celek, každý jednotlivý krok je závislý na krocích ostatních. **Všechny kroky oš. procesu se navzájem ovlivňují**, úzce spolu souvisí.

1. fáze ošetrovatelského procesu

Posouzení a zhodnocení zdravotního stavu klienta/pacienta

<u>Posouzení</u>
• Shromáždění údajů
• Ověřování údajů
• Klasifikace (organizování) údajů

Posouzení zahrnuje sběr, ověřování a třídění údajů o pacientově zdravotním stavu. Informace o **tělesných, emocionálních, vývojových, společenských, kulturních, intelektových a duchovních** aspektů pacienta, 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 jiná
- rozhovor s osobami, které klienta znají
- přehled literatury

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

Dovednosti potřebné pro posuzování

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

Typy získaných informací a údajů

Objektivní – nazývají se příznaky (vnější projevy)

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

Subjektivní – nazývají se symptomy (vnitřní projevy)

Udává je a popisuje konkrétní osoba (př. s věděním, nepohodlí, bolest, strach, napětí...), představují pacientovo vnímání zdravotního stavu nebo životní situace.

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

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

Sekundární = nepřímé prameny

- významné osoby (rodina, přítel)
- zdravotničtí pracovníci
- záznamy, zprávy
- příslušná literatura

Pacient 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 např. v bezvědomí, s poruchou intelektu. Další informace je možno získat od spolupacientů.

Zdravotničtí pracovníci. Sestry, fyzioterapeuti, lékaři mohou informovat o minulém nebo současném stavu pacienta.

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

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

Literatura. Využití odborných časopisů, poskytují údaje doplňující.

Metody shromažďování údajů

Mezi hlavní metody sběru dat patří pozorování, rozhovor a vyšetření.

A. Pozorování – je to **cílené získávání údajů** o nemocném pomocí všech smyslů.

Stálý kontakt s nemocným. 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 **rozdvíjejí 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 (bledost, ztížené dýchání, úzkost...)
- ohrožení pacientovi bezpečnosti (skutečné či předpokládané)
- přítomnost a funkce příslušných vybavení (infuze...)
- okolního prostředí

Rozhovor – je plánovaná komunikace nebo konverzace s určitým cílem. Rozhovor možno proces aplikovaný ve většině fází oš.procesu.

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

1. **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.
2. **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.
3. **Kombinace direktivního a nedirektivního rozhovoru** – je vhodná při sběru informací.

Druhy otázek v rozhovoru:

1. **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.
2. **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 zdlouhavému opisování nepodstatných informací**. Jsou užitečné na **začátku rozhovoru** nebo **při změně tématu**. Např. **Jak se cítíte v poslední době?; Co Vás přivedlo do nemocnice?...**
3. **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 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

poslouchejte pozorně

hovořte pomalu a jasně

používejte jazyk, kterému pacient rozumí

plánujte otázky - logická návaznost

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.

Cvičení

7. V jakém pokynu sestry podle Vašich zkušeností nejčastěji dělají chybu při rozhovoru s pacientem.

.....

.....

.....

.....

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

Fyz. 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.

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.

Kůže:

kožní choroby – ekzém, lupenka, akné, změny pigmentace, náchylnost k modřinám, nadměrně suchá nebo vlhká pokožka, žloutenka, svědění, vyrážky, změny barvy nebo velikost mateřských znamínek, 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, sex. probl.;

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 ztrnutí, 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 | 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/cévký |
| • Odsávání | jiné |
| • 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.

Cvičení

8. Jaké měřicí techniky využíváte v péči o pacienta/klienta na Vaší ošetrovatelské jednotce?

.....

.....

.....

9. Setkáváte se v první fázi zhodnocení s obtížemi, pokud ano s jakými?

.....

.....

.....

10. Vysvětlíte, proč je nutné znát informace o dřívějším stavu/chování např. doma a k čemu slouží, a informace o současném stavu a chování.

.....

.....

.....

Dřívější stav/chování	Současný stav/chování
Tekutiny – množství, typ, častost, oblíbené....	
Stolice – frekvence, konzistence, barva.....	

2. fáze ošetrovatelského procesu

Diagnostika

Definice ošetrovatelské diagnózy

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

V průběhu vývoje ošetrovatelského procesu vzniklo několik definic sesterské diagnózy. Nejstarší definici formulovala Abdellahová v roce 1957 následovně: "je to určení charakteru a rozsahu ošetrovatelských problémů, které vznikly u jednotlivých pacientů či rodin, kterým se poskytuje ošetrovatelská 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 ošetrovatelských zásahů na dosažení výsledků, za které je sestra zodpovědná"**.*

Charakteristika oš. diagnózy

- Za vypracování sesterských diagnóz jsou **zodpovědné profesionální sestry**.
- Zdravotní problém znamená jakýkoliv stav, ve kterém **nemocný potřebuje pomoc** při upevňování, 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**.
- Sesterské diagnózy udávají jak **skutečné** zdravotní problémy jedince, tak i **potenciální** zdravotní problémy, nebo-li **rizikové** faktory, které predisponují osoby či rodiny k určitým zdravotním problémům.
- Oblast sesterské diagnózy zahrnuje **pouze takové stavy, které jsou sestry schopné a oprávněné v rámci svých kompetencí zvládnout**.
- Sesterská diagnóza je závěr, který je možno udělat pouze po pečlivém a systematickém procesu sběru dat.

V oš. diagnostice rozlišujeme tyto pojmy:

Potřeby

- mají je všichni lidé (fyziologické, kognitivní, sociální, kognitivní atd.), uspokojují je v interakci se svým prostředím.

Problémy

- nastávají, když člověk nemůže uspokojit své potřeby.
- je to jakýkoli stav nebo situace, ve které klient potřebuje pomoc pro udržení či znovunabytí zdraví.

Odlišnosti sesterské diagnózy od lékařské diagnózy

Sesterské diagnózy **vyplývají z nezávislých úloh sestry**, nebo-li z činností, které mohou profesionální sestry vykonávat na základě svých **kompetencí**. Nezávislé úlohy sestry v rámci zdravotnické péče jsou oddělené a odlišné od péče lékařské.

Sestra je povinná

- diagnostikovat a předepisovat praktické ošetrovatelské úkony
- vykonávat příkazy lékaře, nebo-li závislé úlohy v diagnostické a léčebné péči.

K tomu, aby bylo možné určit **odlišnosti sesterské diagnózy od lékařské**, bylo nutné definovat charakteristiky sesterské diagnózy tak, aby tyto charakteristiky umožnily její odlišení od lékařské diagnózy.

Sesterská diagnóza

Popisuje **odpověď** jednotlivce na chorobný proces, stav či situaci

- Je **zaměřená** na jednotlivce. Mění se tak, jak se mění odpověď pacienta.
- Jsou **zaměřené** na tělesné, sociální, kulturní, psychické a duševní změny.
- **Usměrňuje** nezávislé sesterské činnosti: plánování, realizaci a vyhodnocení.
- Je **doplňkem** k lékařské diagnóze.
- Nemá všeobecně přijatý **klasifikační systém**; takovéto systémy jsou zatím ještě ve stavu vývoje.
- Skládá se buď ze **dvou** částí (zahrnuje problém, etiologii) nebo ze **tří** (zahrnuje problém,

etiologii a projevy).

Lékařská diagnóza

Popisuje **specifický chorobný proces**

Je zaměřená na **patologii**. Nemění se během trvání choroby.

Vztahuje se na **chorobu**.

Usměrňuje medicínskou léčbu, ale i závislé činnosti sestry.

Je **doplňkem** k sesterské diagnóze.

Má dobře vyvinutý **klasifikační systém** přijatou lékařskou profesí.

Skládá se ze **2 - 3 slov**.

Výhody sesterských diagnóz:

- Sesterské diagnózy **ulehčují komunikaci** mezi sestrami a ostatními členy zdravotnického týmu. Diagnóza identifikuje zdravotní stav pacienta, jeho vitalitu a zdravotní problémy.
- **Posiluje ošetrovatelský proces** a poskytuje **plánování nezávislých** sesterských zásahů.
- Pomáhají **identifikovat zaměření ošetrovatelských činností** a tím tak ulehčit **posudek** spolupracovníků a **programy kvalitní kontroly**.
- **Ulehčují ošetrovatelské činnosti** v případech, kdy se pacient **přestěhuje** z jedné ošetrovatelské jednotky na druhou nebo do jiné nemocnice.
- Sesterské diagnózy **usměrňují** i plánování ošetrovatelských výkonů, které pacient **vyžaduje po propuštění z nemocnice**.
- Pomáhají **vykonávat komplexní** zdravotnickou péči o zdraví jednotlivce a její kontinuitu.
- Slouží jako **podklad pro financování** ošetrovatelské péče.

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. Utřídění a vyhodnocení informací

- shromážděné informace sestra vyhodnocuje a interpretuje tak, že nejprve stanoví míru soběstačnosti pac., potom zjistí dosažitelnost laické péče a nakonec určí potřebu oš. zákroků

uspořádání údajů

porovnání údajů se standardy
seskupení údajů (vytvoření pracovní hypotézy)
zjištění mezer a rozporů

2. Stanovení zdravotních problémů pac. a potřeb ošetrovatelské péče

problémy: existují x neexistují
pac. 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 ošetrovatelské diagnózy

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

4. Priority diagnóz

- na konci diagnostického procesu je nutné diagnózy seřadit podle naléhavosti jejich řešení

Formulace ošetrovatelských diagnóz

– stanovené ošetrovatelské diagnózy musí odpovídat získaným informacím.

Forma sesterské diagnózy

Tři základní složky ošetrovatelských diagnóz jsou shrnuté do formulace .

NANDA (číslo) – je popisem pacientova individuálního, rodinného nebo komunitního zdravotního problému (existujícího nebo potenciálního), který vyžaduje ošetrovatelskou péči. Stav pacienta se popisuje jasně, stručně, několika slovy.

Související faktory – tento komponent identifikuje jednu či více pravděpodobných příčin zdravotního problému a dává směr nevyhnutelné sesterské péči.

Určující znaky – poskytují informace potřebné na stanovení diagnostické kategorie. Všechny sesterské diagnostické kategorie jsou spjaty s příznaky, které se jeví jako klinická jednotka.

Sestry mohou psát dvousložkové či trojsložkové oš.diagnózy.

Dvousložková oš. diagnóza obsahuje: NANDA (číslo) a rizikové faktory.

Trojsložková oš. diagnóza obsahuje: NANDA (číslo), související faktory, určující znaky.

Systém klasifikace ošetřovatelských diagnóz

Potřeba **snadnější komunikace** mezi sestrami a **kodifikace** ošetřovatelských problémů klientů pro **počítačové** zpracování informací ve zdravotnickém systému **USA** vedly k **vytvoření standardní terminologie ošetřovatelských diagnóz**.

Problematikou standardních názvů ošetřovatelských diagnóz se **poprvé** začala zabývat Národní konference o klasifikaci ošetřovatelských diagnóz v roce **1973** (v roce 1982 byl schválen nový název: **Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy – NANDA**).

Cílem NANDA je definovat, zlepšit a pozvednout taxonomii sesterské diagnostické terminologie na všeobecné použití u profesionálních sester.

Výhody taxonomie:

- systém jednotné klasifikace je užitečný pro **vytvoření společného odborného oš. jazyka**
- má-li sestra k ruce taxonomii, když hodnotí, mnohem **snadněji najde** a definuje **problém**
- taxonomie umožňuje **snazší dorozumění** v oš. týmu při informování o pacientech

Členkami NANDA jsou:

nemocniční sestry,
klinické specialistky,
fakultní sestry,
ředitelky ošetřovatelství, děkani,
teoretičky a výzkumnice.

Systém, který vyvinula NANDA, je všeobecně uznáván jako diagnostický klasifikační systém ošetřovatelské profese.

V současné době **spolupracuje NANDA s ICN** a dalšími mezinárodními organizacemi např. **ACENDIO** na tvorbě Mezinárodní klasifikace ošetřovatelské praxe – **ICNP**.

Evropská organizace **ACENDIO** vznikla v roce **1995** pod patronací **Royal College of Nursing z Velké Británie a sídlí v Londýně**. Má stejné cíle jako americká NANDA:

- Podílet se na vytvoření mezinárodní standardní terminologie, která bude akceptována v oboru ošetřovatelství v **Evropě**

- Podporovat **uvádění této terminologie do praxe** a usnadnit sestřám vyměňovat si v této oblasti informace.
- Umožnit členům profesních organizací všech zemí, **spolupráci** a podíl na tomto náročném úkolu.

3. fáze ošetrovatelského procesu

Plánování

Definice a proces plánování

Plánování je proces **vytyčení ošetrovatelských 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 **dosažení kvalitní ošetrovatelské péče**. Jednotlivé kroky představují řadu **aktivit sestry, které směřují k odstranění problémů**, stanovených v diagnostickém procesu.

JEDNOTLIVÉ KROKY VE FÁZI PLÁNOVÁNÍ:

1) vytyčení priorit

- stanovení **preferenčního pořadí oše. 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 měli být sesterské dg., které mají **nejvyšší priority**, jelikož **ohrožují život** pacienta
- **další** v pořadí by měli být problémy **ohrožující zdraví** - tyto problémy pak mají v této oblasti střední prioritu
- plánuje-li sestra oš.pěči 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 očekávaných výsledků (cílů a očekávaných výsledků)

- pacientův **cíl je žádaný výsledek nebo-li změna** jeho zdravotního stavu
- **cíle pacienta** jsou odvozeny z **první části oš. dg.** a jsou stanoveny v **pojmech výsledků změn** u pacienta
- cíl je **základem** pro stanovení **hodnotících kritérií**
- 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 cílu
- pokud to není možné, měli bychom **pacienta s nimi alespoň seznámit**
- vždy je nutné stanovit také **cíle**, které jsou **reálné** nebo-li pro jejich dosažení máme potřebné podmínky
- musíme dbát na to, aby cíl byl jasný, **srozumitelný** jak pro sestry, tak i pro pacienta
- cíl musí být **konkrétní a měřitelný**

Cíl: může být **krátkodobý** a **dlouhodobý**.

- Krátkodobý cíl se týká bezprostředně následujícího období (dny, hodiny).
- Dlouhodobý cíl se vztahuje k delším obdobím (konec hospitalizace nebo směřuje do domácí péče). 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 závěru sesterské dg.

Očekávané výsledky: **specifikují obecné cíle**, jsou to **závěry o specifických pozorovatelných i měřitelných** odpovědí pacienta a určují, zda se dosáhlo stanovení cíle, a proto jsou nezbytné pro vyhodnocení. **Pro každý cíl je zapotřebí 3 - 6 očekávaných výsledků.**

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

Součásti :

<u>Podmět</u>	<u>Sloveso</u>	<u>Podmínky</u>	<u>Kritéria očekávaných výsledků</u>
Pacient	pije	2500ml	denně
Pacient	provádí	cvičení DKK	každých 6hodin
Pacient	jmenuje	potraviny s nízkým obsahem soli	před propuštěním z nemocnice

Cvičení

11. Sestavte pět výsledných kritérií – podmět, sloveso, podmínky, kritéria očekávaných výsledků

.....

.....

.....

.....

.....

.....

12. Doplňte:

Ošetrovatelský problém: dušnost při chůzi do schodů

Vysvětlivky: CD (cíl dlouhodobý), CK (cíl krátkodobý) a VK (výsledná kritéria)

Ošetrovatelský problém:	
Ošetrovatelská diagnóza:	
CD:	
CK:	
OV:	

3) plánování ošetrovatelských strategií

- oše. strategie nebo zásahy jsou zvolené činnosti sester, které souvisejí se sesterskou dg. a směřují k dosažení pacientových cílů

Jednotlivé kroky:

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

4) psaní sesterských ordinací

= příkazy - sesterské ordinace jsou **specifické zásahy vykonávání sester** na dosažení vytyčených cílů
zdravotní péče

Sesterské ordinace má 5 součástí:

datum

akční sloveso

obsahový obsah - specifikuje „kde“ a „co“

časový prvek specifikuje „kdy“, „jak dlouho“, „jak často“

podpis sestry (kdo to ordinoval)

Formulace sesterských činností

<u>Sloveso</u>	<u>Obsah</u>	<u>Časový prvek</u>
Přilož	klasový obvaz na PHK	ihned.
Sleduj	bilanci tekutin	po dobu 2 dnů.
Proved' imobility	celkovou koupel	každý den po dobu

Příklady na nepřesná akční slovesa

<u>Nepřesná slovesa</u>	<u>Navrhované alternativy</u>
Vést pacienta k	Zeptat se pacienta, jestli..

Požádat pacienta.....

Připomenout pacientovi..

Ubezpečovat Informovat pacienta....

Poslouchat pacienta.....

Zůstat s pacientem.....

5) psaní plánů ošetrovatelské péče

- plánovaná oš.péče podává **systematické informace** o zdravotním stavu pacienta v logickém celku
- v plánu oš.péče jsou oš.dg., očekávané výsledky, oš.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 plánu ošetrovatelské péče:

- a) **individuální plán péče** - je orientovaný na oš.dg., sestra je sestavuje většinou na **24hodin** 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
- b) **denní plán péče** - tuto individuální plánovanou péči sestra sestavuje např. u staršího klienta, naplánuje mu jeho denní činnosti – buzení, ranní hygienu, různé denní činnosti, péče významně zvyšuje kvalitu klientova života
- c) **standardní plánovaná péče** - jeho základ z hlediska kvality péče tvoří základní strukturu bez speciálních individuálních potřeb pacienta. Každý plán by měl být pravidelně revidován a obnovován. Snižuje potřebu času na psaní.

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 oš. plánu pacienta

4. fáze ošetrovatelského procesu

Realizace

Definice: Je to ošetrovatelská činnost zaměřená na dosažení kýžených výsledků ošetrovatelské péče či cílů pacienta.

- Realizace **propojuje všechny fáze OP**
- Realizace je **přímo úměrná kvalitě ošetrovatelského plánu** a je nezbytné, aby sestra maximálně spolupracovala s pacientem
- V realizaci (a vlastně celém ošetrovatelském procesu) je **pacient nejdůležitějším účastníkem**.
- Na realizaci se podílí nejen pacient a „jeho“ sestra, ale také další sestry, jiní zdravotničtí pracovníci, podpůrné osoby a jiní.

Dva stěžejní rozdíly mezi starým a novým způsobem realizace oš. péče:

nové

1. péče založena na zhodnocení potřeb pacienta a využití specifických znalostí sestry v ošetrovatelství
2. pacient a jeho rodina jsou partnery sestry (při plánování je nutné zhodnotit schopnosti a možnosti pacienta a jeho rodiny se aktivně zapojit do ošetrovatelské péče)

staré

1. péče založená na plnění lékařských ordinací či tradiční rutíně (vždy se to tak dělalo)
2. nemocný jen pasivním příjemcem péče

TYPY OŠETŘOVATELSKÝCH ČINNOSTÍ:

- **nezávislá oš. činnost** = iniciuje (ordinuje) sestra na základě vlastních vědomostí a zručností
- **závislá oš. činnost** = vykonává sestra na příkaz lékaře
- **součinné oš. činnosti** = vykonávají sestry buď společně s jiným členem zdrav. týmu nebo oš. činnosti jsou výsledkem společného rozhodnutí sestry a jiného členu týmu

Realizační proces zahrnuje:

- opětovné posouzení pacienta
- validizaci plánu oš. péče
- posouzení potřeby pomoci při prováděných činnostech

REALIZACE OŠETŘOVATELSKÝCH STRATEGIÍ

Rozeznáváme 4 základní oblasti oše. praxe:

1. podpora zdraví
2. ochrana zdraví
3. navrácení zdraví
4. péče o umírající

V realizaci oše. strategií rozeznáváme 6 výrazných aspektů:

1. pacientova individualita
2. potřeba účasti pacienta
3. prevence komplikací
4. uchování obranných mechanismů
5. poskytování pohody a podpory pacientovi
6. přesné a starostlivé vykonávání oše. aktivit

K realizaci oše. činností jsou třeba 3 kategorie zručností a to:

kognitivní (intelektové)

interpersonální

technické (manuální zručnost)

Cvičení:

13. Vyberte si dva ošetrovatelské problémy a doplňte je do tabulky.

Ošetrovatelský problém: probouzení ze spánku

Ošetrovatelský problém: pád v anamnéze

Ošetrovatelský problém: nedostatečný příjem tekutin

Ošetrovatelský problém: snížená chuť k jídlu

Vysvětlivky: CD (cíl dlouhodobý), CK (cíl krátkodobý) a VK (výsledná kritéria)

Ošetrovatelský problém:	
Ošetrovatelská diagnóza:	
CD:	
CK:	
OV:	
Intervence:	

Ošetrovatelský problém:	
Ošetrovatelská diagnóza:	
CD:	
CK:	
OV:	
Intervence:	

5. fáze ošetrovatelského procesu

Vyhodnocení

- Vyhodnocení je poslední fází OP a udává, zda a do **jaké míry jsme splnily cíle**, které jsme si s pacientem stanovili tedy.
- Vyhodnocení je důležité, protože na jeho základě posuzujeme, zda se může ošetrovatelská činnost ukončit nebo jestli se musí změnit nebo přehodnotit.
- Poskytuje nám **zpětnou vazbu**, kterou můžeme využít k identifikaci dalších potřeb jedince.
- Vyhodnocení provádíme během **celého cyklu** OP.

Hodnocení provádí sestra i pacient

- **sestra** – snaží se získat objektivní hodnoty, které by určily efekt péče
- **pacient** – tento při hodnocení efektu vyjadřuje své subjektivní pocity.

VYHODNOCOvacÍ PROCES - (má šest částí)

1. **určení výsledných kritérií**, které souží k posouzení dosažených cílů
2. **získání údajů** vzhledem k daným kritériím
3. **porovnání** získaných údajů s kritérii
 - **cíl byl splněn**, pacient reagoval dle očekávání
 - **cíl byl splněn částečně** – krátkodobý splněn, dlouhodobý ne či jsou nesplněna některá kritéria
 - **cíl se nesplnil**
4. **porovnání** oše. činností s výsledky u pacienta
ošetrovatelské činnosti x výsledný stav
5. **kontrola** pacientova plánu oše. péče

Cíl byl splněn:

- problém je vyřešen, diagnóza vyřešena
- problém i přes splněný cíl přetrvává

Cíl nebyl splněn (dosažen):

Při částečném splnění či nesplnění cíle sestra **musí přehodnotit**:

- databáze
- diagnostické závěry
- stanovení cílů
- plánování

6. Změna, přizpůsobení oš. plánu - pokud se rozhodneme pro **změnu plánu**, tak bychom se měli držet daného postupu.

- do ošetrovatelské dokumentace **vypíšeme nově zjištěné údaje** (je možno je barevně odlišit, nutno přidat datum)
- dle nových údajů **stanovíme nové diagnózy** a i ty označíme datem
- na základě diagnóz znovu stanovíme **priority, cíle a výsledná kritéria** (opatríme datem)
- na základě diagnóz a cílů znovu **sestavíme plán péče**
- **očekávané výsledky** odrážejí plán péče, a proto je třeba je **změnit** v závislosti na změně plánu (staré je třeba zrušit)