



OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Mgr. Liana Greiffeneggová



SMYSL OŠ.PROCESU (OP)

- V rámci modernizace zdravotnictví sílí i snaha o individualizaci oš. péče
- Oš. péče směřuje k vytipování jedinců, kteří mají biologické nebo psychosociální problémy
- Ošetřovatelství se stává vědní disciplínou
- Pozvednutí sesterské profese na samostatnou a nezávislou úroveň
- Možnost dokladování oš. výkonů pro pojišťovny nebo soudní řízení



OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

- Je vědeckou metodou sloužící k řešení problémů spadajících do kompetencí NLZP.
- Je založen na systematickém vyhledávání biologických, psychických, sociálních a duchovních potřeb jedince, na jejich uspokojování aktivně nabízenou oš. péčí.

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

JAKO:

- **Způsob myšlení:**

vede k rozvoji myšlenkového přístupu k řešení problémů pacienta.

- **Způsob práce:**

Vede k systematizaci práce, včetně vedení samostatné dokumentace oš. péče.

KDO JE MŮJ PACIENT?

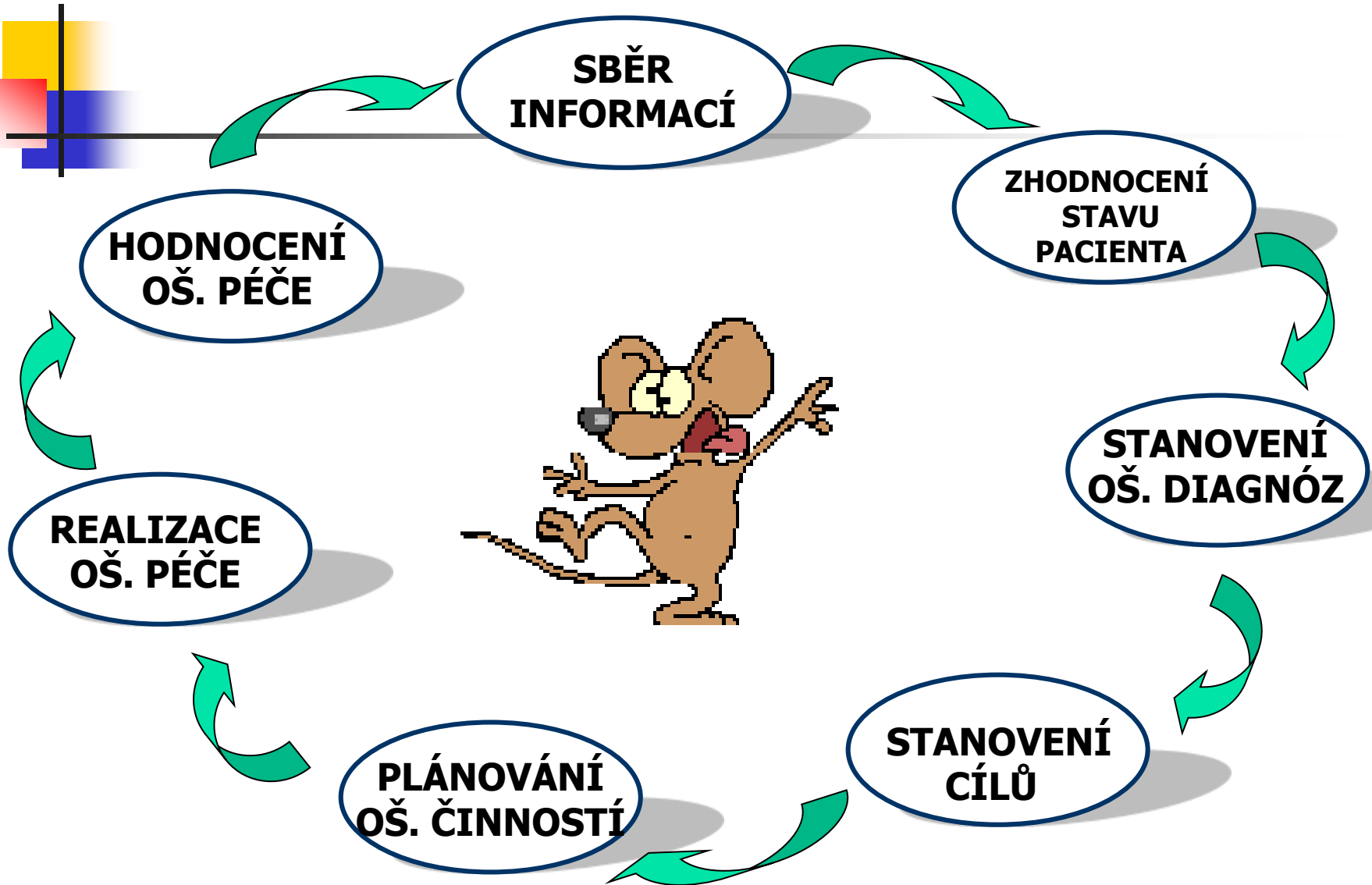
JAK MU MOHU POMOCI?



JAK MU MÁ PÉČE POMOHLA?

JAKÉ MÁ PROBLÉMY?

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES



VZTAH SESTRA - PACIENT

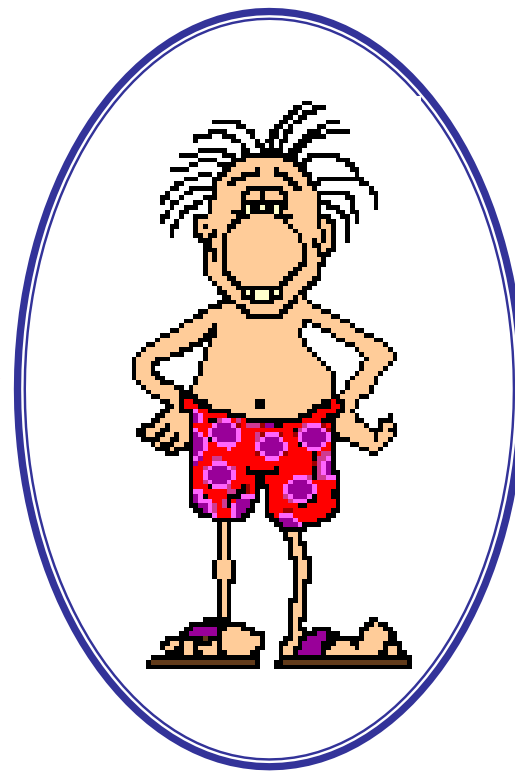
SESTRA

ZNALOSTI, SCHOPNOSTI A DOVEDNOSTI



PACIENT

ZNALOST SVÝCH PROBLÉMŮ





PŘEDPOKLADY REALIZACE OŠ. PROCESU

SESTRA MUSÍ:

- Znat
- Umět
- Chtít

MANAGEMENT MUSÍ ZAJISTIT:

- Systémové změny
- Materiálové vybavení

ORGANIZAČNÍ SYSTÉMY PRÁCE SESTER



- **SYSTÉM FUNKČNÍ**
- **SYSTÉM SKUPINOVÉ PÉČE**
- **SYSTÉM PRIMÁRNÍCH SESTER**
- **TÝMOVÁ OŠ.PÉČE**
- **CASE MANAGEMENT**



SYSTÉM SKUPINOVÉ PÉČE

- Oš.jednotka je rozdělena na několik skupin
- Princip zvýšené odpovědnosti 1 sestry za skupinu pacientů = **skupinová sestra**, ta se stará výhradně o tuto skupinu, odpovídá za vedení její dokumentace a na konci směny za předání další skup.sestře
- Jde o systém vhodný pro krátkodobou hospitalizaci

SYSTEM PRIMÁRNÍCH SESTER: I.

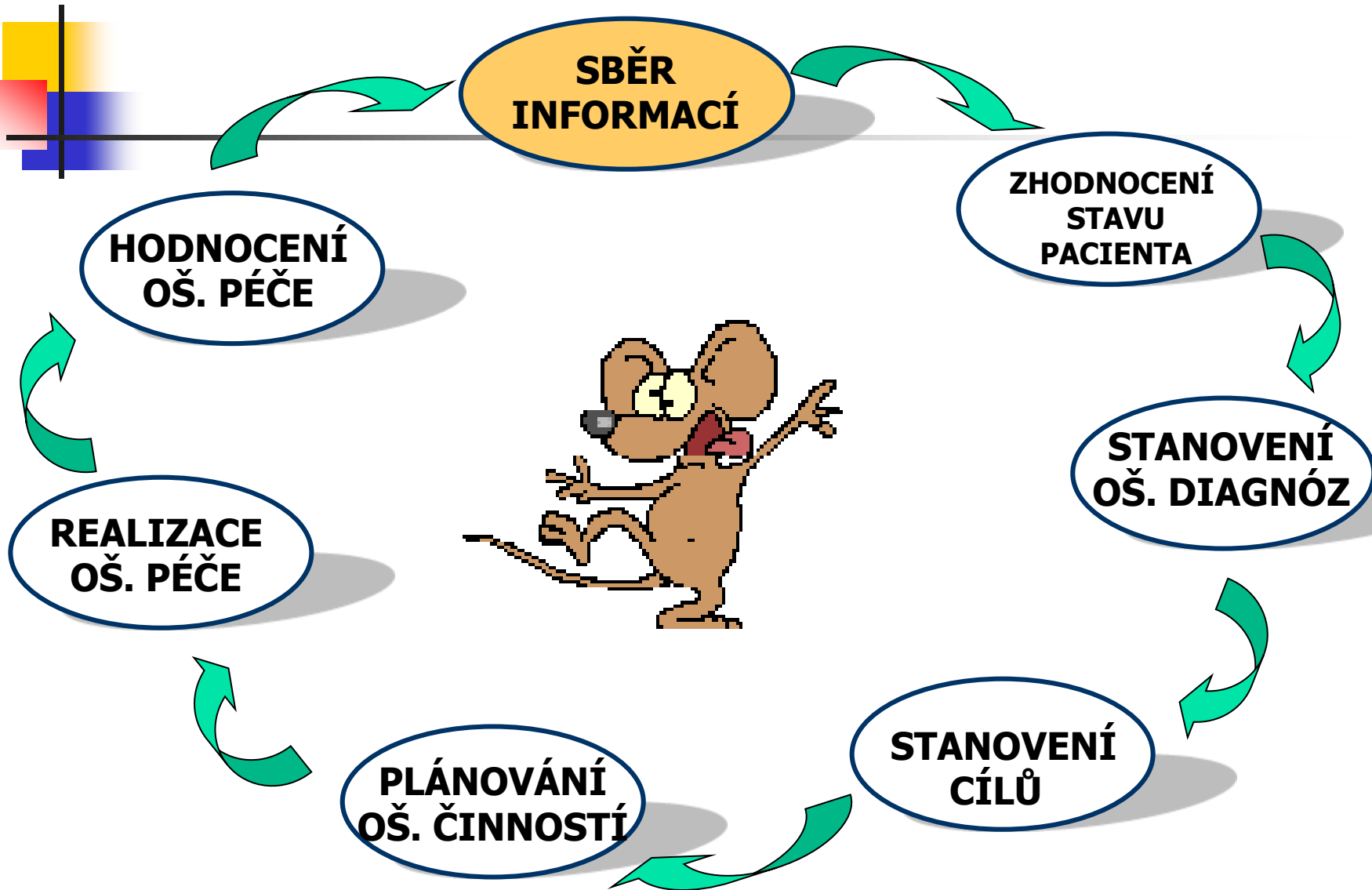


- Nemocnému je po přijetí na oddělení „přidělena primární sestra“
- Její povinností je zajišťování a plánování komplexní oš.péče za pomoci dalších spolupracovníků v týmu
- Pacient svou “primární sestru” zná

SYSTEM PRIMÁRNÍCH SESTER: II.

- Primární sestra o pacienta pečuje po celou dobu hospitalizace
- Po přijetí zakládá oš.dokumentaci a je odpovědná za její vedení
- Oš.péči ve spolupráci s pacientem plánuje a zajišťuje
- Spolupracuje s pacientem a rodinou, připravuje je na jeho propuštění, informuje terénní sestru
- 1 primární sestra má více pacientů
- Sleduje změny ve stavu svěřených pacientů, jejím plánem péče se řídí tzv. zástupné-sekundární sestry
- Primární sestry „prezentuje své pacienty na poradách oš.týmu
- System vyžaduje odpovědné a kvalitní předávání informací

1. Fáze ošetrovatelského procesu





Zdroje informací

- Pacient sám
- Jeho rodina
- Členové zdravotnického týmu
- Zdravotnická dokumentace
- Další osoby: spolupacienti, sousedé, ...

METODY ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ



■ ROZHOVOREM



■ POZOROVÁNÍM



■ VYŠETŘENÍM

POZOROVÁNÍ

- MUSÍ BÝT SYSTEMATICKÉ
- NENÁPADNÉ
- OBJEKTIVNÍ (nevnášet osobní postoje, sympatie a antipatie)
- **VÝSLEDKY** IHNED ZAZNAMENAT





NA CO SE ZAMĚŘIT

- CELKOVÝ STAV
- CHOVÁNÍ, STAV VĚDOMÍ
- SOBĚSTAČNOST
- FUNKCE SMYSLOVÝCH ORGÁNŮ
- OBJEKTIVNÍ PŘÍZNAKY
- REAKCE NA TERAPII
- PROSTŘEDÍ PACIENTA



ROZHOVOR



DIAGNOSTICKÝ

- Zjišťuje anamnestické údaje, odhaluje specifika zdravotních problémů, posuzuje schopnosti pacienta

TERAPEUTICKÝ

- Je veden s cílem pomoci pacientovi při řešení pro něj náročných situací, ovlivňuje jeho prožitky (povzbuzuje, uklidňuje,...)
- Je veden s ochotou naslouchat druhému, projevit empatii a pochopení

ZÁSADY PRO VEDENÍ ROZHOVORU

- **Rozhovor prochází fází:** přípravy, úvodu, pracovní a závěrem
- Vždy se představit, zvolit vhodnou vzdálenost od nemocného, domluvit se na oslovení, informovat o účelu a délce trvání, zajistit vhodnou polohu pacientovi
- Sestra musí vnímat: co pacient říká, co sama vidí, jak se pacient cítí
- **V závěru:** provést reflexi toho, co se dozvíme, vyzvat pacienta k doplnění, opravení získaných informací, dát prostor na dotazy,...

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

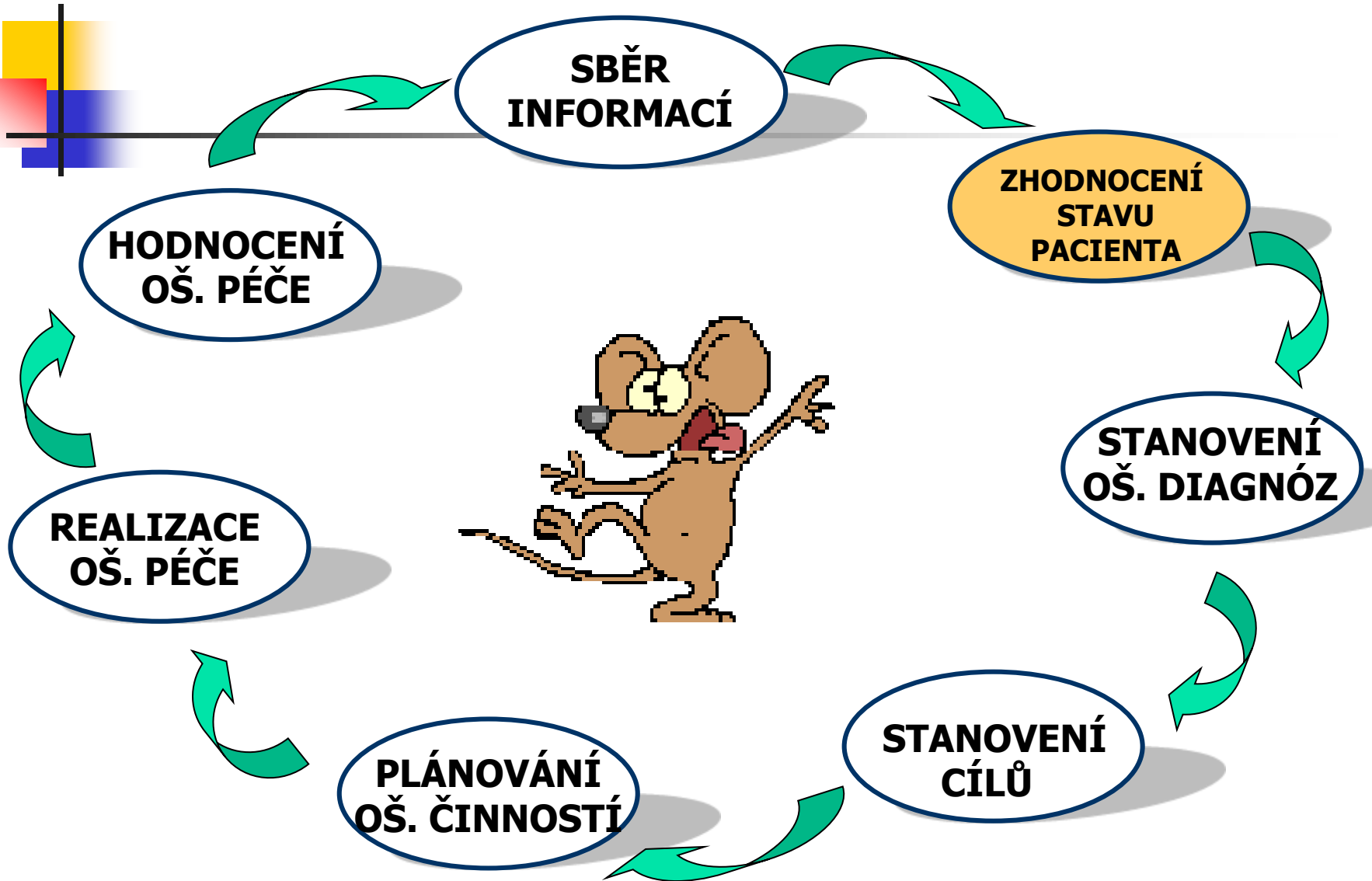
- Mělo by probíhat v soukromí, v klidné místnosti, za využití běžných pomůcek
- Sledujeme všechny parametry požadované používanou dokumentací
- Vše přímo zapisujeme do dokumentace!



TERAPEUTICKÉ / KOMPENZAČNÍ POMŮCKY		ALERGIE (červeně)
katétry/kanyly: <input type="checkbox"/> periferní i.v. <input type="checkbox"/> centrální <input type="checkbox"/> arteriální <input type="checkbox"/> močový katétr dat. zavedení: _____ dat. posl. katetrizace: _____ drenáž: <input type="checkbox"/> tracheostomická kanyla		
sondy/stomie: <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> NJ <input type="checkbox"/> gastrostomie <input type="checkbox"/> nefrostomie <input type="checkbox"/> kolostomie		
pomůcky: <input type="checkbox"/> kardiostimulátor <input type="checkbox"/> hůl/berle <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> sluch. aparát <input type="checkbox"/> končetinová protéza:		
		<input type="checkbox"/> inz. pero <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní <input type="checkbox"/> kont. čočky <input type="checkbox"/> inz. pumpa
1. POHYBLIVOST, SOBĚSTAČNOST		8. SPÁNEK
Barthelův test všedních činností 0-40 bodů vysoce závislý 45-90 závislost středního stupně 95-99 lehká závislost 100 nezávislý		cítí se odpočínutý po spánku: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne problémy: <input type="checkbox"/> nemůže usnout <input type="checkbox"/> často se v noci budí <input type="checkbox"/> brzy vzhůru, kdy: _____ <input type="checkbox"/> musí na toaletu
		9. VÍRA / ETNIKUM
Kategorie*: Pády v anamnéze v posl. 6 měsících: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano		víra (příkladá-li jí pac. význam): etnikum: <input type="checkbox"/> Vietnamci <input type="checkbox"/> Ukrajinci jiné: _____
2. KOGNITIVNÍ FUNKCE, KOMUNIKACE		10. SOCIÁLNÍ PODMÍNKY
vědomí: <input type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> zhoršené orientace: <input type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> zmatený komunikace: <input type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> zhoršená kontakt: <input type="checkbox"/> odezírá <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> afatický slovník		bydlí doma sám: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne s kým: kdo se bude o ni/něho starat po propuštění: _____
3. VÝŽIVA		11. PLÁNOVANÉ PROPUŠTĚNÍ
dietní omezení: <input type="checkbox"/> nauzea <input type="checkbox"/> vomitus <input type="checkbox"/> dysfagie		předpokládá se edukace <input type="checkbox"/> pacienta <input type="checkbox"/> rodiny v: <input type="checkbox"/> aplikaci inzulínu <input type="checkbox"/> péči o stomii <input type="checkbox"/> náviku soběstačnosti <input type="checkbox"/> ošetřování / RHC <input type="checkbox"/> jiné: _____
4. VYLUČOVÁNÍ		12. CENNOSTI
dat. poslední stolice: stolice <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> neprav. jak často: užívá projímadla/jaká: _____		uloženy v trezoru FN <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (viz. doklad) Pacient / klient byl informován, že za cennosti, které neuloží do centrálního trezoru, personál neodpovídá. podpis pacienta: _____ datum: _____
5. DÝCHÁNÍ		podpis sestry (čitelně): _____
<input type="checkbox"/> bez potíží příčina zhoršeného dýchání: <input type="checkbox"/> námaha <input type="checkbox"/> kardiální <input type="checkbox"/> kašel <input type="checkbox"/> bolesti <input type="checkbox"/> kouření <input type="checkbox"/> astma - jaké užívá léky: jiné: _____		Pacient / klient byl seznámen s Právy pacientů. anamnézu odebrala sestra (čitelně): datum: _____
6. STAV KŮŽE		
<input type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> dekubitus <input type="checkbox"/> odřenina <input type="checkbox"/> hematom <input type="checkbox"/> bércový vřed <input type="checkbox"/> vyrážka - místo: _____		
• charakter rány: • převaz rány (čím): • dat. posl. převazu: _____		
7. BOLEST		
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> mírná <input type="checkbox"/> nepříjemná <input type="checkbox"/> intenzivní <input type="checkbox"/> krutá <input type="checkbox"/> nesnesitelná používá úlevovou polohu: používá zmírňující prostředky: _____		

* viz. škála na druhé straně formuláře

2. Fáze ošetrovatelského procesu



Zhodnocení celkového stavu pacienta

- Identifikační údaje
- Lékařská diagnóza
- Sepsání ošetřovatelské anamnézy**
- Získání informací o biologických, psychických, sociálních a duchovních potřebách, ale i aktuálních problémech pacienta
- Při získávání informací lze vycházet z různých oš.**modelů**, např.
Hendersonové, Roperové, Gordonové a dalších
- Komplexní vyhodnocení současného stavu pacienta

WinMedical - Nemocnice Medical s.r.o.

Hlavní panel

Vybráno: 27.10.2016 12:43

Typ a specifikace události: Sesterský dekuz

000 Sesterský dekuz

Provedeno | vyřazeno | aktuální diagnózy | zřizované diagnózy | závěrečné diagnózy | předdelované testy | ostatní | historie dokumentů

Stručná dokumentace: nezapočato rozepsáno dokončeno uzavřeno

Prováděcí: 00 Nová klinika test

Pracoviště: 0002 Receptce

Místo/úřad: Správce KIS Správo

Dekuz: Ošetrovatelká inerméto | Nutiční screening | Riziko pádu | Riziko dekubitů | Hodnocení bolesti | Barthelův (ADL) test | Změny na kůži / dekubity | Invazivní přístupy | Výkony

ALERGIE

bez alergie pacient je alergický

negat

Zapřal: Správce Správce KIS

zkontrolováno

CAVE

Zapřal:

KOGNITIVNÍ FUNKCE

Vědomí plně při vědomí zhoršené

Orientace nom. zmatený

Komunikace nom. polže

inaktivní nesrozumitelné

Kontakt nom. polže

Spolupracuje ano částečně ne

DÝCHÁNÍ

bez potíží potíže

VYPRAZDŮVÁNÍ

Močení bez potíží polže

reference

Stolice bez potíží polže

PSYCHICKÝ STAV

z čeho

Strach ne ano

Úzkost ne ano

Vštek ne ano

Deprese ne ano

Demence ne ano

BOLEST

bez bolesti N/A/S

1. Volná lékářská bolest

VÝŽIVA

bez problémů Nutiční screening

4 - 8 Edukace nutriční terapií

Hmot. Výška BMI

80 180 25 normální váha

Výživa: pasterilovaná antiseptická

SOBĚSTAČNOST

plně soběstačný Barthelův test

100 Nezávislý

RIZIKO PÁDU

bez rizika Hodnocení rizika pádu

5 - 12 Sférické riziko

RIZIKO DEKUBITŮ

bez rizika Hodnocení rizika dekubitů

26 a více: Bez rizika vzniku dekubitů

KŮŽE

nom. změny na kůži

INVAZIVNÍ PŘÍSTUPY

ne ano

POMŮCKY

ne ano

hardwarová, inzulinová pumpa

NÁVYKOVÉ LÁTKY

ne ano neochotně

kouření 20 ks/den

alkohol ks/den

drogy ks/den

SPÁNEK

bez potíží polže

Často se budí v noci

Hypnolika ne

EDUKACE

Pacient: Potřeba edukace ne ano

Edukace pacienta v oblasti:

Schopnost edukace: pacient ano ne

Rodina: Potřeba edukace ne ano

Edukace rodiny v oblasti:

Schopnost edukace: rodina ano ne

SOCIÁLNÍ PODMÍNKY

Byl v nýkyn ano ne

Kontakt s rodinou ano ne

Kdo se bude starat o pacienta po propuštění:

manžel

VÍRA

ne ano

Náboženství:

Potřeba duchovních služeb ne ano

PLÁNOVANÉ PROPUSTĚNÍ

Pacient: Potřeba edukace ne ano

Edukace pacienta v oblasti:

aplikace léků

Schopnost edukace: pacient ano ne

Rodina: Potřeba edukace ne ano

Edukace rodiny v oblasti:

Schopnost edukace: rodina ano ne

Vyžaduje násl. péči ne ano

Anna RODICKÁ
78 52 10 / 1246 111
Žena 38 let 10.2.1978
Akg negat
Cave

Čet (KZ) 0 / 90
Hosp. REC 1.4. - 941. den
Lůžk. st. rekuz 1.4. - 941. den
Lůžko
Přílce hosp. 939 Hosp. dp. A800
Kaderná ročník/KA
Kaderná ročník/KA
325 00 kont. Ploš 25
Tel. kont. telefon 1. 456709123
Email:

Výhled číslo: nepřizneno

Výzvat do M10 Výzvat do 20

Isk Generoval

Ulož Ulož a zavři Zruš

Uživatel: MUDr. Pavel Lelák Pracoviště: 0002 Receptce novinky nápověda (F1)

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE – I.



- Slouží jako zdroj informací
- Zajišťuje kontinuitu ošetrovatelské péče
- Umožní předávání informací
- Je důležitá pro kontrolu kvality prováděné ošetrovatelské péče
- Poskytuje spolehlivé údaje, které mohou být využity pro oš.výzkum
- Je důležitá z hlediska forenzního
- Jejím účelem není prodlužování času věnovaného administrativě!



OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE – II.

Ošetřovatelská dokumentace musí:

- Vyhovovat potřebám oddělení
- Být jednoduchá
- Být dobře přístupná
- Sloužit jako zdroj informací všem, kteří a pacienta pečují



OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE – III.

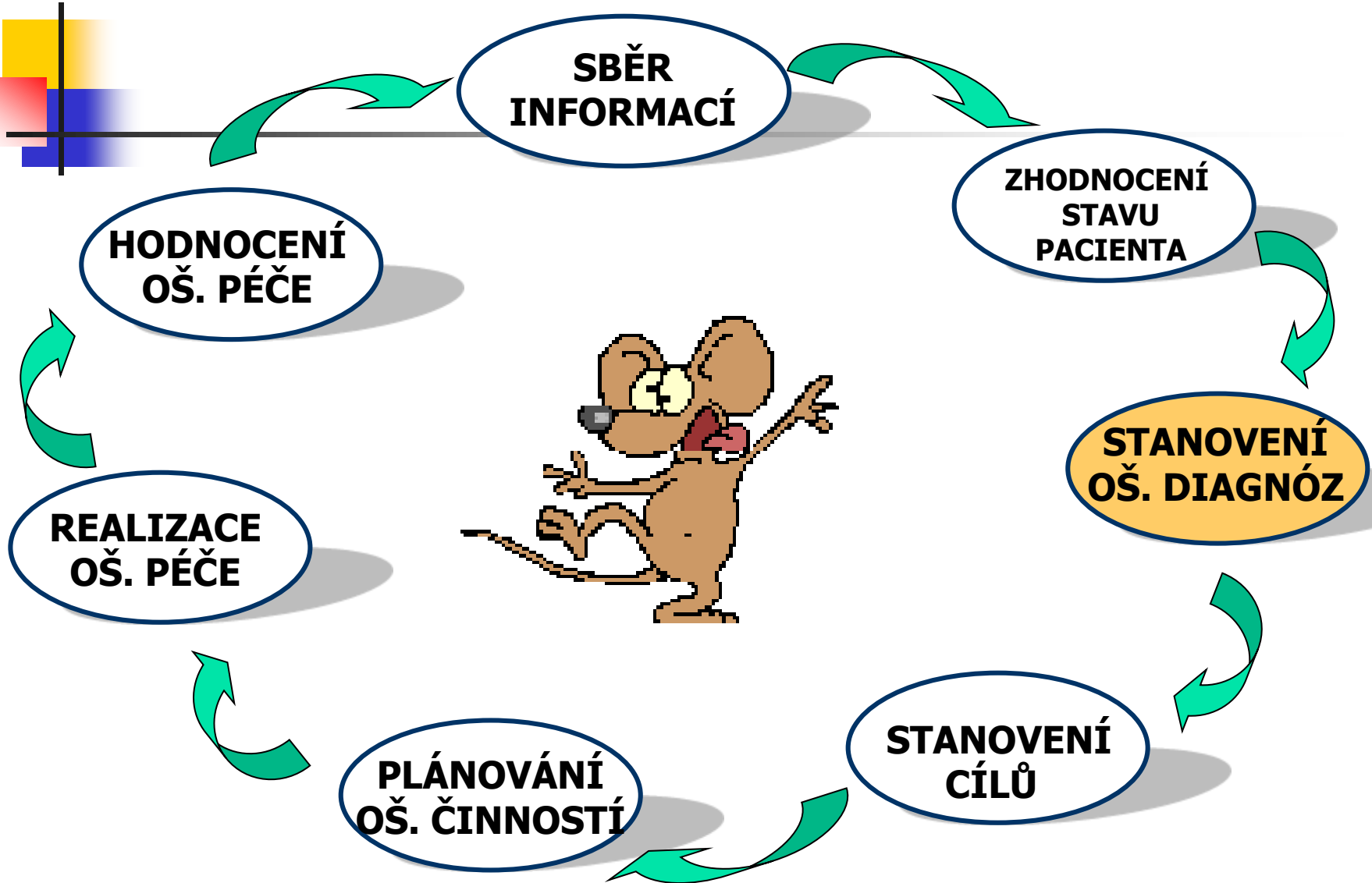
Ošetrovatelská dokumentace obsahuje:

- Vstupní oš.záznam (anamnézu)
- Plán ošetrovatelské péče
- Záznam o vývoji stavu pacienta, o průběhu jeho ošetřování
- Výstupní oš.záznam (překladová nebo propouštěcí zpráva,...)

Ošetřovatelský problém	Ošetřovatelský cíl	Ošetřovatelské intervence	Datum					
			29	30	31	1	2	
6) Vyprazdňování	<input checked="" type="checkbox"/> včasné odhalení změn ve vyprazdňování stolice	sledování a záznam bilance tekutin	X	X				
	<input type="checkbox"/> nácvik spontánního močení	sledování konzistence, barvy a příměsí stolice zajištění soukromí při vyprazdňování péče o hygienu genitálií	F	F				
7) Riziko infekce	<i>PHK - minimalizovat riziko riziku inf</i>	<i>sledovat průchodnost PHK</i>	X	X				
	<input checked="" type="checkbox"/> včasné odhalení komplikací	péče o invazivní vstupy dle příslušného SOP kontrola polohy a průchodnosti PMK kontrola vzhledu a množství moči kontrola okolí invazivního vstupu kontrola rány	X	X				
8) Kůže	<input type="checkbox"/> nedojde k porušení integrity	preventivní opatření dle MN č. 1/2008 provádění pasivního cvičení aktivní cvičení pacienta						
	<i>minimalizovat riziko riziku dekub</i>	zvýšená péče/kontrola predilekčních míst polohování, mikropolohování (<i>arbutok waleru</i>) péče o defekt, viz formulář péče o ránu supervize sestry specialistky/NT	X	X				
<input type="checkbox"/> dekubitus			X	X				
9) Soběstačnost	<input checked="" type="checkbox"/> zjištění stupně soběstačnosti	celková koupel na lůžku	F	X				
	<input type="checkbox"/> nácvik soběstačnosti v jednotlivých oblastech	celková koupel v koupelně na vozíku asistence při hygienické péči nácvik péče o dutinu ústní asistence při jídle a pití/krájení, mazání nácvik úchopu pomůcek / hmků, příboru nácvik vyprazdňování pac. na pojízdném WC asistence při oblékání nácvik změny polohy v lůžka nácvik sedu s DK z lůžka/v křesle nácvik stoje bazální stimulace						
Týdenní přehodnocení plánu:			Podpis a razítko sestry	<i>Škvrna</i>				

Podpis a razítko sestry:

3.Fáze ošetrovatelského procesu





Ošetrovatelská diagnóza

- Je závěr provedený sestrou na základě sběru informací
- Zahrnuje pouze ty oblasti, které je sestra schopna a kompetentní ovlivnit
- Je formulací potřeb pacienta, které jsou narušeny onemocněním, nebo vyvolány poruchou zdraví
- Je aktuální x potenciální

ROZDÍLNOST OŠ.DG. A DG.LÉKAŘE

- Popisuje problém související s onemocněním
- Orientuje se na jedince
- Mění se se změnami zdrav.stavu
- Provází ji nezávislé oš.aktivity
- Má mezinárodně přijatý systém (NANDA)
- Popisuje specifický chorobný proces
- Orientuje se na patofyziologii nemoci
- Je stejná po celou dobu nemoci
- Je provázena lékařskými ordinacemi
- Má dobře fungující klasifikační systém

SPRÁVNĚ FORMULOVANÁ OŠ.DG.



OBSAHUJE:

- PACIENTŮV PROBLÉM (P)
- PŘÍČINU (E)tiologie
- PROJEVY (S)ymptomatologie



Diagnostické domény

Dle NANDA systému rozlišujeme těchto **13 diagnostických domén**:

1. *Podpora zdraví* (**třída:** management zdraví)
2. *Výživa* (**třída:** přijímání potravy, hydratace)
3. *Vylučování a výměna* (**třída:** vyprazdňování moči, gastrointestinální funkce, respirační funkce)
4. *Aktivita, odpočinek* (**třída:** spánek - odpočinek, aktivita – pohyb, energetická rovnováha, srdeční – plicní odezva, sebeděče)
5. *Vnímání/poznávání* (**třída:** pozornost, orientace, čítí – vnímání, poznávání, komunikace)
6. *Vnímání sebe sama* (**třída:** sebepojetí, sebeúcta, obraz těla)
7. *Vztahy* (**třída:** role pečovatele, rodinné vztahy, vykonávání rolí)
8. *Sexualita* (**třída:** sexuální funkce)
9. *Zvládání zátěže, odolnost vůči stresu* (**třída:** post-traumatická odezva, reakce na zvládání zátěže, neurobehaviorální stres)
10. *Životní princip* (**třída:** přesvědčení, soulad hodnot/přesvědčení a činů)
11. *Bezpečnost/ochrana* (**třída:** infekce, tělesné poškození, násilí, rizika prostředí, obranné procesy, termoregulace)
12. *Komfort* (**třída:** tělesný komfort, sociální komfort)
13. *Růst, vývoj* (**třída:** růst, vývoj)



Diagnózy v doméně Podpora zdraví (1)

00078 Neefektivní léčebný režim

00099 Neefektivní podpora zdraví

00080 Neefektivní léčebný režim rodiny

00081 Neefektivní léčebný režim komunity

00082 Efektivní léčebný režim

00162 Ochota ke zlepšení léčebného režimu

00084 Hledání zdravého životního stylu

00163 Ochota ke zlepšení výživy



Příklad oš.dg. dle NANDA

→ *Číselný kód a název ošetrovatelské diagnózy:*

00136 Truchlení

→ *Definice:*

Normální složitý proces, který obsahuje emoční, fyzické, spirituální, sociální a intelektuální reakce a chování, jímž jedinci, rodiny a komunity začleňují aktuální, očekávanou a/nebo vnímanou ztrátu do svého každodenního života.

→ *Určující znaky:*

pozměněná aktivita, změny ve spánku, zhoršená imunita, hněv, obviňování, zoufalství, odstup, hledání významu ve ztrátě, pocit viny pramenící z pocitu úlevy, udržování kontaktu se zesnulým, bolest, panické chování, osobní růst

→ *Důvod a projev:*

Truchlení z důvodu ztráty blízké osoby, projevující se sebeobviňováním a plačtivostí.

Cíl:

- podpořit proces truchlení
- edukovat o procesu truchlení

Priorita:

- střední

Výsledná kritéria:

- pacient se nebojí na nás obrátit kvůli psychické podpoře
- pacient si prochází procesem truchlení

Intervence:

- empaticky přistupovat k truchlícímu
- zjistit příčinu truchlení
- edukovat pacienta o procesu truchlení
- podpořit proces truchlení
- sledovat případné patologie v procesu truchlení
- hlásit patologické truchlení lékařům



PŘÍKLADY OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

- Porucha celistvosti kůže z důvodu imobility
- Nespavost v souvislosti se změnou prostředí
- Pocity beznaděje z důvodu zhoršení zdravotního stavu
- Nedostatek informací souvisejících s chorobou (léč.režimem)
- Sociální izolace v důsledku zhoršené komunikace způsobené poruchou sluchu
- Potenciální riziko infekce močových cest při permanentní katetrizaci moč.měchýře



ZNAKY OŠ.DIAGNÓZY

- **Individuální orientace**, připojením příčiny a místa se stává individuální pro daného jedince
- **Měnlivost**, lék.dg. se obvykle nemění, ošetrovatelská se mění se změnou stavu a tím i potřeb jedince
- **Mnohočetnost**, k jedné lékařské diagnóze se obvykle váže více ošetrovatelských



Dělení oš. Diagnóz - I

Podle délky trvání:

- Intermitentní
- Chronické
- Aktuální
- Potenciální

Podle etiologie:

- Zdravotní
- Psychologické
- sociální



Dělení oš. diagnóz - II

- Aktuální – momentální dysfunkce
- Potenciální – ohrožení vznikem problému (riziko)
- Edukační – není prokazatelná dysfunkce, slouží k podpoře zdraví, zlepšení stavu, podporuje pozitivní vzorce chování



ETIKA DIAGNOSTIKY

Lidská práva, práva pacientů, práva hospitalizovaných dětí, práva psychiatrických pacientů, těhotných, nenarozených dětí,...

kodex sestry

- **Pravidlo č.1:** zájem nemocného je nejvyšším zákonem
- **Pravidlo č.2:** především neškodit
- **Pravidlo č.3:** přiměřená diagnostika, nezatěžování zbytečným vyšetřením (typické pro lékaře)
- **Pravidlo č.4:** realizace možného, ne vždy lze použít vše dostupné (náklady!)
- **Pravidlo č.5:** využití techniky odlidšťuje a na pacienta působí nepříjemně. Přiměřenost je diskutabilní, řada pacientů se s ní naopak cítí bezpečněji, dodává jim pocit přesnosti a jistoty.
- **Pravidlo č.6:** sdělování pravdy se řídí pravidlem jednotlivých situací = individuální přístup! Kompetence!

CHYBY VE FORMULACI OŠ.DIAGNÓZY



- Neznalost terminologie
- Záměna s lékařskou diagnózou
- Záměna s intervencí (nelze formulovat jako „nutná péče o kolostomii, denně cvičit, ...“)
- Vyhýbat se právnickým formulacím (bezmocnost v souvislosti s tím, že se dcera odmítá o otce postarat)
- Neuvádět jev, který není přímo patologií nebo duševní poruchou (cucání palce, šišlání,...)



Doc. Marečková ...

TŘI VARIANTY OŠETŘOVATELSKÝCH PROBLÉMŮ

I. edukační problém

- potřeba je člověkem **naplňována ve prospěch jeho zdraví kvalitně**, ale edukací se to může zlepšit.

- jsou přítomny oš. dg. „ke zlepšení zdraví“, např. Ochota ke zlepšení výživy-00163, Efektivní kojení-00106

II. potenciální problém

- potřeba je člověkem **naplňována s výraznými chybami, HROZÍ**, že ji brzy bude naplňovat **dysfunkčně**.

- jsou přítomny „potenciální oš. dg.“, např. Riziko nadměrné výživy-00003, Riziko pádů-00155

Pokud nalezneme u člověka **rizikové faktory (RF)** v chování při **naplňování potřeby** - znamená to, že je **potenciální oš. dg. přítomna (ne že teprve může nastat!)**.

III. aktuální problém

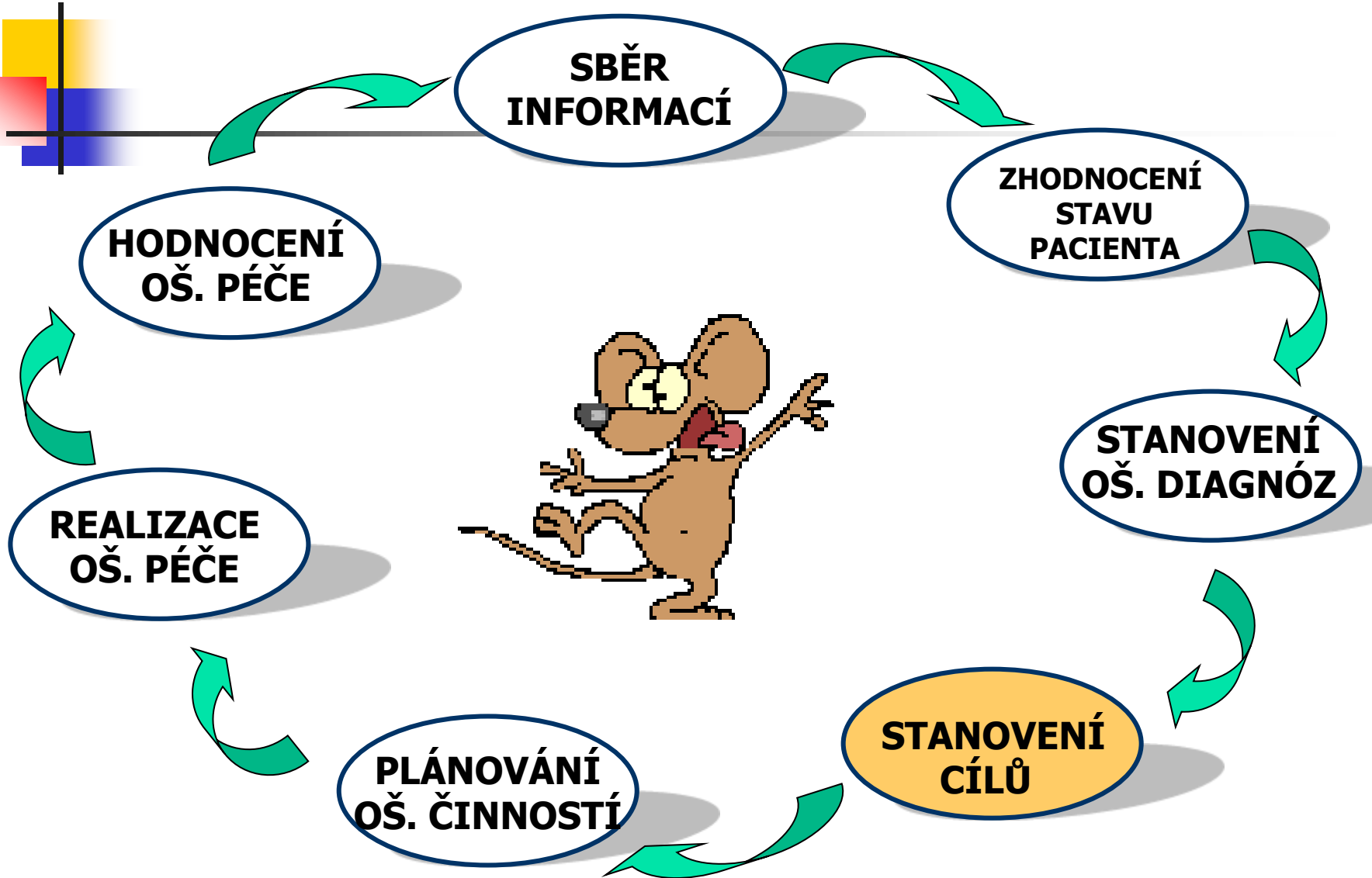
- potřeba není člověkem **naplňována funkčně - je naplňována dysfunkčně**. Je přítomna aktuální oš. dg.

- jsou přítomny „aktuální oš. dg.“. Např. Nadměrná výživa-00001, Poškozená ústní sliznice-00045

Názvy ošetřovatelských diagnóz s číselnými kódy (a jejich diagnostické prvky: UZ, SF, RF) nabízí diagnostický systém NANDA – Int.

U člověka se v dané chvíli každá lidská potřeba (například „potřeba přijímat potravu“) vyskytuje **pouze v jedné z výše uvedených variant**.

3.Fáze ošetrovatelského procesu





CÍL oš.péče

Je určením očekávaného výsledku, tedy vyřešení nebo zlepšení problému vymezeného v ošetřovatelské diagnóze.

Formulace cíle se skládá:

- ze subjektu (pacient nebo FF, kůže, psychický stav,...
- z kritérií (jakost, množství, kvalita)
- z podmínek, okolností, za kterých se dá cíle dosáhnout

Dělení cílů: dlouhodobé, krátkodobé,

DLOUHODOBÉ CÍLE

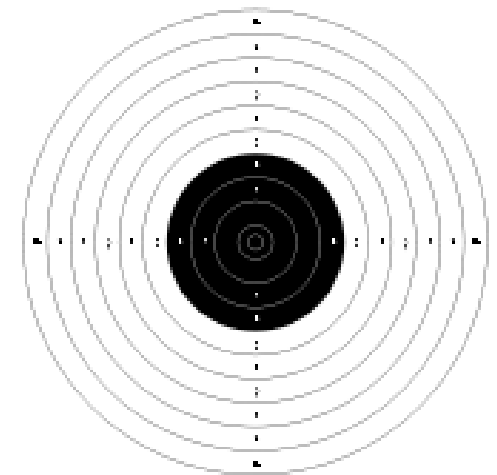
Dosahují se po delším čase, dělí se na cíle zaměřené na průběh choroby a cíle vymezené jako dlouhodobá prevence vzniku akutního problému.

Musí být reálné, v souladu s možnostmi, které má k dispozici nemocný (vědomí, schopnosti) a reálné v čase (nelze např. zvýšit TH o 3 kg za 1 týden).



KRÁTKODOBÉ CÍLE

- Lze jich **dosáhnout v průběhu několika hodin nebo dnů,**
- obvykle se týkají akutního problému, bývají přesně termínované.



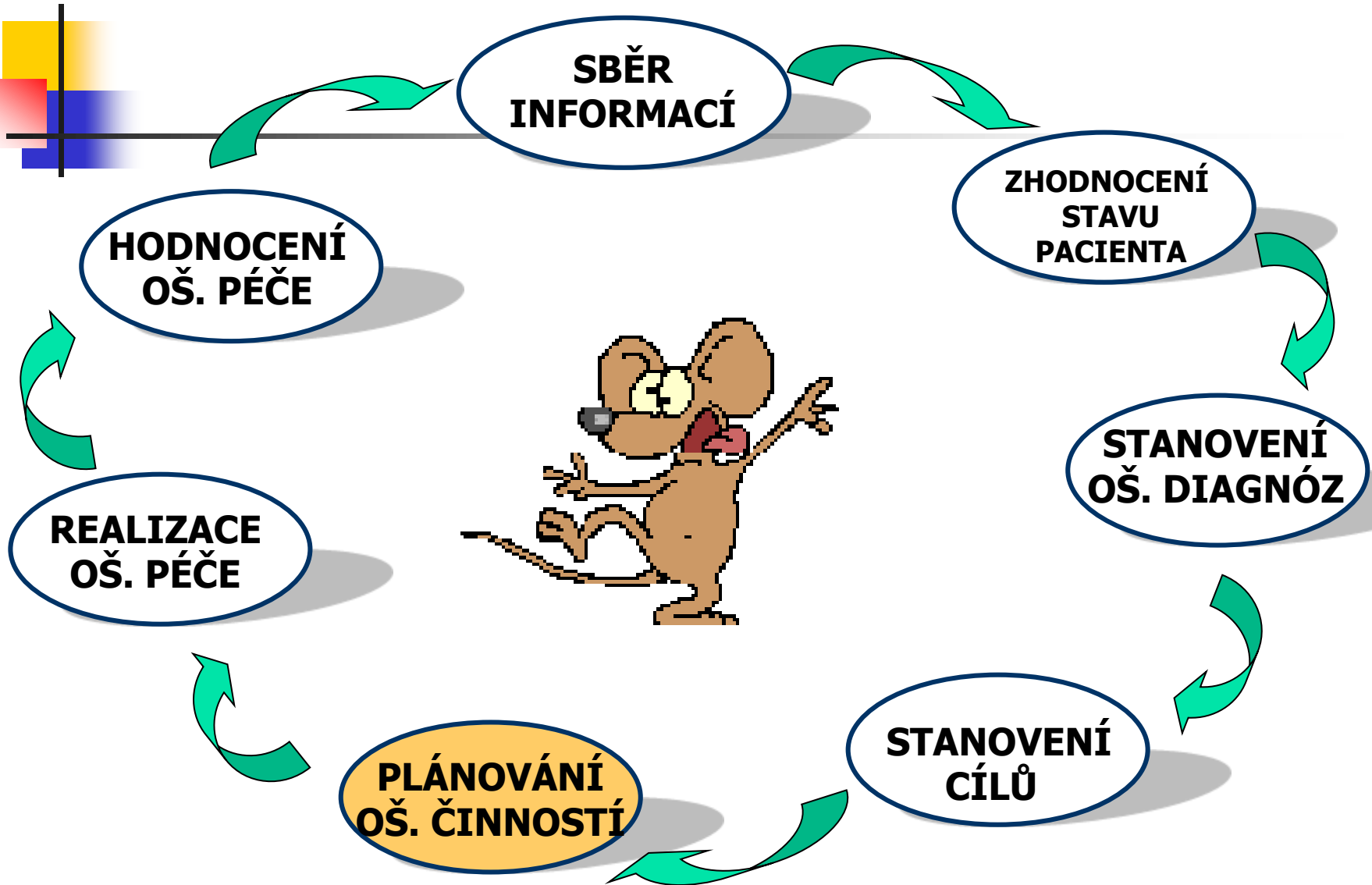
Ošetřovatelský problém	Ošetřovatelský cíl	Ošetřovatelské intervence	Datum				
6) Vyprazdňování	<input checked="" type="checkbox"/> včasné odhalení změn ve vyprazdňování stolice	sledování a záznam bilance tekutin	29	29			
	<input type="checkbox"/> nácvik spontánního močení	sledování konzistence, barvy a příměsí stolice zajištění soukromí při vyprazdňování péče o hygienu genitálií	X	X			
7) Riziko infekce	<i>AKK - minimální riziko vzniku inf</i>	<i>sledovat průchodnost AKK</i>	X	X			
	<input checked="" type="checkbox"/> včasné odhalení komplikací	péče o invazivní vstupy dle příslušného SOP	X	X			
	<input checked="" type="checkbox"/> PMK <input checked="" type="checkbox"/> EDK	kontrola polohy a průchodnosti PMK	X	X			
	<input checked="" type="checkbox"/> CŽK <input type="checkbox"/> PEG	kontrola vzhledu a množství moči	X	X			
	<input checked="" type="checkbox"/> ART <input type="checkbox"/> op.rána	kontrola okolí invazivního vstupu	X	X			
<input type="checkbox"/> TSK	kontrola rány						
<input type="checkbox"/> PŽK							
8) Kůže	<input type="checkbox"/> nedojde k porušení integrity	preventivní opatření dle MN č. 1/2008 provádění pasivního cvičení aktivní cvičení pacienta					
	<i>minimální riziko vzniku dekub</i>	zvýšená péče/kontrola predilekčních míst polohování, mikropolohování (<i>antidekub. matrace</i>)	X	X			
<input type="checkbox"/> dekubit		péče o defekt, viz formulář péče o ránu supervize sestry specialistiky/NT	X	X			
9) Soběstačnost	<input checked="" type="checkbox"/> zjištění stupně soběstačnosti	celková koupel na lůžku		X			
	<input type="checkbox"/> nácvik soběstačnosti v jednotlivých oblastech	celková koupel v koupelně na vozíku asistence při hygienické péči nácvik péče o dutinu ústní asistence při jídle a pití/krájení, mazání nácvik úchopu pomůcek / hrnku, příboru nácvik vyprazdňování pac. na pojízdném WC asistence při oblékání nácvik změny polohy v lůžka nácvik sedu s DK z lůžka/v křesle nácvik stoje bazální stimulace					
Týdenní přehodnocení plánu:			Podpis a razítko sestry:	<i>Štefánková</i>			

Podpis a razítko sestry:

Podpis a razítko sestry:

Štefánková

3. Fáze ošetrovatelského procesu



PLÁNOVÁNÍ OŠ. PÉČE ZAHRNUJE



- Stanovení **priorit** v řešení problémů
- Stanovení očekávaných **výsledků** oš.péče
- Stanovení oš.činností (**intervencí**), kterými lze očekávaných výsledků dosáhnout
- **Zápis** do oš.dokumentace



OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY (CÍLE) OŠ.PÉČE -formulace

- Používáme slovesa vyjadřující, čeho pacient dosáhne (řekne, vyjmenuje, bude provádět, změna fce, ...)
- Musí být realistické, pro pacienta uskutečnitelné
- Musí být měřitelné (pacient bude uvádět, pacient vyjmenuje, pacient vypije, bude spát x-hodin denně, TT se sníží na...)

PLÁN OŠ.ČINNOSTÍ - INTERVENCÍ

- Je návodem pro činnosti všech členů oš. týmu
- Bere v úvahu individualitu jedince – pacienta, jeho schopnosti a omezení
- Je průvodcem péče o pacienta
- Je orientován na sestru
- Jasně stanovuje **KDO-CO-KDY-JAK**



REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU

datum																				
ošetřovatelská péče	stop	R	O	N	R	O	N	R	O	N	R	O	N	R	O	N	R	O	N	
celková koupel - ranni																				
večerní																				
dopomoc při hyg. - ranni																				
večerní																				
hygienu dutiny ústní																				
mytí vlasů																				
stříhání nehtů																				
masáž zad																				
holení tváře																				
krmení																				
oblékání																				
permanentní cévka																				
zavedení kanyly																				
převaz kanyly																				



HLÁŠENÍ SESTER

dat./čas	oš. kat.	ranní služba	čas	odpolední služba	čas	noční služba
4/1	2	Nutit pít, nemá chuť! Od rodiny vyžádat osobní potřeby, přeje si rádio. J.K.	18,30	Rodina se nedostavila, pouze telefonovala, potřeby přinesou zítra. 2. P vypil 700 ml minerálky, čaj odmítá. 3. Hypnotika odmítá. S.T.	5,30	3. Nemohl usnout, podán Stilnox, spal 4 hodiny 2. Stále nutný dohled nad pitím, odmítá. A.H.



Příklad vzoru pro zpracování

Aktivita - odpočinek/spánek - odpočinek/porušený spánek - 00095

Definice

Časem omezená porucha délky a kvality spánku (přirozeného, periodického a dočasného přerušení vědomí).



Očekávané výsledky - cíle

- pacient slovně vyjadřuje pochopení poruchy spánku
- pacient přizpůsobil životní styl svému biologickému rytmu
- u pacienta došlo ke zlepšení spánku a odpočinku
- u pacienta došlo ke zlepšení pocitu celkové pohody a odpočatosti



Ošetrovatelské intervence

- posud' příčin a souvisejících faktorů
- posud' příčiny a související faktory poruchy spánku
- posud' souvislost poruchy se základním onemocněním
- v dětském věku zhodnot' harmonogram dne dítěte a návyky, které matka uplatňuje
- u dítěte s poruchou spánku sleduj citový vztah matky a dítěte
- enurézu zaznamenej a oznam lékaři, prováděj opatření k odstranění enurézy
- seznam se s posudkem psychologa
- zajímej se o traumatické příhody v životě pacienta, prostuduj si anamnestická data
- posud' konzumaci pacientem preferovaných nápojů (alkohol, káva)
- zjisti spánkové rituály pacienta
- pátrej po nedostatku informací, které pacient a jeho rodina potřebuje



prováděcí intervence

- **poskytni** pacientovi dostatek informací, brožur a letáků o poruchách spánku
- **pozoruj** pacienta při spánku, zaznamenávej okolnosti spánku (chrápání, zvuky)
- **dokumentuj** délku spánku
- **zajímej se** o subjektivní pocity a pacientovy stížnosti na spánek, průběžně je zaznamenávej
- **vyptávej se** na každou okolnost, která spánek ruší, a zaznamenej její výskyt
- **monitoruj** spánkové návyky, které se mění okolnostmi
- **sleduj** důsledky poruchy spánku (třes, neklid, změna hlasu...)
- **pomoz** pacientovi dosáhnout optimálního spánku zohledněním režimu dne
- **starej se** vždy o přípravu prostředí ke spánku
- **připrav** pacienta ke spánku z hlediska osobního pohodlí a fyzického komfortu
- **eliminuj** konzumaci nevhodné stravy a stimulačních nápojů před spánkem
- **omez** příjem tekutin u pacienta s nykturií
- **vyzkoušej** s pacientem faktory, které pomáhají zlepšit spánek (koupel, masáž...)
- **podávej** léky proti bolesti podle ordinace hodinu před plánovaným usnutím
- **sleduj** účinek léků, postarej se o informování pacienta z hlediska užívání léků
- **naplánuj a realizuj** s pacientem pravidelné rituály spánku, zejména při insomnii



posílení zdraví

- **seznam** pacienta s relaxačními metodami, zahrň relaxaci do režimu dne
- **pobízej** pacienta k tělesné aktivitě, cvičení
- seznam pacienta s vlivy prostředí na spánek, místnost ke spánku nelze zaměňovat s pracovní
- **eliminuj** s pacientem rušivé vlivy při spaní používáním osobních pomůcek (ochrana zraku, sluchu)
- **použij** biochronologický diagram k rozvrhu aktivit pacienta
- **umožni** pacientovi projít obdobím smutku, pokud utrpěl ztrátu
- **doporuč** konzultaci s psychologem
- **projednej** s lékařem vyšetření pacienta ve spánkové laboratoři



Realita praxe

Porucha spánku – nespavost

Cíle:

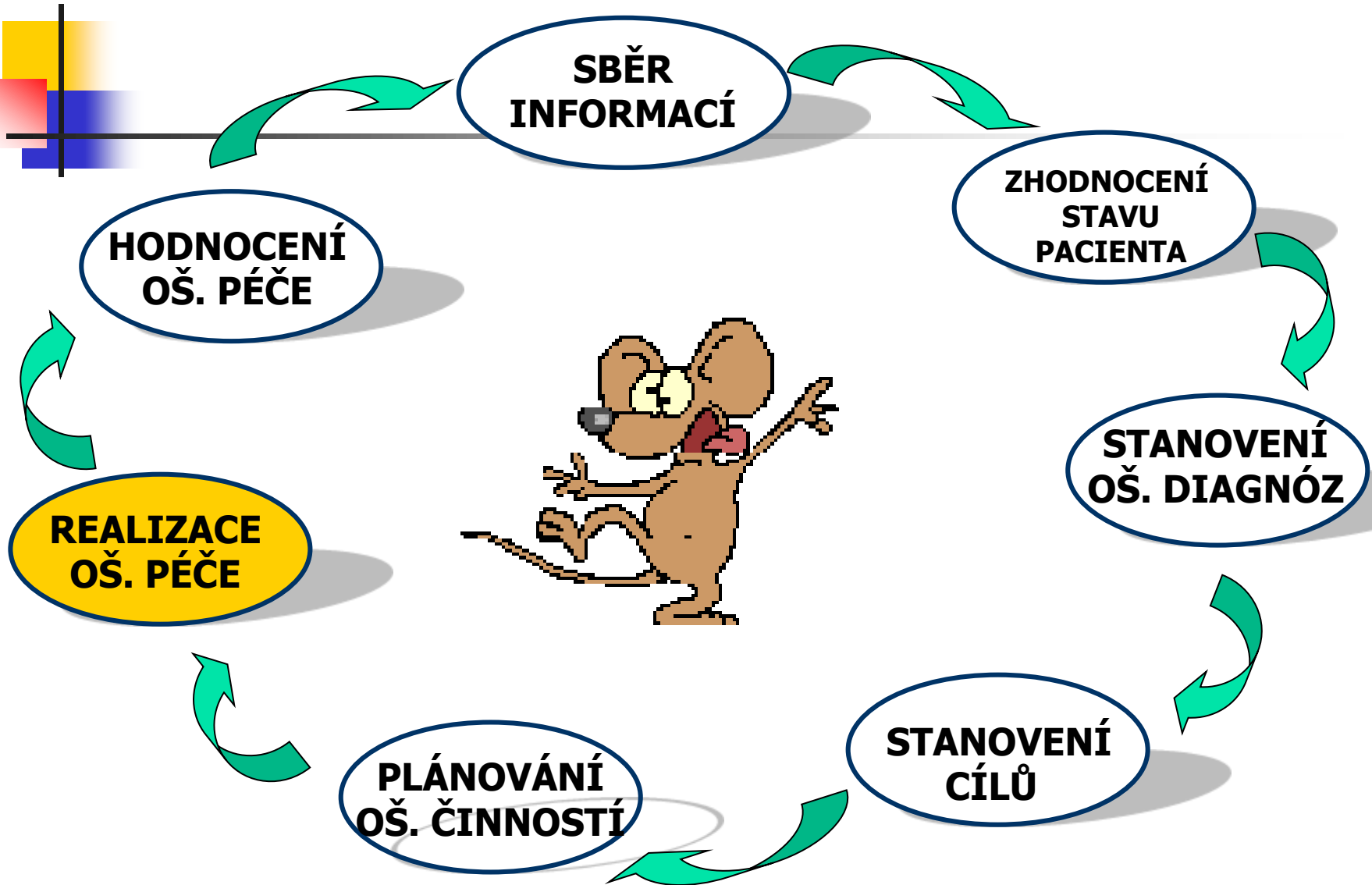
- Pac. spí alespoň 5 hodin denně
- Pac. nevykazuje známky únavy z nevyspání
- Pac. udává ráno pocit odpočatosti



Intervence (plán oš. činností)

- Dle domluvy s pac. realizuj večerní koupel
- Večer ve 21:00 důkladně vyvětrej pokoj
- Ve 21:00 ztlum osvětlení pokoje
- Podej medikaci dle dopor. lékaře – sleduj a zaznamenej účinek
- Sleduj délku a kvalitu spánku ®

3.Fáze ošetrovatelského procesu



PŘÍKLAD OŠ. DG.: bolest krku v souvislosti se zavedením ETK

CÍL:

pacient bude udávat
do 24 hodin
zmírnění bolesti v
krku



INTERVENCE:

- **Aplikovat** O₂ dle potřeby
- **Zvlhčovat** prostředí
- **Aplikovat** 3xdenně inhalace
- **Přikládat** studený obklad na krk á 4 hod.

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE *(při předání služby)*

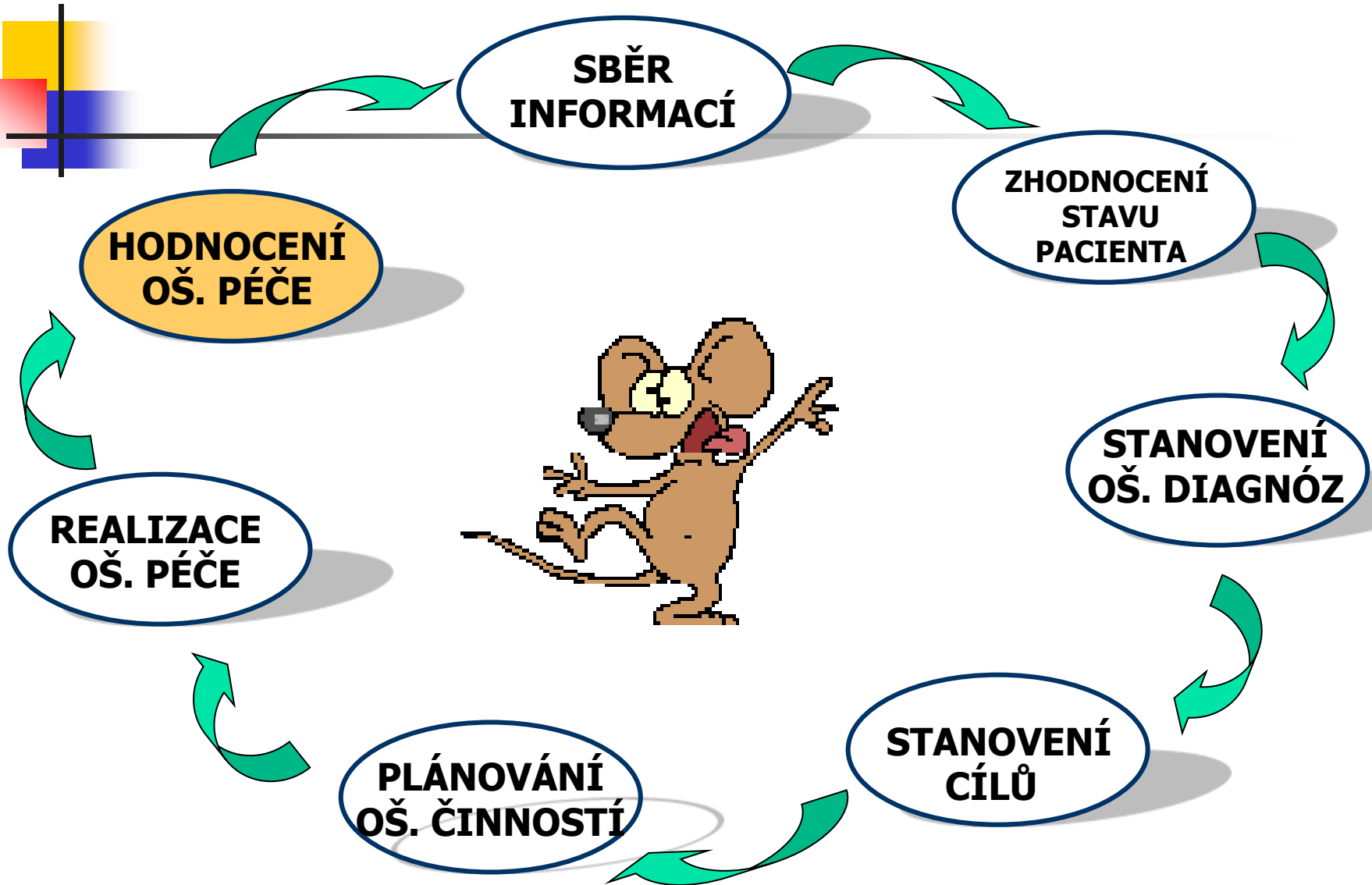
datum	zdravotnický pracovník	<i>Při předání každé služby hodnotíme u pacienta písemně aktuální ošetrovatelské problémy.</i>										
	DENNÍ SLUŽBA											<input type="checkbox"/> pacient polohován v souladu se SOP-UNZP-23 <input type="checkbox"/> provedena hygienická péče <input type="checkbox"/> riziko pádu <input type="checkbox"/>
	předal/a:											
	převzal/a:											
	ODPOLEDNÍ SLUŽBA											<input type="checkbox"/> pacient polohován v souladu se SOP-UNZP-23 <input type="checkbox"/>
	předal/a:											
	převzal/a:											
	NOČNÍ SLUŽBA											<input type="checkbox"/> pacient polohován v souladu se SOP-UNZP-23 <input type="checkbox"/>
	předal/a:											
	převzal/a:											
Záznam monitorace bolesti	hodina:											<input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická <i>intenzita hodnocena dle:</i> <input type="checkbox"/> NRS <input type="checkbox"/>
	intenzita: <i>(0 - žádná, 10 - nesnesitelná)</i>											
	lokalizace:											
	DENNÍ SLUŽBA											<input type="checkbox"/> pacient polohován v souladu se SOP-UNZP-23 <input type="checkbox"/> provedena hygienická péče <input type="checkbox"/> riziko pádu <input type="checkbox"/>
	předal/a:											
	převzal/a:											
	ODPOLEDNÍ SLUŽBA											<input type="checkbox"/> pacient polohován v souladu se SOP-UNZP-23 <input type="checkbox"/>
	předal/a:											
	převzal/a:											
	NOČNÍ SLUŽBA											<input type="checkbox"/> pacient polohován v souladu se SOP-UNZP-23 <input type="checkbox"/>
	předal/a:											
	převzal/a:											
Záznam monitorace bolesti	hodina:											<input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická <i>intenzita hodnocena dle:</i> <input type="checkbox"/> NRS <input type="checkbox"/>
	intenzita: <i>(0 - žádná, 10 - nesnesitelná)</i>											
	lokalizace:											

Po aplikaci léčivého přípravku zdravotnický pracovník kontroluje úlevu od bolesti:

- za 30 minut po parenterální aplikaci
- za 60 minut po enterální aplikaci

NRS = číselná škála

3.Fáze ošetrovatelského procesu





HODNOCENÍ

– EFEKTIVITY PÉČE

- Každodenní činnost
- Kontrola dosažených výsledků každé diagnózy a jejich srovnání s cíli
- Objektivní a subjektivní hodnocení aktuálního zdravotního stavu
- Následně hodnocení účinnosti poskytnuté péče, reakce P
- Přehodnocení diagnóz, cílů, plánu intervencí



Výsledek vyhodnocení

- Cíl byl dosažen/splněn částečně
- Cíl nebyl naplněn/dosažen
- Vznikl další/nový problém, jeho zařazení dle priorit do systému oš. diagnóz



Nesplnění/nedosažení cíle

- Problém stále existuje?
- Co bylo příčinou nesplnění cíle?
- Bylo něco přehlédnuto?
- Bylo něco špatně analyzováno
- Byl cíl reálný?
- Byly správně nastaveny intervence?
- Je jiná cesta jak cíle dosáhnout?

Přehodnocení, stanovení nové dg, cíle, intervencí,

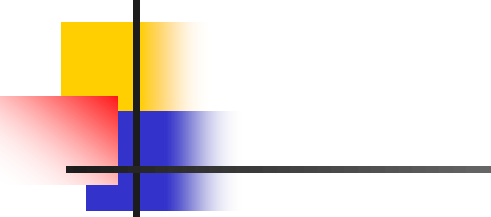


Výhody ošetřovatelského procesu

Metoda **je základem** pro poskytování individualizované a vstřícné ošetřovatelské péče. Mezi **její výhody** řadíme především to, že sestra zná lépe pacienta, což jí pomáhá snáze pochopit příčiny jeho chování.

Zajišťuje kontinuitu péče a vyžaduje konkrétní odpovědnost od každého člena ošetřovatelského týmu.

Metoda má také **pozitivní význam pro pacienta**, neboť aktivně zapojuje do péče nejen pacienta samotného, ale i jeho blízké



Zjednodušeně pro ZZ - fáze oš. procesu

1) Zhodnocení nemocného (Kdo je můj nemocný) = OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

První fáze oš. procesu zahrnuje:

- Shromáždění informací potřebných pro individualizovanou ošetrovatelskou péči
- zhodnocení potřebných informací

2) Stanovení ošetrovatelských problémů (Co mého nemocného trápí) = OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA

Druhá fáze zahrnuje:

- nalezení skutečných a očekávaných potřeb a problémů nemocného
- probírání problémů s nemocným, pokud je to možné
- vypracování pořadí jejich naléhavosti

3) Plánování ošetrovatelské péče („ Co pro něj mohu udělat“) = OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN A CÍL

- stanovení cílů ošetrovatelské péče
- vypracování vhodného plánu ošetrovatelské péče
- rozhovor s nemocným o tom, co pro něj pokládáme za nejvhodnější
- seznámení ostatních členů týmu s plánovanou péčí

4) Realizace ošetrovatelského plánu („vlastní ošetrování“) = REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU

- poskytnutí péče dle sestaveného ošetrovatelského plánu
- přizpůsobení péče podle momentálního vývoje stavu nemocného včetně neplánovaných událostí, které jej mohou ovlivnit

5) Zhodnocení efektu poskytnuté péče („ Pomohla jsem mu?“) = ZHODNOCENÍ EFEKTU OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU

- zhodnocení dosaženého zlepšení
- další úprava plánu, nebylo-li dosaženo předpokládaného cíle