

Obsah**1. PODPORA ZDRAVÍ**

NANDA - NONCOMPLIANCE (00079).....	7
NIC – Společné cíle systému (4410).....	7
NOC - Dodržování – behaviorální (1601).....	8

2. VÝŽIVA – příjem potravy

NANDA - NEVYVÁŽENÁ VÝŽIVA: MÉNĚ, NEŽ JE POTŘEBA ORGANIZMU (00002) 9	9
NANDA - OBEZITA (00232)	9
NANDA - NADVÁHA (00233)	10
NIC - Výživová opatření (1100)	11
NIC – Péče o sondu: gastrointestinální trakt (1874)	11
NIC - Podávání totální parenterální výživy (1200).....	12
NIC - Výživa enterální sondou (1056).....	12
NIC – Nutriční monitorování (1120)	13
NIC – výuka: předepsaná dieta (5614).....	14
NOC – Nutriční stav (1004).....	14
NOC – Nutriční stav: příjem jídla a tekutin (1008)	15

2. VÝŽIVA – metabolismus

NANDA - RIZIKO NESTABILNÍ HLADINY GLUKÓZY V KRVÍ (00179)	15
NIC – Zvládání hyperglykémie (2120)	15
NIC – Zvládání hypoglykémie (2130)	17
NOC – Hladina glukózy v krvi (2300).....	17

2. VÝŽIVA – hydratace

NANDA - RIZIKO NEROVNOVÁHY ELEKTROLYTŮ (00195).....	18
NANDA - SNÍŽENÝ OBJEM TEKUTIN – dehydratace (00027).....	18
NANDA - RIZIKO SNÍŽENÉHO OBJEMU TĚLESNÝCH TEKUTIN - dehydratace (00028)	18
NANDA - ZVÝŠENÝ OBJEM TEKUTIN – Hperhydratace (00026).....	19
NIC – Řízení hladiny elektrolytů a tekutin (2130).....	19
NOC – Bilance tekutin (0601)	20
NOC – Bilance elektrolytů (0606)	21

3. VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA – funkce močového systému

ZHORŠENÉ VYLUČOVÁNÍ MOČI (00016)	21
RETENCE MOČI (00016).....	22

NIC - Péče o katétr: močový systém (1876)	22
NIC – Péče u inkontinence moče (0610)	23
NOC – Vylučování moče (0503)	24
NOC – Kontinence moči (0503)	24
3. VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA – funkce gastrointestinálního systému	
NANDA - ZÁCPA (00015)	25
NANDA - RIZIKO ZÁCPY (00015).....	26
NIC – Prevence a zmírnění zácpy (00450)	26
NANDA - PRŮJEM (00013)	27
NIC – Prevence a zmírnění průjmu (0460)	27
NANDA - DYSFUNKČNÍ GASTROINTESTINÁLNÍ MOTILITA (00196).....	28
NANDA - RIZIKO DYSFUNKČNÍ GASTROINTESTINÁLNÍ MOTILITY (00197)	28
NANDA - INKONTINENCE STOLICE (00014)	29
NIC – Vyprazdňování stolice (0430)	29
NOC – Vylučování stolice (0501).....	30
NOC – Kontinence stolice (0500)	30
NIC – Péče o stomii (0480).....	31
NOC – Sebepéče o stomii (1615).....	32
3. VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA – funkce dýchacího systému	
NANDA - PORUCHA VÝMĚNY PLYNŮ (00030)	33
NANDA - NEEFEKTIVNÍ PRŮCHODNOST DÝCHACÍCH CEST (00031)	33
NANDA - RIZIKO ASPIRACE (00039)	34
NIC – Opatření k zabezpečení dýchacích cest (3140)	34
NIC – Prevence aspirace (3200).....	35
NOC – Prevence aspirace (1918)	36
NOC – Respirační stav (0515)	36
4. AKTIVITA/ODPOČINEK – spánek/odpočinek	
NANDA - NESPAVOST (00095)	37
NIC – Podpora spánku (1850).....	37
NOC – Spánek (0004)	38
NANDA - ÚNAVA (00093).....	39
NIC – Řízení energie (0180)	39
NOC – Úroveň únavy (0007)	40

4. AKTIVITA/ODPOČINEK – AKTIVITA/CVIČENÍ

NANDA - ZHORŠENA POHYBLIVOST NA LŮŽKU (00091).....	41
NANDA - ZHORŠENÉ SEZENÍ (00091).....	41
NANDA - ZHORŠENÉ STÁNÍ (00238).....	42
NANDA - ZHORŠENA TĚLESNA POHYBLIVOST (00085)	42
NANDA - ZHORŠENÁ CHŮZE (00088).....	43
NIC – Dopomoc: Pohyb (1806)	43
NOC – Stav sebedpěče (0310)	44
NOC – Úroveň sebedpěče: základní denní aktivity (0300).....	45

4. AKTIVITA/ODPOČINEK – sebedpěče

NANDA - DEFICIT SEBEPÉČE PŘI KOUPÁNÍ (00108)	45
NIC – Sebedpěče: koupání/hygiena (1806)	45
NOC – Úroveň sebedpěče: koupání/hygiena (0301).....	46
NANDA - DEFICIT SEBEPÉČE PŘI OBLÉKÁNÍ (00109).....	46
NIC – Sebedpěče: oblékání/upravenost (1802).....	47
NOC – Úroveň sebedpěče: oblékání (0302)	47
NANDA - DEFICIT SEBEPÉČE PŘI STRAVOVÁNÍ (00102)	48
NIC – Sebedpěče: stravování (1803)	48
NOC – Úroveň sebedpěče: stravování (0302).....	49
NANDA - DEFICIT SEBEPÉČE PŘI VYPRAZDŇOVÁNÍ (00110).....	49
NIC – Sebedpěče: vyprazdňování (1804)	50
NOC – Úroveň sebedpěče: vyprazdňování (0310)	50

5. PERCEPCE/KOGNICE

NANDA - AKUTNÍ ZMATENOST (00128).....	51
NIC – Orientace v realitě (4820).....	51
NOC – Kognitivní orientace (0901).....	52

6. SBEPERCEPCE

NANDA – NARUŠENÝ OBRAZ TĚLA (00118)	52
NIC – Podpora vnímání těla (5220)	53
NOC – Tělesný obraz (1200)	54
7. VZTAHY MEZI ROLEMI	54
NANDA – NEEFEKTIVNÍ PLNĚNÍ ROLÍ (00055).....	54
NIC – Změna chování: sociální dovednosti (4362).....	55

NOC – Dovednosti sociální interakce (1502)	56
8. SEXUALITA	
neobsazeo	56
9. ZVLÁDÁNÍ/TOLERANCE ZÁTĚŽE	
NANDA - POSTTRAUMATICKÝ SYNDROM (00141)	56
NANDA - RIZIKO POSTTRAUMATICKÉHO SYNDROMU (00145)	57
NANDA - ÚZKOST (00146).....	57
NANDA - ÚZKOST ZE SMRTI (00147).....	58
NANDA - STRACH (00148).....	59
NIC – Zmírnění úzkosti (5820).....	60
NOC – Úroveň úzkosti (0007)	60
NOC – Úroveň strachu (1210)	61
NANDA - ZHORŠENÁ NÁLADA (00241)	62
NIC – Ovlivňování nálady (5330).....	63
NOC – Rovnováha nálady (1204).....	64
10. ŽIVOTNÍ PRINCIPY	
NANDA - NONCOMPLIANCE (00079).....	65
NIC – Společné cíle systému (4410).....	65
NOC - Dodržování – behaviorální (1601).....	66
11. BEZPEČNOST – infekce/obrané procesy	
NANDA - RIZIKO INFEKCE (00004)	67
NIC – Ochrana před infekcí (6550).....	67
NOC – Závažnost infekce (0703).....	68
NANDA - RIZIKO ALERGICKÉ REAKCE (00217)	68
NIC – Alergická reakce (6410)	69
NOC – Alergická reakce lokální (0705).....	69
NOC – Alergická reakce celková (0706)	70
11. BEZPEČNOST – tělesné poškození	
RIZIKO KRVÁCENÍ (00206)	71
NIC – Mírnění krvácení (4020).....	71
NOC – Závažnost krevní ztráty (0413)	71
NANDA - RIZIKO PÁDU (00155)	72
NIC – Prevence pádu (6490).....	73

NOC – Prevence pádu - chování (1909)	74
11. BEZPEČNOST – kožní/tkáňové léze	
NANDA - RIZIKO DEKUBITŮ (00249)	74
NIC – Prevence dekubitů (3540).....	75
NIC – Péče o dekubitus (3540)	76
NANDA - NARUŠENÁ INTEGRITA KŮŽE (00241).....	76
NANDA - NARUŠENÁ INTEGRITA TKÁNĚ (00044).....	77
NANDA - RIZIKO NARUŠENÍ INTEGRITY TKÁNĚ (00248).....	77
NIC – Péče o místo incize - operační ránu (3440)	77
NIC – Péče o drén (1870).....	78
NIC – Péče o ránu - neuzavřenou stehy (3660)	78
NOC – Primární hojení rány (1102).....	79
NOC – Sekundární hojení rány (1103)	80
11. BEZPEČNOST - chirurgický zákrok	
NANDA - PRODLOUŽENÍ POOPERAČNÍHO ZOTAVENÍ (00100)	81
NANDA - RIZIKO PRODLOUŽENÍ POOPERAČNÍHO ZOTAVENÍ (00246).....	82
NIC – Chirurgická příprava (2930)	82
NIC – Výuka: předoperační (5610).....	83
NIC – Péče po anestezii (2870).....	84
NOC – Postoperační rekonvalescence (2304).....	85
11. BEZPEČNOST - termoregulace	
NANDA - HYPERTERMIE (00007)	86
NANDA - HYPOTERMIE (00006).....	86
NANDA - RIZIKO NEROVNOVÁHY TĚLESNÉ TEPLoty (00005).....	87
NIC – Regulace tělesné teploty (3900)	88
NOC – Termoregulace (0800).....	88
12. KOMFORT	
NANDA - ZHORŠENÝ KOMFORT (00214)	89
NIC – Ovlivňování životního prostředí: komfort (6482).....	89
NOC – Stav pohodlí (2008)	90
NANDA - NAUZEJA (00214).....	90
NIC – Nevlnost (1450).....	91
NIC – Zvládání zvracení (1570).....	91

NOC – Kontrola nevolnosti, zvracení (1618)	92
NANDA - AKUTNÍ BOLEST (00132).....	92
NANDA - CHRONICKÁ BOLEST (00133)	93
NIC – Zvládání bolesti (1400)	94
NOC – Úroveň bolesti (2102)	95
13. RŮST/VÝVOJ	
neosazeno	95

1. PODPORA ZDRAVÍ

NANDA - NONCOMPLIANCE (00079)	
Doména: 1. Podpora zdraví	Třída: Management zdraví
Definice: Chování (jedince/pečovatele), které neodpovídá plánu péče (prevenci/léčbě).	
Určující znaky	
Rozvoj komplikací	Nedodržování prohlídek u lékaře
Zhoršení příznaků	Nedodržování léčebného režimu
Nedosažení očekávaných výsledků	
Související faktory: zdravotní systém	
Problém ve vztahu klient/poskytovatel péče	Nevhodná péče
Neefektivní komunikace klient/poskytovatel	Malá spokojenost s poskytovanou péčí
Nedostatečné edukační schopnosti poskytovatele péče	Nekontinuální péče ze strany poskytovatele
Malá důvěryhodnost poskytovatele péče	Nedostačené financování zdravotní pojišťovnou
Nedostačený přístup ke zdravotní péči	Nedostačené hrazení péče pacientem/klientem
Související faktory: plán zdravotní péče	
Komplexní léčebný režim	Intenzita léčebného režimu
Finanční bariéry	Zdlouhavost léčebného režimu
Vysoké náklady na léčbu	
Související faktory: individuální	
Kulturní odlišnosti	Očekávání je v rozporu s vývojovou fází
Hodnoty pacienta v rozporu s plánem péče	Nedostatečná znalost a dovednosti nutné k plnění léčebného režimu
Zdravotní přesvědčení je v nesouladu s plánem péče	Nedostatečná motivace
Související faktory: sociální síť	
Nedostatečná sociální podpora	Vnímání toho, že přesvědčení blízké osoby se liší od plánu péče
Nedostačené zapojení členů do plánu péče	
Očekávaný výsledek:	

NIC – Společné cíle systému (4410)	
Doména: 3. Behaviorální	Třída: O. Behaviorální terapie
Definice: Společně s pacientem identifikovat a seřadit dle priorit cíle péče a vytvořit plán naplňování těchto cílů.	
Podporuj pacienta při identifikaci specifických životních hodnot a rozpoznej pacientovi hodnoty a přesvědčení, které ovlivňují cíle.	
Pomáhej pacientu (a dalším osobám) v rozpoznání a rozvíjení jejich reálných schopností.	
Společně s pacientem rozpoznej jeho vlastní problémy, slabé a silné stránky.	
Asistuj pacientu při stanovování realistických dosažitelných cílů (identifikujte pacientovi cíle a stanovte ty vhodné cíle a prioritní).	
Asistuj pacientu při rozložení komplexních cílů na menší dílčí zvládnutelné celky.	
Odhadni pacientovu funkční úroveň související s plněním cílů.	
Při stanovování cílů koriguj nerealistické osobní očekávání pacienta.	

Pomáhej pacientu při sestavení a rozvoji plánu naplňování cílů (včetně stanovení reálného časového horizontu a klíčových aktivit).
Příprav škály pro hodnocení pacientem dosažených výsledků s ohledem na všechny specifické měřitelné indikátory (např. chování, sociální situace).
Pro všechny cíle stanov horní a dolní hranici naplnění/nenaplnění cíle.
Ujasni pacientovi jeho role a úkoly systému zdravotní péče.
Pomáhej pacientovi při identifikaci a zajištění potřebných zdrojů pro plnění cílů.
Vysvětli pacientu, že by neměl děla více činností zároveň.
Hledej s pacientem nejlepší způsoby dosahování cílů.
Pomoz pacientovi zaměřit se na očekávání související s dosažením výsledků.
Povzbuzuj u pacienta pocit satisfakce v průběhu plnění cílů.
Zkoumej pacientovy metody hodnocení dosahování cílů a pomáhej mu při specifickém měření všech indikátorů.
Průběžně koordinuj pacientovi informace a aktivity při dosahování cílů.
Spočítej skóre dosažení cíle.
Je - li třeba, uprav cíle a plán.

NOC - Dodržování – behaviorální (1601)						
Doména: IV. Znalosti o zdraví & zdravé chování			Třída: Q. Zdravé chování			
Definice: Aktivity jedince, které následují doporučení od zdravotnického pracovníka (s ohledem na konkrétní zdravotní stav).						
1 = Nikdy neprojevená	2 = Výjimečně projevená	3 = Někdy projevená	4 = Často projevená	5 = Stále projevená	N = nezhodnoceno	
Indikátor	1	2	3	4	5	N
Přijetí diagnózy						
Hledá seriózní informace o diagnóze						
Hledá seriózní informace o léčbě						
Diskuze se zdravotníky o předepsané léčbě						
Provádí předepsanou léčbu						
Dodržuje předepsané kontroly/schůzky u zdravotnických profesionálů						
Zdravotníkům sděluje změny v symptomech						
Dodržuje předepsanou léčbu dle pokynů						
Sleduje odezvu léčby						
Sleduje efekt podaných léčiv						
Provádí předepsaný selfmonitoring						
Provádí předepsané aktivity denního života (např. oblékání, hygiena, toaleta)						
Usiluje o posílení zdravého životního stylu						
Dodržování léčebného režimu						
Dodržování pohybového omezení						
Dodržování dietního omezení						
Dodržování zdravého životního stylu						
Dodržování bezpečnostních omezení						
Dodržování doporučení ošetrovatelského personálu						
Dodržování doporučení lékařského personálu						
Sebekázeň (pevná vůle)						
Celkem						

2. VÝŽIVA – příjem potravy

NANDA - NEVYVÁŽENÁ VÝŽIVA: MÉNĚ, NEŽ JE POTŘEBA ORGANIZMU (00002)	
Doména: 2. výživa	Třída: Příjem potravy
Definice: Příjem živin je nedostačený k pokrytí potřeb metabolismu.	
Určující znaky	
Snížení tělesné hmotnosti o 20 % pod ideální stav	Hyperaktivní střevní peristaltika
Příjem stravy neodpovídá doporučené denní dávce	Průjem
Změna chuti	Nadměrné vypadávání vlasů
Odpor k jídlu, nezájem o jídlo	Křehkost kapilár
Vnímaná neschopnost přijímat stravu	Snížený svalový tonus
Okamžité nasycení při příjmu stravy	Změna vnímání
Ochablé žvýkací svaly	Bledost sliznic
Ochablé polykací svaly	Nedostatek informací o nutrici
Křeče v břiše, bolesti břicha	Nutnost výživy sondou
Související faktory	
Biologické faktory	Nedostatečný přísun potravy
Ekonomické faktory	Neschopnost strávit potravu
Psychogenní faktory	Neschopnost vstřebávat živiny
Očekávaný výsledek:	

NANDA - OBEZITA (00232)	
Doména: 2. Výživa	Třída: Příjem potravy
Definice: Abnormální hromadění tuku (s ohledem na věk a pohlaví) na těle jedince - stav překračuje hranice nadváhy.	
Určující znaky	
Dospělý: BMI > 30kg/m ²	Dítě 2 – 18 let: BMI > 30kg/m ² nebo > 95. percentil pro daný věk a pohlaví
Dítě mladší dvou let: BMI se nepoužívá	
Související faktory	
Průměrná denní aktivita je nižší než doporučená (s ohledem na věk a pohlaví)	Ekonomické znevýhodnění
Sedavý způsob života (> 2hod/den)	Poruchy spánku, zkrácení doby spánku
Energetický výdej je nižší než energetický příjem (hodnocení např. dle WAVE)	Genetická porucha, obezita rodičů, dědičnost vzájemně souvisejících faktorů (např. rozložení tukové tkáně, výdej energie, činnost lipoproteinové lipázy, syntéza lipidů, lipolýza)
Konzumace větších porcí než je doporučováno (neomezování se v jídle)	Gestační DM
Nepravidelné stravovací návyky	Kouření v těhotenství
Častý příjem stravy	Jako hlavní zdroj potravy je před 5. měsícem věku konzumována tuhá strava

Porucha vnímání stravování	Nadváha v kojeneckém věku
Neomezování se v jídle	Rychlý přírůstek tělesné hmotnosti v dětství, včetně prvního týdne života, prvních 4 měsíců a prvního roku života
Časté stravování se v restauracích nebo častá konzumace smažených jídel.	Umělá (z lahve) nebo kombinovaná (kojení i z lahve) výživa kojence
Konzumace slazených nápojů	Nízký příjem vápníku ve stravě u dětí
Nadměrná konzumace alkoholu	Předčasná puberta
Strach z nedostatku stravy	
Očekávaný výsledek:	

NANDA - NADVÁHA (00233)	
Doména: 2. Výživa	Třída: Příjem potravy
Definice: Abnormální hromadění tuku (s ohledem na věk a pohlaví) na těle jedince - stav nepřekračuje hranice nadváhy.	
Určující znaky	
Dospělý: BMI > 25kg/m ²	Dítě 2 – 18 let: BMI > 25kg/m ² (s ohledem na věk a pohlaví) nebo percentil 85. – 95.
Dítě mladší dvou let: poměr tělesné hmotnosti a délky je > 95. percentil	
Související faktory	
Průměrná denní aktivita je nižší než doporučená (s ohledem na věk a pohlaví)	Poruchy spánku, zkrácení doby spánku
Sedavý způsob života (> 2hod/den)	Genetická porucha, obezita rodičů, dědičnost vzájemně souvisejících faktorů (např. rozložení tukové tkáně, výdej energie, činnost lipoproteinové lipázy, syntéza lipidů, lipolýza)
Energetický výdej je nižší než energetický příjem (hodnocení např. dle WAVE)	Kouření v těhotenství
Konzumace větších porcí než je doporučováno (neomezování se v jídle, časté stravování)	Gestační DM
Konzumace slazených nápojů.	Předčasná puberta
Nepřavidelné stravovací návyky (přejídání se, extrémní kontrola tělesné hmotnosti)	Obezita v dětství
Porucha vnímání stravování	Rychlý přírůstek tělesné hmotnosti v dětství, včetně prvního týdne života, prvních 4 měsíců a prvního roku života
Strach z nedostatku stravy	Umělá (z lahve) nebo kombinovaná (kojení i z lahve) výživa kojence
Ekonomické znevýhodnění	Jako hlavní zdroj potravy je před 5. měsícem věku konzumována tuhá strava
Nadměrná konzumace alkoholu	Nízký příjem vápníku ve stravě u dětí
Časté stravování se v restauracích nebo častá konzumace smažených jídel.	
Očekávaný výsledek:	

NIC - Výživová opatření (1100)	
Doména: 1. Fyziologická základní	Třída: D. Nutriční podpora
Definice: Zajištění nebo pomoc se zajištěním vyváženého dietního příjmu potravin a tekutin.	
Zjistěte výživový stav pacienta a jeho schopnost naplňovat nutriční potřeby.	
Sledujte tendenci přírůstků nebo úbytků hmotnosti pacienta.	
Pokud je to vhodné, zajistěte návštěvu nutričního terapeuta.	
Zjistěte, jestli jsou pacienti alergičtí na některé jídlo a která jídla špatně snáší nebo upřednostňují.	
V případě potřeby pomozte pacientovi s otvíráním obalů, krájením jídla a konzumací jídla.	
Poučte pacienta o zdravém naplňování nutričních potřeb (promluvte si o stravovacích zásadách a potravinové pyramidě). Zohledněte při tom individualitu pacienta (např. vegetariánství, věk).	
V případě potřeby poučte pacienta o nezbytné změně jídelníčku (např. nic perorálně, čiré tekutiny, pouze tekutá strava, kašovitá strava nebo dieta dle ordinace/tolerance).	
Poučte pacienta o požadavcích na stravu při jeho nemoci (např. u pacientů s chorobou ledvin omezení sodíku, draslíku, bílkovin a tekutin).	
Nabídněte pacientovi výběr jídel, přičemž směřujte pacienta ke zdravější volbě.	
Zajistěte optimální prostředí pro konzumaci jídla (např. prostředí čisté, větrané, uvolňující a bez silných pachů). Ujistěte se, že je jídlo servírováno pohledně a má teplotu vhodnou pro konzumaci.	
Před/po jídle proveďte pacientovi péči o dutinu ústní nebo mu při ní asistujte.	
V případě potřeby se ujistěte, že pacientova náhrada chrupu je dobře upevněna.	
V případě potřeby podejte před jídlem léky (např. analgetika, antiemetika).	
V případě potřeby pobízejte rodinu, aby nosila pacientovi jeho oblíbená jídla, když je v nemocnici nebo v jiné zdravotnické instituci.	
Pro prevenci zácpy zajistěte, aby strava obsahovala jídla bohatá na vlákninu.	

NIC – Péče o sondu: gastrointestinální trakt (1874)	
Doména: 1. Fyziologická základní	Třída: D. Nutriční podpora
Definice: Péče o pacienta s gastrointestinální intubací.	
Monitorujte správné umístění sondy (např. měření pH odpadu ze sondy, vpravení vzduchu a poslech). U jejunální sondy ověřte umístění rentgenem.	
Sondy fixujte k nosu a ramenu pacienta (fixujte na rameno na stejné straně jako je nosní dírka, do které je sonda zavedena, sondu fixujte k ramenu v okamžik, kdy má pacient hlavu otočenou na protilehlou stranu a zakloněnou). Dbejte při tom na pacientovo pohodlí.	
Pokud je indikováno lékařem, připojte NGS na sběrný sáček, dbejte na to, aby sáček byl pod úrovní pacienta.	
Monitorujte množství, barvu a konzistenci odpadu z nasogastrické sondy.	
Dle indikace lékařem proplachujte sondu (např. vždy po aplikaci stravy/léků, třikrát denně).	
Monitorujte pocity plnosti, nevolnost a zvracení.	
Pokud je to vhodné, monitorujte střevní ozvy (v 4 – 8 hod intervalech).	
Monitorujte výskyt průjmu.	
Sledujte bilanci tekutin a hladinu elektrolytů.	
Dle ordinace lékaře podávejte infuzní terapii k náhradě tekutin a elektrolytů u pacientů s odvodnou NGS.	
Proveďte péči o nos a ústa třikrát až čtyřikrát denně anebo podle potřeby.	

Pokud je to vhodné, poskytněte tvrdý bombón nebo žvýkačku k zvlhčení úst.
Dle ordinace aplikujte výživu do sondy.
Pokud je to vhodné, naučte pacienta/blízké pečovat o sondu a aplikovat do ní výživu a tekutiny.
Pečujte a naučte pacienta/blízké pečovat o kůži v okolí sondy (zejména pokud se jedná o perkutánní výživné sondy)
Dle indikace lékaře klemujte, a odstraňte sondu.

NIC - Podávání totální parenterální výživy (1200)	
Doména: 1. Fyziologická základní	Třída: D. Nutriční podpora
Definice: Podání výživy intravenózně a sledování pacientovy reakce.	
Zajistěte umístění správné intravenózní kanyly vzhledem k době výživy, která má být podána (centrálně umístěná kanyla preferovaná, periferní kanyla jen u dobře živených jedinců, u kterých se očekává potřeba TPN na méně než dva týdny).	
Použijte centrální kanylu je pro infuze vysoce kalorických výživ nebo hypersomolárního roztoku (např. 10% dextrózy, 2% aminokyselin se standartními přísadami) – informace uvedena výrobcem.	
Před aplikací výživy do nově založeného centrálního intravenózního katetru, ověřte pozici katétru (např. rentgenem, sonem).	
Asepticky pečujte o žilní vstupy dle platných doporučení daného pracoviště.	
Sledujte komplikace intravenózní aplikace (např. infiltraci, infekci, iritaci, a metabolické komplikace - hyperlipidémie, zvýšené triglyceridy, trompocytopenie, porucha krevních destiček)	
Před aplikací TPN uplatněte pravidlo pěti S (správný roztok, správnému pacientovi, ve správné dávce, ve správný čas, správnou cestou podání)	
Udržujte sterilní postup, když připravujete a připojujete TPN roztoky.	
Použijte infuzní pumpu nebo regulační ventil pro zajištění správného dávkování TPN roztoků.	
Zajistěte kontinuální aplikaci TPN roztoku.	
Vyhněte se rychlé aplikaci TPN roztoku, k dohnání ztráty způsobené odpojením pacienta nebo přerušením aplikace z důvodu podání jiných infuzních roztoků.	
Dle ordinace lékaře monitorujte sérový albumin, celkový protein, elektrolyty a lipoproteiny.	
Dle ordinace lékaře sledujte výskyt glukózy, acetonu a proteinů v moči.	
Dle ordinace lékaře zajistěte malý orální výživový příjem společně s TPN.	
Dle indikace lékaře zajistěte postupný přechod z parenterální na enterální výživu.	
Dle ordinace aplikujte inzulín.	
Hlaste abnormální znaky a symptomy spojené s TPN lékaři a přizpůsobte tomu péči.	
Pokud je to vhodné vysvětlete pacientovi/blízkým postup a důvody aplikace TPN.	

NIC - Výživa enterální sondou (1056)	
Doména: 1. Fyziologická základní	Třída: D. Nutriční podpora
Definice: Podávání živin a vody pomocí gastrointestinální sondy.	
Vysvětlete pacientovi/blízkým celý proces aplikace výživy sondou	
Dle indikace lékaře a zvyklosti oddělení asistujte při zavedení, zaveďte NGS (zaveďte u osob při vědomí starších 10 let).	
Sondou fixujte k nosu a ramenu pacienta (fixujte na rameno na stejné straně jako je nosní dírka, do které je sonda zavedena, sondu fixujte k ramenu v okamžik, kdy má pacient hlavu otočenou na protilehlou stranu a zakloněnou). Dbejte při tom na pacientovo pohodlí.	
Monitorujte správné umístění sondy (např. měření pH odpadu ze sondy, vpravení vzduchu a	

poslech). U jejunální sondy ověřte umístění rentgenem.
Označte sondu v místě výstupu z důvodu zachování správného umístění.
Je-li to vhodné, kontrolujte přítomnost střevních zvuků každé čtyři a osm hodin.
Sledujte bilanci tekutin a hladinu elektrolytů.
Se zbytkem zdravotního týmu konzultujte výběr a rychlost aplikace enterální výživy. Sledujte množství kalorií, tuku, sacharidů, vitamínů a minerální příjem z hlediska přiměřenosti (nebo se odkažte na dietologa) nejprve dvakrát týdně, postupně snižujte na jednu za měsíc.
Sledujte dopad výživy sondou na psychosociální situaci pacienta.
Je-li to možné, elevujte pacientův trup během výživy o 30 až 45°. Nebo pacienta uložte na bok. Polohu zachovejte min 30 min po aplikaci stravy.
Do gastrické sondy aplikujte stravu bolusově, do jejunální sondy kontinuálně -za využití enterální pumpy.
Propláchněte sondu vždy po aplikaci stravy. U sond s kontinuální aplikací proplachujte v 4 – 6 hod intervalech.
K jejunální sondě zachovávejte aseptický přístup.
Používejte správnou techniku při podávání výživy pomocí sondy. Každou hodinu kontrolujte spád a rychlost podávané kontinuální stravy.
Při výskytu průjmu a pocitu plnosti, nevolnosti, zvracení a výskytu dyspepsie konzultujte s lékařem snížení rychlosti kontinuální výživy.
Kontrolujte residuum před každou bolusovou dávkou stravy.
Udržujte otevřené nádoby enterální výživy v chladu.
Sety pro kontinuální enterální výživu měňte v pravidelných intervalech dle standardu instituce (cca. 24 hod).
Kontrolujte přítomnost střevních ozev každé čtyři a osm hodin, je-li to příhodné
Sledujte bilanci tekutin a hladiny elektrolytů. Pozorujte známky edému nebo dehydratace.
Zpočátku sledujte hmotnost třikrát týdně, postupně snižujte četnost sledování na jednu za měsíc. Měsíčně sledujte změny růstu výšky/váhy
Je-li to nutné, informujte pacienta a jeho rodinu o domácí výživě sondou.

NIC – Nutriční monitorování (1120)	
Doména: 1. Fyziologická základní	Třída: D. Nutriční podpora
Definice: Shromažďování a analýza informací o pacientu týkajících se nutričního příjmu.	
Zvažte pacienta, zjistěte antropometrické míry kompozice těla (např. BMI, obvod v pase, měření kožních řas).	
Sledujte růst a vývoj.	
Monitorujte trendy v hubnutí nebo přibírání na váze (např. u dětí porovnávejte výšku a váhu se standardizovanou tabulkou růstu). Monitorujte přísun potravy a kalorií.	
Proveďte laboratorní vyšetření, monitorujte výsledky (např. cholesterol, sérový albumin, transferin, prealbumin, obsah dusíku v moči za posledních 24 hodin, urémie, kreatinin, hemoglobin, hematokrit, buněčná imunita, celkový počet lymfocytů a hladina elektrolytu)	
Ve spolupráci s nutričním terapeutem určete doporučenou energetickou hodnotu (např. doporučená denní dávka) založenou na stavu pacienta (např. věk, váha, výška, pohlaví a míra fyzické aktivity)	
Zjistěte stravovací návyky (např. oblíbená a neoblíbená jídla, nadměrná konzumace rychlého občerstvení, vynechávání jídla, jedení ve spěchu, interakci mezi rodičem a dítětem během krmení a délku krmení kojenců)	
Monitorujte <i>kožní a slizniční</i> abnormality (např. napětí zvýšená tvorba modřin, špatné hojení ran, krvácivost, bledost tkání a spojivek), abnormality <i>vlasů</i> (např. suché, tenké, hrubé,	

snadno se lámou), abnormality u <i>nehtů</i> (např. do tvaru lžice, popraskané, rozštípnuté, zlomené, lámavé nebo zvlněné), abnormality v <i>muskuloskeletálním</i> systému (např. pohyblivost, odbourávání svalů, bolestivé klouby, zlomeniny kostí, špatné držení těla).
Identifikujte abnormality v dutině ústní (např. zánět; porézní, ustupující nebo krvácející dásně; suché, popraskané rty; vředy; rozedřený jazyk; hyperemické nebo hypertrofické papily; stav chrupu)
Vyhodnoťte schopnost polykání (např. motorickou schopnost obličejových, ústních a jazykových svalů; polykací reflex; dávíci reflex).
Monitorujte příznaky nevolnosti a zvracení.
Identifikujte abnormality ve vyprazdňování střev (např. zácpa, průjem, krev, hlen a nepravidelné nebo bolestivé vyprazdňování)
Zjistěte nedávné změny apetitu a stravovacích zvyklostí.
Monitorujte typ a množství aktivit a běžného cvičení.
Promluvte si o sociálních a emocionálních aspektech konzumace jídla, monitorujte psychický stav (např. zmatenost, depresi a úzkost).

NIC – výuka: předepsaná dieta (5614)

Doména: 3. Behaviorální	Třída: S. Edukace pacienta
Definice: Příprava pacienta na to, aby správně dodržoval předepsanou dietu.	
Zjistěte pacientův aktuální stav vědomostí o předepsané dietě.	
Zjistěte pacientovy současné a minulé stravovací návyky a oblíbená jídla.	
Určete specifika pacienta a jeho blízkých, kulturní zázemí a jiné faktory, které mohou ovlivnit pacientovu ochotu řídit se předepsanou dietou.	
Poučte pacienta/blízké o správném názvu předepsané diety.	
Poučte pacienta/blízké o povolených a zakázaných potravinách.	
Vysvětlete pacientovi/blízkým, jak dodržování diety přispívá k celkovému zdravotnímu stavu.	
V případě potřeby poučte/blízké pacienta, jak má vést deník o své stravě.	
V případě potřeby poučte pacienta o možných interakcích jídla a léků.	
Pomozte pacientovi přizpůsobit oblíbená jídla předepsané dietě.	
Poučte pacienta/blízké, jak sestavit vhodný jídelníček. V případě potřeby poskytněte pacientovi napsaný plán jídel.	
V případě potřeby doporučte recepty, která je v souladu s dietou.	
Potvrďte význam stálé kontroly zdravotního stavu, které mohou odhalit nutnost dalších změn dietetického plánu.	

NOC – Nutriční stav (1004)

Doména: II. Fyziologické zdraví	Třída: K. Trávení & výživa					
Definice: Do jaké míry pokrývají přijaté a absorbované živiny metabolické potřeby.						
1 = Neadekvátní	2 = Nepatrně adekvátní	3 = Mírně adekvátní	4 = Značně adekvátní	5 = Zcela adekvátní	N = nehodnoceno	
Indikátor	1	2	3	4	5	N
Příjem živin						
Příjem stravy						
Příjem tekutin						
Energie						
Poměr výška/hmotnost						
Hydratace						
Celkem						

NOC – Nutriční stav: příjem jídla a tekutin (1008)						
Doména: II. Fyziologické zdraví			Třída: K. Trávení & výživa			
Definice: Příjem potravin a tekutin během 24 hodinové periody.						
1 = Vážná odchylka od normálního rozmezí	2 = Značná odchylka od normálního rozmezí	3 = Mírná odchylka od normálního rozmezí	4 = Nepatrná odchylka od normálního rozmezí	5 = Žádná odchylka od normálního rozmezí	N= nehodnoceno	
<i>Indikátor</i>	1	2	3	4	5	N
Příjem stravy ústy						
Příjem stravy sondou						
Příjem tekutin ústy						
Příjem tekutin intravenózně						
Příjem stravy parenterálně						
Celkem						

2. VÝŽIVA – metabolismus

NANDA - RIZIKO NESTABILNÍ HLADINY GLUKÓZY V KRVI (00179)	
Doména: 2. výživa	Třída: Metabolismus
Definice: Náchylnost ke změně glykémie oproti normálnímu rozmezí, což může vést k oslabení zdraví.	
Rizikové faktory	
Nedostačené monitorování glykémie	Průměrná denní aktivita je nižší než doporučená (s ohledem na věk a pohlaví)
Neefektivní léčba DM	Nadměrný stres
Nedodržování léčebného plánu DM	Nadměrný váhový přírůstek/úbytek
Nedostatek znalostí o léčbě DM	Období rychlého růstu
Neefektivní užívání léků na DM	Těhotenství
Neakceptování diagnózy DM	Zhoršená kognice
Zhoršený zdravotní stav	Změna psychiky
Nedostatečný příjem potravy	
Očekávaný výsledek:	

NIC – Zvládání hyperglykémie (2120)	
Doména: 2. Fyziologická komplexní	Třída: G. Elektrolyty a acidobazická rovnováha
Definice: Prevence a léčba nadměrné hladiny glukózy v krvi.	
Monitorujte hladinu glukózy v krvi.	
Nabádejte pacienta, aby si sám sledoval hladinu glukózy v krvi. Pomozte pacientovi se sebehodnocením hladiny glukózy v krvi.	
Buďte na pozoru před příznaky hyperglykémie: polyurie, polydipsie, polyfagie, slabost, letargie, malátnost, zastření vidění nebo bolest hlavy.	
Monitorujte ketony v moči, vysvětlete pacientovi způsoby detekce ketonů v moči, a při jaké hladině má informovat lékaře.	
Poučte pacienta a osoby blízké o prevenci, rozpoznání a léčbě hyperglykémie	
Identifikujte možnou příčinu hyperglykémie.	
Poradte se s lékařem, pokud příznaky hyperglykémie přetrvávají nebo se zhoršují	
Dle ordinace aplikujte inzulín, odhadněte situace, ve kterých bude třeba aplikovat více inzulínu (např. během jiné probíhající nemoci).	

Informujte nemocného o změnách v léčbě DM, které souvisí s aktuálním zdravotním stavem.
Monitorujte bilanci tekutin.
Podporujte orální příjem tekutin.
Zachovejte nitrožilní přístup.
Dle ordinace aplikujte tekutiny a draslík nitrožilně.
Monitorujte ortostatický krevní tlak a pulz.
Pomozte pacientovi s chůzí, pokud se dostaví ortostatická hypotenze.
Omezte cvičení, pokud hladina glukózy v krvi je větší než 13,89 mmol/l, zvláště když se v moči objeví ketony.
Pro včasnou detekci onemocnění, otestujte hladinu glukózy v krvi u ohrožených příbuzných.
Informujte pacienta a osoby blízké o monitoraci, léčbě, životosprávě diabetes mellitus.
Poskytněte asistenci při úpravě životosprávy, která bude preventivně působit či léčit hyperglykémii (např. navyšte inzulín či orální medikamenty)

NIC – Zvládání hypoglykémie (2130)	
Doména: 2. Fyziologická komplexní	Třída: G. Elektrolyty a acidobazická rovnováha
Definice: Prevence a léčba snížené hladiny glukózy v krvi	
Identifikujte pacienty v riziku hypoglykémie.	
Monitorujte hladinu glukózy v krvi. Nabádejte pacienta, aby si sám sledoval hladinu glukózy v krvi.	
Pomozte pacientovi se sebehodnocením hladiny glukózy v krvi.	
Informujte nemocného o změnách v léčbě DM, které souvisí s aktuálním zdravotním stavem.	
Sledujte příznaky hypoglykémie: třes, pocení, nervozita, úzkost, podrážděnost, netrpělivost, tachykardie, palpitace, nevolnost, bolesti hlavy, zimnice, toční hlavy, bledost, hlad, nevolnost, únava, ospalost, slabost, teplo, závrať, mdloby, rozmazané vidění, noční můry, pláč ze spaní, parestezie, obtížné soustředění se, obtížné mluvení, nekoordinovanost, změny chování, zmatenost, kóma, křeče.	
Pokud je třeba, podejte jednoduché cukry/karbohydráty (např. sladké nápoje per os).	
Pokud je třeba podejte složité cukry/karbohydráty a proteiny.	
Pokud je třeba, podejte glukagon.	
V případě nutnosti přivolejte první pomoc (emergenci tým, ZZS).	
Pokud je indikováno podání glukózy intravenózně, podejte jí.	
Zachovejte nitrožilní přístup.	
Pokud je třeba (pacient v bezvědomí), zachovávejte průchodnost dýchacích cest.	
Předcházejte vzniku poranění (pád pacienta, pacient v bezvědomí, pacient s křečmi).	
Identifikujte možnou příčinu hypoglykémie.	
Poučte pacienta a osoby blízké o prevenci, rozpoznání a léčbě hypoglykémie.	
Poučte pacienta, aby u sebe neustále nosil jednoduché cukry (např. bonbón z hroznového cukru).	
Poučte pacienta a osoby blízké, v jakých případech mají přivolat první pomoc.	
Naučte pacienta a osoby blízké aplikovat glukagon.	
Poučte pacienta a osoby blízké o interakci pohybu, stravy a inzulínu. V tomto ohledu je poučte o sebemonitoringu (např. snížení dávky inzulínu nebo zvýšení příjmu potravy při tělesné aktivitě).	
Poskytněte pacientovi telefonní kontakt (na diabetologa), kam se může obrátit pro radu v oblasti léčebného režimu.	
Pokud je to vhodné, spolupracujte s pacientem a diabetologem při sestavování režimu aplikací inzulínu.	

NOC – Hladina glukózy v krvi (2300)										
Doména: II: Fyziologické zdraví			Třída: AA: Léčebná odezva							
Definice: Míra přiblížení se hladiny glukózy v plazmě a moči fyziologickému rozmezí										
1 = Vážná odchylka od normálního rozmezí	2 = Značná odchylka od normálního rozmezí	3 = Mírná odchylka od normálního rozmezí	4 = Nepatrná odchylka od normálního rozmezí	5 = Žádná odchylka od normálního rozmezí	N= nehodnoceno					
<i>Indikátor</i>					1	2	3	4	5	N
Hladina glukózy v krvi										
Hodnota glykovaného hemoglobinu										
Hladina fruktosaminů										
Hladina glukózy v moči										
Hladina ketonů v moči										
Celkem										

2. VÝŽIVA – hydratace

NANDA - RIZIKO NEROVNOVÁHY ELEKTROLYTŮ (00195)	
Doména: 2. výživa	Třída: Hydratace
Definice: Riziko porušení rovnováhy elektrolytů v séru, které může poškodit zdraví.	
Rizikové faktory	
Nedostatečný objem tekutin	Dysfunkce ledvin
Nadměrný objem tekutin	Oslabený regulační mechanismus
Průjem	Dysfunkce endokrinní regulace (např. intolerance glukózy, ↑ IGF 1, androgenu, DHEA, korizolu)
Zvracení	Exkrece odvodnou sondou gastrointestinálního traktu (NGS)
Očekávaný výsledek:	

NANDA - SNÍŽENÝ OBJEM TEKUTIN – dehydratace (00027)	
Doména: 3. Výživa	Třída: Hydratace
Definice: Snížený intravaskulární, intersticiální nebo intracelulární objem tekutin (nedochází ke změně v koncentraci sodíku).	
Určující znaky	
Změna kožního turgoru a turgoru jazyka	Žízeň
Suchá kůže a sliznice	Snížený nebo zvýšený P, snížený tepový objem
Snížená žilní náplň	Snížený TK
Zvýšený hematokrit	Zvýšená tělesná teplota
Snížený výdej moči, zvýšená koncentrace moče	Změna psychiky
Náhlý úbytek tělesné hmotnosti	Slabost
Související faktory	
Aktivní pokles objemu tělesných tekutin	Oslabení regulačních mechanismů
Očekávaný výsledek:	

NANDA - RIZIKO SNÍŽENÉHO OBJEMU TĚLESNÝCH TEKUTIN - dehydratace (00028)	
Doména: 2. Výživa	Třída: Hydratace
Definice: Náchylnost ke sníženému objemu intravaskulární, intersticiální nebo intracelulární tekutin, což může vést k oslabení zdraví.	
Rizikové faktory	
Nadměrná ztráta tekutin (přirozenou i nepřirozenou cestou)	Faktory ovlivňující potřebu tekutin
Porucha příjmu tekutin, překážky v přijímání tekutin	Nedostačené znalosti v oblasti potřeby tekutin
Porucha vstřebávání tekutin	Věkové extrémy
Oslabený regulační mechanismus	Hmotnostní extrémy
Farmakologický činitel	
Očekávaný výsledek:	

NANDA - ZVÝŠENÝ OBJEM TEKUTIN – Hperhydratace (00026)	
Doména: 3. Výživa	Třída: Hydratace
Definice: Zvýšená izotonická retence tekutin.	
Určující znaky	
Příjem tekutin větší než výdej tekutin	Oligourie, změny hustoty moče
Snížení hladiny hemoglobinu a hematokritu	Příbytek hmotnosti vzniklý v krátkém časovém intervalu
Nerovnováha elektrolytů	Poruchy dýchání (dušnost, vedlejší dechové fenomény)
Zvětšení náplně jugulárních žil	Přítomnost srdečních ozev souvisejících se srdeční nedostatečností
Pozitivní hepatojugulární reflex	Plicní městnání
Zvýšený centrální venózní tlak	Záchvatovitá noční dušnost
Otok, anasarka	Ortopnoe
Pleurální výpotek	Neklid
Zvětšení jater	Úzkost
Azotemie	Změna psychiky
Související faktory	
Oslabený regulační mechanismus	Zvýšený příjem sodíku
Zvýšený příjem tekutin	
Očekávaný výsledek:	

NIC – Řízení hladiny elektrolytů a tekutin (2130)	
Doména: 2. Fyziologická komplexní	Třída: G. Elektrolyty a acidobazická rovnováha; N. Management tkáňové perfúze
Definice: Regulace a prevence komplikací souvisejících se změnami úrovně tekutina elektrolytů v těle.	
Dle ordinace zajisti laboratorní vyšetření sledující hydrataci a hladinu elektrolytů (např. hematokrit, ureu, albumin, celkovou bílkovinu, osmolaritu, sodík a draslík, specifickou hustotu moče). Monitoruj nefyziologické hodnoty elektrolytů v séru.	
Dle ordinace sleduj hemodynamické parametry (např. CVP =centrální venózní tlak, MAP = střední arteriální tlak, PAP = pulmonární arteriální tlak, PCWP =plicní kapilární tlak).	
Veď přesný záznam o bilanci tekutin. Nauč pacienta sledovat bilanci tekutin.	
Monitorujte pacientovu odezvu na léčbu související s úpravou hladiny elektrolytů a tekutin v těle.	
Sleduj vitální funkce. Sleduj známky zvětšení/snížení objemu tekutin projevující se na funkci srdce nebo dýchání.	
Sleduj pacientovu kůži, sliznice a skléru (např. suchost, cyanóza, žloutenka).	
Sleduj ztráty tekutin (např. krvácení, zvracení, průjem, pocení, ztráty dýcháním/tychypnoe).	
Sleduj známky hyperhydratace nebo dehydratace (např. vlhké chrupky v dýchacích ozvách, povrchní dýchání, změny v množství a koncentraci moče, změny chování, křeče, změny viskozity slin, oteklé nebo zapadlé oči).	
Denně pacienta važ a sleduj vývoj hmotnosti v čase. Pouč pacienta o sebemonitoraci hmotnosti a otoků.	
Pokud je to vhodné, podávej tekutiny	
Pokud je to vhodné, podporuj perorální příjem tekutin u pacienta (např. podávej tekutiny, které pacient preferuje, zajisti čerstvé tekutiny, dej tekutiny pacientovi na dosah, poskytni	

pacientovi brčko nebo sací láhev).
Pokud je to vhodné, zajisti péči o pacienta s NGS (např. zavedení/odstranění dle indikace lékaře; sledování odpadu s NGS, podávání stravy a tekutin- nejlépe čisté vody).
Pacientům se zavedenou výživnou sondou podávej vlákninu za účelem prevence ztráty tekutina a elektrolytů z důvodu průjmu.
Omezte konzumaci potravin a nápojů s diuretickým a projímavým účinkem (např. čaj, káva, švestky, rostlinné doplňky).
Omez příjem čisté vody, pokud je diagnostikována u pacienta hyponátemie.
Dle ordinace zajistěte pro pacienta vhodnou stravu (např. málo sodíku, omezený příjem tekutin, nízkobílkovinná dieta, dieta s omezením soli).
Dle ordinace podávejte infuze/elektrolyty, transfuze, a enterální výživu/tekutiny. Infuze a enterální výživu/tekutiny podávejte kontinuálně konstantní rychlostí.
Dle indikace korigujte preoperační dehydrataci.
Sleduj vedlejší účinky léčby (např. nevolnost, zvracení, průjem). Pomoz pacientovi vyrovnat se s vedlejšími účinky léčby (např. časté močení nebo inkontinence moče při užívání diuretik).
Posuďte pacientovu ztrátu elektrolytů (např. ztráty stolicí, užívání diuretik a antipyretik).
Při průjmu proveďte dietní opatření k omezení ztrát elektrolytů stolicí (např. omezení příjmu stravy, omezení příjmu mléčných výrobků).
Pokud je třeba, připrav pacienta na dialýzu
Pokud je třeba, pomáhej pacientovi po psychické i fyzické stránce (např. obtížné polykání, snížení fyzické síly a koordinace, poruchy kognice, změny psychiky)
Pouč pacienta a jeho blízké o doporučeních postupech v příjmu potravy/tekutin a doplňování elektrolytů.

NOC – Bilance tekutin (0601)						
Doména: II: Fyziologické zdraví			Třída: G: Tekutiny a elektrolyty			
Definice: Bilance intracelulárních a extracelulárních tekutin v těle						
1 = Vážně ohrožená	2 = Značně ohrožená	3= Mírně ohrožená	4 = Nepatrně ohrožená	5 = Neohrožená	N= nehodnoceno	
Indikátor	1	2	3	4	5	N
Krevní tlak						
Radiální tepová frekvence						
Střední arteriální tlak						
Centrální venózní tlak						
Plicní kapilární tlak						
Periferní pulzace						
24 hodinová bilance tekutin						
Stabilní tělesná hmotnost						
Kožní turgor						
Vlhkost sliznic						
Hematokrit						
Specifická hmotnost moče						
Ortostatická hypotenze						
Patologické dýchací ozvy						
Ascites						
Dilatace cév na krku						
Periferní otok						
Suché, vpadlé oči						

Zmatenost						
Žízeň						
Svalové křeče						
Závratě						
Celkem						

NOC – Bilance elektrolytů (0606)						
Doména: II: Fyziologické zdraví			Třída: G: Tekutiny a elektrolyty			
Definice: Koncentrace a rovnováha elektrolytů/iontů v séru						
1 = Vážná odchylka od normálního rozmezí	2 = Značná odchylka od normálního rozmezí	3 = Mírná odchylka od normálního rozmezí	4 = Nepatrná odchylka od normálního rozmezí	5 = Žádná odchylka od normálního rozmezí	N= nehodnoceno	
<i>Indikátor</i>	1	2	3	4	5	N
Sněžní sodíku v séru						
Zvýšení sodíku v séru						
Snížení draslíku v séru						
Zvýšení draslíku v séru						
Snížení chloridů v séru						
Zvýšení chloridů v séru						
Snížení vápníku v séru						
Zvýšení vápníku v séru						
Snížení hořčíku v séru						
Zvýšení hořčíku v séru						
Snížení fosforu v séru						
Zvýšení fosforu v séru						
Celkem						

3. VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA – funkce močového systému

ZHORŠENÉ VYLUČOVÁNÍ MOČI (00016)	
Doména: 3. Vylučování a výměna	Třída: Funkce močového systému
Definice: Dysfunkce při vylučování moči	
Určující znaky	
Dysurie	Inkontinence moče
Časté vyprazdňování	Retence moče
Váhavost (zda se mi chce močit nebo ne)	Naléhavost močení
Nykturie	Vylučování moče prostřednictvím permanentního močového katétru (PMK)
Související faktory	
Anatomická obstrukce	Senzomotorické poškození
Mnohočetná kauzalita	Infekce močového ústrojí
Očekávaný výsledek:	

RETENCE MOČI (00016)	
Doména: 3. Vylučování a výměna	Třída: Funkce močového systému
Definice: Neúplné vyprazdňování močového měchýře.	
Určující znaky	
Nevylučování moče	Pocit plnosti močového měchýře
Inkontinence s přetékáním	Močení po malých dávkách
Reziduální moč v močovém měchýři	Časté močení
Roztažení močového měchýře	Dysurie
Související faktory	
Překážka v urogenitálním traktu	Silný svěrač močového měchýře
Zvýšený uretrální tlak	Inhibice reflexního oblouku
Očekávaný výsledek:	

NIC - Péče o katétr: močový systém (1876)	
Doména: 1. Fyziologická základní	Třída: B: Vylučování
Definice: Opatření u pacienta s drenážním odvodným systémem moče.	
Na základě indikace lékaře proveďte katetrizaci u žen starších 10 let.	
Asistujte lékaři při katetrizaci mužů a dětí.	
Upozorněte lékaře, pokud se domníváte, že nastala indikace pro zavedení močového katétru.	
Dodržujte správnou hygienu rukou před, během a po zavedení katétru nebo při manipulaci s ním.	
Drenážní systém k odvodu moči udržujte uzavřený, sterilní a průchodný.	
Sledujte roztažení měchýře (prohmatáním podbřišku; sledování bolesti, tlaku v podbřišku)	
Umístěte drenážní vak (sáček) pod úroveň močového měchýře (podpora drenáže moče, snížení rizika infekce. Nezdvihejte a nenaklánejte sběrný sáček, když vyprazdňujete nebo měříte výdej moči (tj. preventivní opatření pro snížení kontaminace močových cest).	
Během přepravy se vyvarujte umístění drenážního vaku mezi nohy pacienta.	
Sledujte a zachovávejte průchodnost močového katéetrového systému. V případě potřeby propláchněte močový katéetrový systém sterilní technikou.	
Dle zvyklostí oddělení provádějte rutinní hygienickou péči vhodnými hygienickými prostředky a vodou při každodenním koupání pacientů. Očistěte močový katétr z vnějšku u výstupu a v pravidelných intervalech čistěte okolní kůži	
Vyměňujte močový katétr v pravidelných intervalech dle indikace a zvyklostí dané instituce.	
Vyměňujte sběrný sáček v pravidelných intervalech dle indikace a zvyklostí dané instituce.	
Dle ordinace klemujte katétr.	
Všímejte si charakteristických rysů odváděné moči (množství, barva, zápach, zakalení).	
Vyprazdňujte sběrný sáček dle stanoveného časového harmonogramu.	
Pokud je to možné, nerozpojujte drenážní systém ani při odběru vzorku moče (odeberte vzorek přes odběrový port).	
Na základě indikace lékaře, odstraňte katétr, jakmile to dovolí pacientův stav.	
Proveďte preventivní opatření proti nutnosti rekatetrizace močového měchýře (např. klemování před odstraněním katétru, dostatečná hydratace, příprava pomůcek pro vylučování – močová láhev, podložní mísa, pojízdný klozet).	
Poučte pacienta a rodinu o správné péči o katétr.	
Pokud má pacient sběrný sáček fixován k noze, zvýšeně pečujte o pokožku pod fixací sáčku (sledujte, zda fixační pásky neškrtí, nedřou, na noc sáček odepněte od dolní končetiny a připevněte na lůžko).	

NIC – Vylučování moče (0590)	
Doména: 1. Fyziologická základní	Třída: B. Vylučování
Definice: Zachování ideálního vylučování moče	
Pokud je třeba sleduj vylučování moče (frekvenci, konzistenci, zápach, množství, barvu, hustotu). Pokud je to vhodné, poučte o sledování pacienty a jejich blízké.	
Sleduj symptomy retence moče.	
Sleduj výskyt faktorů, které vyvolávají inkontinenci.	
Sleduj výskyt symptomů infekce močových cest a pouč o nich pacienta.	
Všímejte si, kdy byl pacient naposledy močit.	
Pokud je to vhodné, poučte pacienty, že nemají zbytečně zadržovat moč.	
Pokud je to vhodné, poučte pacienta o pitném režimu (navýšení/restrikci) a sledujte dodržování pitného režimu.	
Pokud je to vhodné, poučte pacienty o užívání diuretik (nutnost užívat dle rozpisu, v ranních nebo dopoledních hodinách).	
Pokud je to vhodné, poučte pacienta o dodržování rutinního/časovaného močení.	
Pouč pacienta o tom, před jakým vyšetřením je požadována náplň močového měchýře.	
Pokud je to vhodné zaznamenej první vyprázdnění moče po výkonu (např. po operaci, po odstranění PMK).	

NIC – Péče u inkontinence moče (0610)	
Doména: 1. Fyziologická základní	Třída: B. Vylučování
Definice: Pomoc a podpora kontinence moče a zachování integrity kůže v perineální oblasti.	
Identifikuj příčiny inkontinence (např. výdej moči, mikční vzor, kognitivní funkce, mikční problém, reziduální moč, léčba).	
Pokud je třeba sleduj vylučování moče (frekvenci, konzistenci, zápach, množství, barvu, hustotu). Pokud je to vhodné, pouč o sledování pacienty a jejich blízké.	
Zajisti soukromí při vyprazdňování.	
Vysvětli pacientu a blízkým osobám příčinu problému a odůvodni postupy péče. Pomoz rozvinout pocit naděje.	
Zajisti snadný přístup k toaletě (např. lehko svlékatelné oděvy, vhodné prostředí – blízkost, překážky v terénu).	
Při znečištění, zajisti suché osobní i ložní prádlo.	
Pokud je třeba použij ochranné pomůcky (plenkové kalhotky, vložky, podložky do lůžka).	
Pravidelně prováděj péči o pokožku.	
Pokud je to vhodné, pouč pacienta o restrikci příjmu tekutin 2 -3 hodiny před spánkem/ulehnutím do lůžka.	
Poskytni pacientovi pozitivní zpětnou vazbu.	
Pokud je to vhodné, poučte pacienty o užívání diuretik (nutnost užívat dle rozpisu, v ranních nebo dopoledních hodinách), což minimalizuje dopad diuretické léčby na životní styl.	
Poučte pacienta o nutnosti vypít minimálně 1500 ml tekutin/den.	
Poučte pacienty o nutnosti omezit potraviny dráždící močový měchýř (např. kola, káva, čaj, čokoláda).	
Sleduj účinek léčby (chirurgické, lékařské, farmaceutické, sebeléčby).	
Pokud je to vhodné, zprostředkujte konzultaci se specialistou.	

NOC – Vylučování moče (0503)						
Doména: II: Fyziologické zdraví			Třída: F. Vylučování			
Definice: Sběr a vylučování moče						
1 = Vážně ohrožená	2 = Značně ohrožená i	3= Mírně ohrožená	4 = Nepatrně ohrožená	5 = Neohrožená	N= nehodnoceno	
<i>Indikátor</i>	1	2	3	4	5	N
Vzorec vylučování						
Zápach moči						
Množství moči						
Barva moči						
Čiřost moči						
Kompletnost vyprázdnění močového měchýře						
Rozpoznání naléhavosti nutkání na močení						
Viditelné příměsi v moči						
Viditelná krev v moči						
Bolest při močení						
Pálení při močení						
Váhavost při močení						
Frekvence močení						
Naléhavost močení						
Retence moči						
Noční močení						
Inkontinence moči						
Inkontinence moče stresová						
Inkontinence moči urgentní						
Inkontinence moči funkční						
Celkem						

NOC – Kontinence moči (0502)						
Doména: II: Fyziologické zdraví			Třída: F. Vylučování			
Definice: Kontrola nad vylučováním moče z močového měchýře.						
1 = Nikdy projevená	2 = Značně ohrožená	3= Někdy projevená	4 = Často projevená	5 = Stále projevená	N= nehodnoceno	
<i>Indikátor</i>	1	2	3	4	5	N
Rozeznání naléhavost močení						
Udržování předvídatelného vzorce vylučování						
Včasná reakce na nutkání močit						
Odpovídající objem močového měchýře						
Dostane se na toaletu před odchodem moči						
Cesta na toaletu bez překážek						
Vyloučí víc jak 150 ml při každé mikci						
Ovládá proud moče (schopnost přerušování močení)						
Vymočí celý obsah močového měchýře (nezůstává reziduální moč)						
Přijímá dostatek tekutin per os						
Je soběstačný při oblékání/svlékání						
Je soběstačný při vyprazdňování/transportu na toaletu						
Užívá léky ovlivňující močení						
1 = Stále projevená	2 = Často projevená	3 = Někdy projevená	4 = Výjimečně projevená	5 = Nikdy projevená	N= nehodnoceno	

Moč uniká mezi močením						
Retenční moč > 100 -200 ml						
Únik moči při nárůstu nitrobrišního tlaku (např. kýčání, smíchu, zvedání)						
Pomočené oblečení během dne						
Pomočené oblečení a lůžko během noci						
Infekce močového ústrojí						
Celkem						

3. VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA – funkce gastrointestinálního systému

NANDA - ZÁCPA (00015)	
Doména: 3. Vylučování a výměna	Třída: Funkce gastrointestinálního systému
Definice: Snížení normální frekvence defekace doprovázené obtížným nebo nedokonalým odchodem stolice, nebo odchodem nepřiměřeně tuhé, suché stolice.	
Určující znaky	
Snížená frekvence stolice	Nadměrné/snížení střevní ozvy
Sněžní množství stolice	Plné rektum, tlak v reku
Bolest břicha	Tupý pokleповý zvuk v oblasti břicha
Změny ve vylučovacím návyku	Zvýšení nitrobrišního tlaku
Obtížná defekace	Silná plynatost
Citlivost břicha při palpaci s/bez palpační svalové rezistencí	Porucha trávení
Vzedmuté břicho	Zvracení
Tvrdá formovaná stolice	Nechutenství
Paradoxní průjem (samovolný odchod tekuté stolice)	Atypické příznaky u starých (např. změny psychiky, močová inkontinence, neobjasněné pády, zvýšená TT)
Bolestivá defekace	Bolest hlavy
Neschopnost defekace	Únava
Palpačně zjištěná masa stolice v břichu nebo rektu	
Související faktory: funkční	
Ochablé břišní svalstvo	Nedostatečné/nepravidelné defekační návyky
Průměrná denní fyzická aktivita je nižší, než je doporučeno pro dané pohlaví a věk	Nedávná změna prostředí
Habituaální ignorování potřeby defekace	
Související faktory: mechanické	
Obezita	Neurologický poškození (např. trauma mozku, změny EEG, záchvatovitá porucha)
Pooperační střevní obstrukce	Nerovnováha elektrolytů
Patologie v oblasti konečníku (hemeroidy píštěl, prasklina, absces, striktur, prolaps, rektokéla)	Zvětšení prostaty
Hirschprungova nemoc (megakolon)	Těhotenství
Tumor	
Související faktory: farmakologické	
Nadužívání laxativ	Farmaceutický činitel
Související faktory: fyziologické	

Snížená mobilita GIT	Nevhodné stravovací návyky
Dehydratace	Nedostatečná orální hygiena
Změna v stravovacích návycích (druhy jídla, čas jídla)	Nedostatečný příjem vlákniny
Špatný stav chrupu	Nedostatečný příjem tekutin
Související faktory: psychogenní	
Zmatenost	Emoční rozrušení
Deprese	
Očekávaný výsledek:	

NANDA - RIZIKO ZÁCPY (00015)	
Doména: 3. Vylučování a výměna	Třída: Funkce gastrointestinálního systému
Definice: Náhylnost ke snížení normální frekvence defekace doprovázené obtížným nebo nekompletním odchodem stolice, což může vést k oslabení zdraví.	
Rizikové faktory: funkční	
Ochablé břišní svalstvo	Nedostatečné defekační návyky
Průměrná denní fyzická aktivita je nižší, než je doporučeno pro dané pohlaví a věk	Nepravidelné defekační návyky
Habituaální ignorování potřeby defekace	Nedávná změna prostředí
Rizikové faktory: mechanické	
Obezita	Neurologický poškození (např. trauma mozku, změny EEG, záchvatovitá porucha)
Pooperační střevní obstrukce	Nerovnováha elektrolytů
Patologie v oblasti konečníku (hemeroidy píštěl, prasklina, absces, striktur, prolaps, rektokéla)	Zvětšení prostaty
Hirschprungova nemoc (megakolon)	Těhotenství
Tumor	
Rizikové faktory: farmakologické	
Soli železa	Farmaceutický činitel
Nadužívání laxativ	
Rizikové faktory: fyziologické	
Snížená mobilita GIT	Nevhodné stravovací návyky
Dehydratace	Nedostatečná orální hygiena
Změna v stravovacích návycích (druhy jídla, čas jídla)	Nedostatečný příjem vlákniny
Špatný stav chrupu	Nedostatečný příjem tekutin
Rizikové faktory: psychogenní	
Zmatenost	Emoční rozrušení
Deprese	
Očekávaný výsledek:	

NIC – Prevence a zmírnění zácpy (00450)	
Doména: 1. Fyziologická základní	Třída: B. Vylučování
Definice: Prevence a zmírnění zácpy	

Sledujte výskyt příznaků zácpy a fekálního zaklínění.
Podle potřeby, sledujte způsob a frekvenci defekace (také množství, barvu, formu stolice a příměši ve stolici) a poučte o nutnosti sledování pacienta a jeho blízké.
Monitorujte odchod plynů. Zvýšení/snížení frekvence odchodu plynů konzultujte s lékařem.
Sledujte příznaky prasknutí střevní stěny a/nebo zánětu pobřišnice.
Pravidelně sledujte hmotnost pacienta.
Vysvětlete pacientovi a jeho blízkým příčinu problému a důvody zavedených opatření.
Informujte pacienta/blízké o zácpě, souvislostech mezi stravou, cvičením a příjmem tekutin a zácpou/fekálním zaklíněním.
Identifikujte faktory (např. léky, pobyt na lůžku a strava), které mohou způsobit, nebo ovlivňovat zácpu.
Podle potřeby vytvořte harmonogram vyprazdňování (např. pacient se vyprázdní min. 1 za tři dny).
Podporujte zvýšený perorální příjem tekutin (pokud tomu nebrání kontraindikace).
Podle potřeby informujte pacienta a jeho blízké o vhodné stravě s vysokým podílem vlákniny.
Informujte pacienta/blízké o vhodných laxativech a způsobech užívání laxativ.
V případě přetrvávajících potíží s vyprazdňováním, zprostředkuj konzultaci s lékařem.
Podle potřeby informujte pacienta o průběhu manuálního vybavení stolice.
Asistujte lékaři při manuálním vybavení fekálního zaklínění.
Podle ordinace lékaře proveďte klyzma.

NANDA - PRŮJEM (00013)	
Doména: 3. Vylučování a výměna	Třída: Funkce gastrointestinálního systému
Definice: Průchod kypré, neformované stolice.	
Určující znaky	
Bolest břicha, křeče	Nadměrné střevní ozvy
Naléhavé nutkání na stolici	Kyprá tekutá stolice >3/24hod
Související faktory: fyziologické	
Zánět GIT	Malabsorbce
Podráždění GIT	Paraziti
Infekce	
Související faktory: psychologické	
Strach	Stres
Související faktory: situační	
Enterální výživa	Látková závislost
Vystavení kontaminaci	Cestování
Vystavení toxinům	Léčebný režim
Nadužívání laxativ	
Očekávaný výsledek:	

NIC – Prevence a zmírnění průjmu (0460)	
Doména: 1. Fyziologická základní	Třída: B: Vylučování
Definice: Prevence a zmírnění průjmu	
Sleduj symptomy průjmu.	
Zjistí anamnézu týkající se průjmu.	

Podle potřeby, sledujte způsob a frekvenci defekace (také množství, barvu, formu stolice a příměsi ve stolici) a poučte o nutnosti sledování pacienta a jeho blízké.
Dle ordinace lékaře odeber stolici na mikrobiologické vyšetření a citlivost.
Zhodnoť, čím může být průjem vyvolán (např. infekce, medikamenty, léčba, výživa enterální sondou).
Vysvětlete pacientovi a jeho blízkým příčinu problému a důvody zavedených opatření.
Hodnoťte energetický příjem pacienta.
Podávej stravu častěji v malých dávkách a dávky postupně navyšujte.
Poučte pacienta, že není vhodné konzumovat potraviny nadýmavé a pikantní.
Sleduj vliv odstranění laktózy ze stravy na výskyt průjmu.
Sleduj, zda je zachován normální kožní turgor.
Sleduj stav pokožky v perineální oblasti.
Měř ztráty vyvolané průjmem.
Pravidelně sledujte hmotnost pacienta.
Hodnoť střevní ozvy (zesílení, frekvenci).
V případě přetrvávajících potíží s vyprazdňováním, zprostředkuj konzultaci s lékařem.
Pokud je to vhodné, pouč pacienta o vhodné výživě (málo vlákniny, hodně tekutin, hodně proteinů, hodně kalorií).
Pouč pacienta, aby neužíval laxativa.
Pokud je to vhodné, nauč pacienta techniky vyrovnávání se se stresem a pomáhej mu při jejich využití.
Sleduj, zda jsou konzumované potraviny nezávadné (správně zvolené, správně připravené, správně uchovávané, nekontaminované).

NANDA - DYSFUNKČNÍ GASTROINTESTINÁLNÍ MOTILITA (00196)	
Doména: 3. Vylučování a výměna	Třída: Funkce gastrointestinálního systému
Definice: Zvýšená, snížená, neefektivní nebo chybějící peristaltika GIT.	
Určující znaky	
Křeče v břichu	Průjem
Vzednutí břicha	Potíže při defekaci
Bolesti břicha	Tvrdá formovaná stolice
Absence flatulence	Stagnace žaludečního obsahu
Zrychlení vyprazdňování žaludku	Nevolnost
Biliární žaludeční obsah	Regurgitace
Změny střevních ozev	Zvracení
Související faktory	
Stárnutí	malnutrice
Strach	Předčasné narození
Enterální výživa	Sedavý životní styl
Imobilita	Léčebný režim
Požítí kontaminované potravy (např. radioaktivní)	
Očekávaný výsledek:	

NANDA - RIZIKO DYSFUNKČNÍ GASTROINTESTINÁLNÍ MOTILITY (00197)	
Doména: 3. Vylučování a výměna	Třída: Funkce gastrointestinálního systému

Definice: Riziko zvýšené, snížené, neefektivní nebo chybějící peristaltiky GIT, což může vést k oslabení zdraví.	
Rizikové faktory	
Stárnutí	Imobilita
Strach	Infekce
Změna zdroje vody	Farmaceutický činitel
DM	Předčasné narození
Změna stravovacích návyků (např. jídlo, změna času konzumace)	Sedavý životní styl
Intolerance potravy	Stres
Gastroezofageální reflux	Nehygienická příprava jídla
Očekávaný výsledek:	

NANDA - INKONTINENCE STOLICE (0014)	
Doména: 3. Vylučování a výměna	Třída: Funkce gastrointestinálního systému
Definice: Změna ve vyprazdňování, která je charakterizována samovolným odchodem stolice.	
Určující znaky	
Naléhavé nutkání na stolicí, neschopnost potlačit defekaci	Přítomnost stolice na oděvu
Nepřetržitý odchod stolice	Pocity plnosti rektu, ale bez schopnosti vyloučení stolice
Nepocit'ování defekační potřeby, neschopnost poznat plnost rektu, neschopnost vnímat naléhavost defekace	Začervenání v perinatální oblasti
Přítomnost stolice v lůžku	Odchod stolice odvodnou stomie GIT
Zápach stolice	
Související faktory	
Zvýšený abdominální tlak	Dysfunkce rektálního svěrače
Zvýšený intersticiální tlak	Zhoršená sebekůže při vyprazdňování
Změna kognitivních funkcí	Faktory prostředí (např. nedostupnost koupelny)
Chronický průjem	Celkově ochablý svalový tonus
Zaklínění stolice	Imobilita
Nedokonalé vyprázdnění střev	Poškození periferního motoneuronu
Poškozená kapacita rezervoáru	Farmaceutický činitel
Nadužívání laxativ	Stres
Abnormality na rektálním svěrači, kolorektální léze	Poškození centrálního motoneuronu
Očekávaný výsledek:	

NIC – Vyprazdňování stolice (0430)	
Doména: 1. Fyziologická základní	Třída: B. Vylučování
Definice: Sledování a ovlivňování vylučování stolice	

Zaznamenej datum poslední defekace, přetrvávající střevní problémy, zvyklosti ve vyprazdňování a užívání laxativ.
Podle potřeby, sledujte způsob a frekvenci defekace (také množství, barvu, formu stolice a příměsi ve stolici) a poučte o nutnosti sledování pacienta a jeho blízké.
Sledujte střevní ozvy.
Informujte o zvýšení/snížení frekvence stolice a o zvýšení/snížení střevních ozev.
Sledujte známky průjmu, zácpy, zaklínění stolice.
Pokud je to vhodné, hodnot' úroveň inkontinence stolice.
Pouč pacienta o tom, jaké potraviny pomáhají navodit žádoucí vylučování stolice (tekutiny, vláknina, nenadýmavé a nepikantní potraviny).
Pokud je to vhodné, podávej teplé tekutiny před jídlem (podpora trávení a metabolismu).
Zaveď čípky, pokud je to nutné.
Pokud je to vhodné, iniciuj nácvik správného vyprazdňování stolice (např. navození pravidelné defekace, posílení břišního svalstva).

NOC – Vylučování stolice (0501)										
Doména: II: Fyziologické zdraví			Třída: F. Vylučování							
Definice: Sběr a vylučování stolice										
1 = Vážně ohrožená	2 = Značně ohrožená i	3 = Mírně ohrožená	4 = Nepatrně ohrožená	5 = Neohrožená	N= nehodnoceno					
<i>Indikátor</i>					1	2	3	4	5	N
Vzorec defekace										
Pohyby střev										
Barva stolice										
Nestrávené zbytky stravy ve stolici										
Stolice měkká a formovaná										
Snadné vyprazdňování stolice										
Tonus sfinkteru										
Svalový tonus nutný pro defekaci										
Pasáž stolice bez pomoci										
Střevní ozvy										
Tuk ve stolici										
Krev ve stolici										
Hlen ve stolici										
Zácpa										
Průjem										
Nadužívání laxativ										
Bolestivá defekace										
Celkem										

NOC – Kontinence stolice (0500)										
Doména: II: Fyziologické zdraví			Třída: F. Vylučování							
Definice: Kontrola nad vylučováním stolice.										
1 = Nikdy projevená	2 = Značně ohrožená	3 = Někdy projevená	4 = Často projevená	5 = Stále projevená	N= nehodnoceno					
<i>Indikátor</i>					1	2	3	4	5	N
Rozeznání naléhavost defekace										

Udržování předvídatelného vzorce defekace						
Včasná reakce na nutkání defekovat						
Defekace minimálně jednou za tři dny						
Adekvátní tonus sfinkteru						
Funkční inervace sfinkteru						
Včasná reakce na nutkání k defekaci						
Dostane se na toaletu před odchodem stolice						
Cesta na toaletu bez překážek						
Přijímá dostatek tekutin						
Přijímá dostatek vlákniny						
Popíše vliv přijímaných potravin na defekaci						
Sleduje množství a konzistenci stolice						
Je soběstačný při vyprazdňování/transportu na toaletu						
1 = Stále projevěná	2 = Často projevěná	3 = Někdy projevěná	4 = Výjimečně projevěná	5 = Nikdy projevěná	N= nehodnoceno	
Průjem						
Zácpa						
Nadužívání laxativ						
Nadužívání klystýru						
Oděv umazaný stolicí během dne						
Oděv a lůžko umazané stolicí v noci						
Celkem						

NIC – Péče o stomii (0480)	
Doména: 1. Fyziologická základní	Třída: B. Vylučování
Definice: Podpora vylučování prostřednictvím stomie a péče o okolí stomie.	
Pouč pacienta a jeho blízké o péči o stomii a stomických pomůckách. Vysvětlí pacientovi rutinní každodenní péči o stomii.	
Nauč pacienta a jeho blízké používat vhodné stomické pomůcky a vyprazdňovat/měnit stomické sáčky.	
Pomáhej pacientovi obstarat si potřebné stomické pomůcky.	
Pokud je třeba, pečuj o stomii.	
Sleduj hojení nově založené stomie.	
Pokud je to vhodné, sleduj, zda se nevyskytly pooperační komplikace (např. Obstrukci střev, paralytický ileus, únik sterkorálního obsahu do dutiny břišní, nepřihojení stomie)	
Sleduj a zaznamenávej charakter četnost a odváděné stolice ze stomie (včetně odchodu střevních plynů)	
Sleduj stav okolí stomie a snášenlivost stomických pomůček (např. macerace, iritace, lokální alergická reakce)	
Sleduj výskyt a pouč pacienta o monitoraci stomických komplikací (např. reжекce stomie, prolaps stomie, parastomická hernie, krvácení ze stomie, nekróza stomie, retrakce stomie, píštěle)	
Pokud je to nutné vyprazdňuj nebo vyměňuj stomické sáčky, když jsou plné.	
Pokud je to nutné, proved' nálev do stomie.	
Zhodnoť míru pacientovy sebedpěče o stomii a dle potřeby pomáhej pacientovi při provádění sebedpěče o stomii.	
Podporuj pacienta a jeho blízké, aby vyjadřovali své pocity v souvislosti se stomií.	
Pouč pacienta jak minimalizovat zápach ze stomie.	

Pouč pacienta, jak zjistit faktory, které ovlivňují způsob vylučování stomií (např. zavedení deníku sledování přijímaných potravinů tekutin)
Pouč pacienta, jakou stravu a tekutiny by měl přijímat a jakým potravinám by se měl vyhýbat (nenadýmavá strava s omezením zbytků, dostatek tekutin)
Pokud je to vhodné, prodiskutuj s pacientem jeho sexuální funkce.
Pokud je to vhodné, doporuč pacienta do stomické poradny a do svépomocné skupiny stomiků.
Ujišťuj pacienta, že se lze žít normální život.

NOC – Sebepéče o stomii (1615)						
Doména: IV. Znalosti o zdraví & zdravé chování			Třída: Q. Zdravé chování			
Definice: Aktivita jedince související s péčí o eliminační stomii.						
1 = Nikdy neprojevená	2 = Výjimečně projevená	3 = Někdy projevená	4 = Často projevená	5 = Stále projevovaná	N = nehodnoceno	
Indikátor	1	2	3	4	5	N
Popíše funkci stomie						
Popíše účel stomie						
Popisuje nekomplikovanou průchodnost stomie						
Používané stomické pomůcky jsou vhodné						
Pečuje o okolí stomie						
Používá správné irigační techniky						
Vyprazdňuje stomické sáčky						
Vyměňuje stomické sáčky						
Sleduje komplikace související se stomií						
Sleduje množství a charakter stolice						
Dodržuje rozvrh výměny stomických pomůsek/sáčků						
Obstarává si stomické pomůcky						
Vyhýbá se potravinám a tekutinám, které zvyšují plynatost						
Dodržuje adekvátní příjem tekutin						
Dodržuje předepsanou dietu						
Vyhýbá se potravinám, které vytváří zápach (stolice, plynů)						
Přizpůsobuje denní aktivity, tak, aby byly optimální pro sebepéči o stomii						
Využívá pomoc zdravotnických profesionálů						
Vyjadřuje akceptaci stomie						
Celkem						

3. VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA – funkce dýchacího systému

NANDA - PORUCHA VÝMĚNY PLYNŮ (00030)	
Doména: 3. Vylučování a výměna	Třída: Respirační funkce
Definice: Zvýšená nebo snížená oxigenace nebo eliminace oxidu uhličitého z krve přes alveolokapilární membránu.	
Určující znaky	
Změny v referenčních hodnotách krevních plynů	Zmatenost
Změny pH arteriální krve, hyperkapnie (\uparrow paCO ₂), hypoxemie (\downarrow paO ₂)	Neklid
Dechové změny (např. dušnost, rychlost, pravidelnost, hloubka)	Somnolence
Abnormální zbarvení kůže (např. bledá, cyanotická)	Podrážděnost
Chvění nosních křídel	Bolest hlavy po probuzení
Tachykardie	Poruchy vidění
Pocení	
Související faktory	
Změny alveolokapilární membrány	Nefyziologické dýchání
Očekávaný výsledek:	

NANDA - NEEFEKTIVNÍ PRŮCHODNOST DÝCHACÍCH CEST (00031)	
Doména: 11. Bezpečnost/ochrana	Třída: Tělesné poškození
Definice: Neschopnost udržovat dýchací cesty čisté, bez sekretu nebo obstrukce.	
Určující znaky	
Náhodné vedlejší dechové fenomény	Neefektivní vykašlávání
Dechové změny např. (patologické dýchání, frekvence, oslabené dechové ozvy)	Nadměrná produkce sputa
Dušnost	Obtížné slovní vyjadřování
Ortopnoe	Neklid
Nepřítomnost kašle	Široce otevřené oči
Související faktory - prostředí	
Expozice kouře	Aktivní kouření
Pasivní kouření	
Související faktory – obstrukce DC	
Spasmus DC	Cizí těleso v DC
CHOPN	Hyperplazie v DC
Nadměrná tvorba hlenu	Umělá plicní ventilace
Exudát v alveolách	Stáza sekretů
Související faktory – fyziologické	
Alergická reakce DC	Infekce
Astma	Neuromuskulární poškození
Očekávaný výsledek:	

NANDA - RIZIKO ASPIRACE (00039)	
Doména: 11. Bezpečnost/ochrana	Třída: Tělesné poškození
Definice: Riziko proniknutí gastroenterálního, orofaringeálního sekretu nebo pevných a tekutých látek do tracheobronchálních cest, což může poškodit zdraví.	
Rizikové faktory	
Nemožnost elevovat trup	Zvýšení žaludečního rezidua
Snížení mobility GIT	Zvýšení tlaku uvnitř žaludku
Snížená úroveň vědomí	Neefektivní vykašlávání
Opožděné vyprazdňování žaludku	Operace krku
Snížený dávivý reflex	Úraz krku
Enterální výživa	Operace dutiny ústní
Operace obličeje	Úraz dutiny ústní
Úraz v obličeji	Orální /nazální sonda/kanyla (např. tracheostomie, výživná/odvodná sonda)
Porucha polykání	Léčebný režim
Nedomykavost jícnového svěrače	Zadrátovaná čelist (např. Sauerova dlaha)
Očekávaný výsledek:	

NIC – Opatření k zabezpečení dýchacích cest (3140)	
Doména: 2. Fyziologická komplexní	Třída: K. Management dýchání
Definice: Zajištění průchodnosti dýchacích cest	
Sledujte pohyby hrudníku, poslechem a poklepem vyšetřete dech, identifikujte oblasti plic se sníženou, nebo žádnou ventilací a sledujte přítomnost patologických dechových fenoménů.	
Podle potřeby kontroluj stav respirace a okysličení (např. saturaci, rychlost, pravidelnost a hloubku dechů, vtahování jugulární jamky, cyanózu, dušnost).	
V pravidelných intervalech kontroluj dýchání u rizikových pacientů (např. pacientů pod vlivem opiátů, novorozenců, pacientů napojených na mechanickou ventilaci, pacientů s popáleninami obličeje a hrudníku, pacientů trpících neuromuskulárními poruchami).	
Sledujte, zda se u pacienta neprojevují znaky zvýšeného neklidu, úzkosti, či lapavého dýchání.	
Uložte pacienta do vhodné polohy umožňující maximální využití ventilačního potenciálu (ortopnoická poloha, poloha vozky, poloha s elevací hrudníku).	
Podle potřeby prováděj ve spolupráci s fyzioterapeutem fyzioterapii hrudníku.	
Podle potřeby prováděj a nauč pacienta (ve spolupráci s fyzioterapeutem) dechová cvičení (např. nafukování rukavice, balónků, inspirační trenažéry, podpurné spirometry).	
Pro efektivní odstranění hlenů z dýchacích cest, nauč a informuj pacienta o efektivním odkašlávání <ul style="list-style-type: none"> – poloha v sedě, pokrčená kolena a mírně předkloněná hlava; – fixace operační rány při kašli (prevence dehiscence rány, a bolesti) – např. rukou, verbou; – opakovaný hluboký nádech - zadržetí dechu na 2 sekundy - 2 až 3 krát za sebou kašel; – opakovaný hluboký nádech - pomalý výdech - na konci výdechu kašel – po kašli opakovaný hluboký nádech; – odstranění hlenů z DC lze napomoci předklonem, masáží laterální strany hrudníku při kašli, stlačením mečovitého výběžku při kašli, míčkováním 	
Sledujte a zaznamenej charakter kašle a sputa.	
Informujte pacienta, aby pomalu, klidně dýchal.	
Veďte pacienta k aktivnímu pohybu.	
Dle ordinace podávej medikaci ovlivňující dechové funkce a sledujte její efekt (např.	

mukolitika – podávejte nejpozději v 16 hodin, expektorancia, antitusika, bronchodilatancia).
Podle potřeby nauč pacienta/blízké správnou techniku inhalace a pomáhej při aplikaci inhalace.
Dle potřeby a indikace lékařem aplikujte pacientovi zvlhčený vzduch, nebo kyslík.
Podle potřeby proveďte endotracheální, nebo nasotracheální odsávání.
Uprav pacientův příjem tekutin tak, aby byla optimální rovnováha tekutin a elektrolytů.
U pacienta v bezvědomí zajistěte průchodnost dýchacích cest (záklon hlavy, předsunutí čelisti).
Spolupracujte s lékařem v případě nutnosti při zavedení umělé plicní ventilace a intubaci dýchacích cest.
Pečujte o pacienty s inkubovanými dýchacími cestami.

NIC – Prevence aspirace (3200)	
Doména: 2. Fyziologická komplexní	Třída: K. Management dýchání; V. Management rizik
Definice: Prevence a minimalizace rizika aspirace u pacienta	
Sleduj úroveň vědomí, kašlací reflex, dávivý reflex, schopnost polykat, dysfagii.	
Sleduj a podporuj dýchání.	
Minimalizuj užívání narkotik, sedativ a medikamentů, které oddalují vyprazdňování žaludku.	
Sleduj stav dýchání.	
Sleduj stav trávení.	
Pokud je to možné, zajisti zvýšenou polohu trupu pacienta od 30° až 90°.	
Pokud je to možné, dbej na to, aby po jídle měl pacient elevovaný trup 30 – 45 minut..	
Pokud je to vhodné, sleduj nafouknutí tracheální manžety (20 – 35 mmHg kontrola v 8 hodinových intervalech).	
Pokud je to vhodné zajisti odsávání sekretu z dýchacích cest (kontinuální pod minus 20 mmHg nebo intermitentní v rozmezí podtlak minus 100 - 150 mmHg).	
Podávej stravu pacientovi v malých dávkách.	
Dohlížej na pacienta a pomáhej mu při příjmu stravy.	
Bud zvýšeně opatrní při podávání tekutin pacientovi.	
Podávej pacientovi přiměřené sousta (potravy/tekutin), nakrájej mu potraviny, aby je zvládl polknout.	
Ověř polohu gastrické sondy nebo gastrické výživné stomie před aplikací stravy.	
Před aplikací stravy do gastrické sondy nebo gastrické výživné stomie ověř, zda je přítomen reziduální obsah žaludku (reziduum u gastrické sondy ↓250 ml, gastrické stomie ↓100 ml).	
Pokud je to vhodné, využij ke kontinuálnímu podávání stravy pumpu.	
Pokud je to vhodné, podávej dle ordinace prokinetika.	
Pokud to lze podávej léky v tekuté podobě nebo tablety před podáním rozdrt'. Zkontroluj DÚ pacienta, zda spolkl všechny léky.	
V pravidelných intervalech a po jídle prováděj toaletu dutiny ústní.	
Informuj lékaře, pokud má pacient problémy s řečí.	
Pokud je to vhodné, sleduj polykací proces za využití zobrazovacích technik (např. RTG a baryová kaše)	

NOC – Prevence aspirace (1918)									
Doména: IV. Znalosti o zdraví & zdravé chování			Třída: T. Kontrola rizik & bezpečnosti						
Definice: Aktivity jedince předcházející tomu, aby se tekutiny a látky dostaly do plic									
1 = Nikdy neprojevená	2 = Výjimečně projevená	3 = Někdy projevená	4 = Často projevená	5 = Stále projevená	N = nehodnoceno				
<i>Indikátor</i>				1	2	3	4	5	N
Identifikuje rizikové faktory aspirace									
Vyhýbá se rizikovým faktorům aspirace									
Provádí orální hygienu									
Při jídle a pití zaujímá vzpřímenou polohu									
Pokud je třeba, leží samostatně na boku při jídle a pití									
Vyбираá jídlo dle polykacích schopností									
Vyбираá jídlo a tekutiny vhodné konzistence									
Pokud je třeba, používá zahušťovadlo do tekutin									
Zaujímá vzpřímenou polohu 30 minut po jídle									
Celkem									

NOC – Respirační stav (0415)									
Doména: II: Fyziologické zdraví			Třída: E. Kardiopulmonální systém						
Definice: Pohyb vzduch v plicích a mimo ně a výměna kyslíčnicku uhličitého a kyslíku na úrovni alveol.									
1 = Vážná odchylka od normálního rozmezí	2 = Značná odchylka od normálního rozmezí	3 = Mírná odchylka od normálního rozmezí	4 = Nepatrná odchylka od normálního rozmezí	5 = Žádná odchylka od normálního rozmezí	N = nehodnoceno				
<i>Indikátor</i>				1	2	3	4	5	N
Rychlost dechu									
Rytmus dechu									
Hloubka nádechu									
Poslechové dechové fenomény									
Průchodnost dýchacích cest									
Dechový objem									
Výsledky spirometrie									
Vitální kapacita plic									
Saturace									
Testy pulmonálních funkcí									
Používání pomocných dýchacích svalů									
Stahování hrudníku									
Sevřené rty při dýchání									
Cyanóza									
Dušnost v klidu									
Dušnost při mírné zátěži									
Roztěkanost									
Somnolence									
Pocení									
Porucha kognice									
Hromadění sputa									
Atelaktáza									

Náhodné dechové ozvy							
Porucha výdechu							
Gapsing							
Agonální dýchání							
Chrochtání							
Pohyby nosních křídel							
Horečka							
Kašel							
Celkem							

4. AKTIVITA/ODPOČINEK – spánek/odpočinek

NANDA - NESPAVOST (00095)	
Doména: 4. Aktivita/odpočinek	Třída: Spánek/odpočinek
Definice: Narušení množství a kvality spánku ovlivňující fungování jednice	
Určující znaky	
Změny ve spánkovém vzorci	Zvýšené absence
Obtížné usínání	Zvýšená nehodovost
Obtíže při spánku	Nedostatek energie
Časné probuzení	Zvýšené absence
Nespokojenost se spánkem	Zvýšená nehodovost
Narušení spánku, které se projeví následující den	Zvýšené absence
Neregenerující spánek (kvůli rodičovským; pečovatelským povinnostem, postelovému partnerovi)	Zvýšená nehodovost
Nedostatek energie	
Související faktory	
Nevhodné prostředí (např. hluk, světlo, teplota a vlhkost vzduchu, neznámé prostředí)	Úzkost
Nevhodná spánková hygiena	Stres
Nedostatek denní aktivity (s ohledem na pohlaví a věk)	Hormonální změny
Častá zdřímnutí (během dne)	Farmaceutický činitel
Deprese	Tělesné nepohodlí
Strach	Konzumace alkoholu
Očekávaný výsledek:	

NIC – Podpora spánku (1850)	
Doména: 1. Fyziologická základní	Třída: F. Usnadnění sebezpečce
Definice: Podpora a řízení cyklu spánku a bdění	
Posuď pacientův vzorec spánku a bdění a sleduj jaké medikamenty a podpůrné vzorce spánku užívá	
Naplánuj vhodný vzorec spánku pro pacienta.	
Sleduj během dne u pacienta výskyt únavy.	

Sleduj spánkový vzorec pacienta a pouč pacienta/blízké o jeho sledování a zaznamenávej počet hodin spánku, spánkové apnoe, obstrukci dýchacích cest, výskyt bolesti/nepohodlí, počet nočních močení, výskyt strachu/úzkosti.
Pouč pacienta/blízké o faktorech, které ovlivňují spánkový vzorec (např. psychické faktory, fyzické faktory, životní styl, práce ve směnách, přechody časových pásem, dlouhá pracovní doba).
Vysvětli pacientovi důležitost adekvátního spánkového vzorce zejména v těhotenství, nemoci, období stresu.
Příprav podmínky pro spánek (např. ticho, přiměřená teplota okolí, čerstvý vzduch, úprava lůžka, večerní hygiena).
Podávej medikaci dle ordinace a sleduj efekt medikace na pacientův spánkový vzorec
Snaž se u pacienta navodit spánkovou rutinu (např. uléhat ve stejnou denní dobu, minimalizovat podřimování během dne, lůžko využívat pouze ke spánku).
Poskytni pacientovi věci, které mu pomáhají s usínáním (např. knížka, hudba, oblíbená hračka).
Před tím než jde pacient spát, pomáhej zmírnit jeho obavy a stres.
Sleduj konzumaci nevhodných potravin a nápojů před spánkem a pouč pacienta/blízké o těchto potravinách.
Omez spánek pacienta přes den, tím, že ho budeš motivovat ke vhodným aktivitám během dne.
Pouč pacienta/blízké o možnostech nefarmakologických metod ovlivňujících spánek (např. svalová relaxace, masáže, vhodná poloha, citlivý dotek).
Aktivity péče naplánuj tak, abys pacientovy zajistil minimálně 90 minut spánku bez rušení.

NOC – Spánek (0004)						
Doména: I. Funkční zdraví			Třída: A. Udržování energie			
Definice: Periodická přirozená porucha vědomí v průběhu níž se tělo regeneruje.						
1 = Vážně ohrožená	2 = Značně ohrožená i	3= Mírně ohrožená	4 = Nepatrně ohrožená	5 = Neohrožená	N= nehodnoceno	
Indikátor	1	2	3	4	5	N
Počet hodin spánku						
Pozorovaný počet hodin spánku						
Spánkový vzorec						
Spánková rutina						
Konzistentnost spánku v noci						
Pocit regenerace po spánku						
Bdělost během dne						
Pohodlné lůžko						
Přiměřená teplota v místnosti						
Nález na EEG						
Nález na EMG						
Nález na elektrookulogramu						
Obtížné usínání						
Přerušovaný spánek						
Občas podřimuje						
Spánková apnoe						
Závislost na spánkových pomůckách (např. kniha, „speciální“ polštářek)						

Noční můry						
Noční močení						
Chrápání						
Bolest						
Celkem						

NANDA - ÚNAVA (00093)	
Doména: 4. Aktivita/odpočinek	Třída: Rovnováha energie
Definice: Dlouhodobě trvající zmáhající pocit vyčerpání se snížením fyzických a mentálních schopností (oproti obvyklé úrovni).	
Určující znaky	
Ospalost	Pocity viny kvůli obtížnému plnění povinností
Vyčerpanost, nedostatek energie	Neregenerující spánek (kvůli rodičovským; pečovatelským povinnostem, postelovému partnerovi)
Nezájem o okolí, netečnost	Vystupňování fyzických symptomů
Zhoršená schopnost zvládnout každodenní rutinu	Sebepozorování
Zhoršená schopnost zachovat běžnou úroveň fyzické aktivit	Změna koncentrace
Neefektivní plnění rolí	Změna libida
Zvýšení požadavků na odpočinek	
Související faktory	
Spánková deprivace	Nudný životní styl
Zvýšená tělesná námaha	Podvýživa
Nevhodné prostředí (např. hluk, světlo, teplota a vlhkost vzduchu, neznámé prostředí)	Pracovní požadavky (směnný provoz, velká aktivita, stres)
Změna fyzické kondice (např. anemie, těhotenství, nemoc)	Deprese
Změna psychické kondice	Strach
Negativní životní událost	Stres
Očekávaný výsledek:	

NIC – Řízení energie (0180)	
Doména: 1. Fyziologická základní	Třída: A. Aktivita cvičení
Definice: Řízení energie za účelem optimalizace funkcí a předcházení únavy	
V souvislosti s únavou posuď pacientův fyziologický stav s ohledem na jeho věk a vývojové stádium.	
Povzbuzuj pacienta, aby vyjádřil své pocity omezení.	
Pokud je to vhodné, použij škálu pro hodnocení únavy.	
Sleduj výskyt a zhoršení fyzické a psychické únavy. O úrovni únavy průběžně informuj ostatní ošetřující personál.	
Pouč pacienta/blízké osoby o příčině únavy (např. anémie, chemoterapie, operace).	

Pokud je to vhodné, vyber vhodné farmaceutické a nefarmaceutické metody ke zmírnění únavy.
Zvolte, které aktivity pacient zvládne a v jakém rozsahu budou vykonány.
Sledujte, zda energetický příjem odpovídá energetickému výdeji. Pouč pacienta/blízké o tomto sledování.
Konzultuj, zda není vhodné doplnit nutriční příjem o vysoce energetické potraviny.
Posud', zda je jídlo vhodně časově rozloženo během dne.
Sleduj kardiopulmonální odezvu na aktivitu (např. tachykardie, arytmie, dušnost, pocení, bledost, změny TK, změny frekvence dechu).
Posud' jaká aerobní zátěž je pacientem tolerována: Pouč o monitoraci akceptované zátěže pacienta/blízké. Nauč je, jak vykovat aktivity s co nejmenší energetickou zátěží.
Sleduj pacientův spánkový vzorec a počet hodin spánku.
Pokud je to vhodné, vymež s pacientem, kdy bude během dne odpočívat a kdy plnit potřebné úkony.
V době odpočinku omez rušivé vlivy okolního prostředí (např. světlo, hluk, ošetrovatelské úkony).
Při relaxaci, usínání prováděj uklidňující aktivity (např. podání medikamentu, poslech hudby, masáž).
Pokud je to vhodné, podporuj pacienta v poledním spánku.
Během pohybové aktivity, sleduj lokalizaci a charakter diskomfortu nebo bolesti. Na základě toho pouč pacienta/blízké/pečující jak tyto vlivy hodnotit a regulovat.
Nauč pacienta jak hospodařit s energií (např. schopnost vybrat podstatné aktivity, vykonat nejdříve nutné aktivity, stanovovat si reálné cíle, delegace některých úkolů na jiné členy domácnosti/přátele, volba vhodné denní doby pro plnění úkolů).
Ved' pacienta k tomu, aby si postupně vytvářel vytrvalost.
Pokud je to vhodné, omez počty návštěv nebo ukonči návštěvy u pacienta.
Pro navýšení svalového tonu prováděj s pacientem aktivní a pasivní cvičení.
Sleduj oxigenaci/saturaci, tepovou frekvenci, srdeční rytmus, rychlost dechu, TK v průběhu/po fyzické aktivitě.
Pokud je potřeba, pomáhej pacientovi s pohybem a sebedpěčí. Podporuj jeho soběstačnost.

NOC – Úroveň únavy (0007)						
Doména: I. Funkční zdraví			Třída: A. Udržování energie			
Definice: Závažnost pozorované nebo udávané únavy						
1 = Vážná	2 = Značná	3 = Mírná	4 = Nepatrná	5 = Žádná	N= nehodnoceno	
Indikátor	1	2	3	4	5	N
Vyčerpání						
Malátnost						
Depresivní nálada						
Ztráta chuti k jídlu						
Pokles libida						
Porucha koncentrace						
Snížená motivace						
Bolesti hlavy						
Bolesti krku						
Zvětšené lymfatické uzliny						
Svalová bolest						
Bolest kloubů						

Malátnost po výkonu						
Úroveň stresu						
1 = Vážně ohrožená	2 = Značně ohrožená	3= Mírně ohrožená	4 = Nepatrně ohrožená	5 = Neohrožená	N= nehodnoceno	
Aktivity běžného života (ADL)						
Instrumentální aktivity denního života (IADL)						
Pracovní výkon						
Výkon životního stylu						
Kvalita odpočinku						
Kvalita spánku						
Rovnováha aktivity/odpočinek						
Ostražitost						
Hematokrit						
Saturace						
Funkce štítné žlázy						
Imunitní funkce						
Neurologické funkce						
Metabolismus						
Celkem						

4. AKTIVITA/ODPOČINEK – AKTIVITA/CVIČENÍ

NANDA - ZHORŠENA POHYBLIVOST NA LŮŽKU (00091)	
Doména: 4. Aktivita/odpočinek	Třída: Aktivita/cvičení
Definice: Omezení nezávislého pohybu na lůžku z jedné polohy do druhé.	
Určující znaky	
Zhoršená schopnost změny polohy z déle trvajících sedu do lehu na zádech (a opačně).	Zhoršená schopnost samostatně změnit polohu v lůžku.
Zhoršená schopnost změny polohy z polohy na břicho do polohy na zádech (a opačně).	Zhoršená schopnost otáčet se ze strany na stranu
Zhoršená schopnost změny polohy ze sedu do lehu na zádech (a opačně).	
Související faktory	
Změněné kognitivní funkce	Neuromuskulární poškození
Bariéry prostředí (např. velikost, typ a vybavení lůžka)	Obezita
Nedostatečné znalosti v oblasti pohybových strategií	Bolest
Nedostatečná svalová síla	Farmaceutické příčiny (např. sedativa)
Muskuloskeletální poškození	Ztráta kondice
Očekávaný výsledek:	

NANDA - ZHORŠENÉ SEZENÍ (00091)	
Doména: 4. Aktivita/odpočinek	Třída: Aktivita/cvičení
Definice: Zhoršená schopnost zaujmout nebo udržet sed (vzpřímenou polohu trupu, která je podporována hýžděmi a stehny).	
Určující znaky	

Neschopnost udržet trup v rovnováze	Zhoršená schopnost upravovat pozici jedné nebo obou dolních končetin na nerovném povrchu
Neschopnost zaujmout pozici se zvýšením trupu	Zhoršená schopnost pohybu v kyčlích/kolenu nebo flexe kyčlí/kolen
Neschopnost unést váhu těla	
Související faktory	
Nedostačená výdrž	Zaujímání úlevové polohy
Nedostatek energie	Léčebné omezení (léčebná poloha)
Úbytek svalové hmoty, nedostačený svalový tonus	Psychogenní porucha
Neurologické poškození	Malnutrice
Ortopedická operace	Zhoršený metabolismus
Bolest	Změněné kognitivní funkce

NANDA - ZHORŠENÉ STÁNÍ (00238)	
Doména: 4. Aktivita/odpočinek	Třída: Aktivita/cvičení
Definice: Zhoršená schopnost udržet tělo ve vzpřímené pozici.	
Určující znaky	
Neschopnost udržet tělo v rovnováze	Zhoršená schopnost upravovat pozici jedné nebo obou dolních končetin na nerovném povrchu
Neschopnost zaujmout pozici s vyváženým trupem	Zhoršená schopnost narovnat/zohnout jednu nebo obě kyčle/kolena
Neschopnost unést váhu těla	
Související faktory	
Nedostačená výdrž	Zaujímání úlevové polohy
Nedostatek energie	Poranění dolních končetin
Úbytek svalové hmoty, nedostačený svalový tonus	Malnutrice, obezita
Neurologické poškození	Léčebné omezení (léčebná poloha)
Chirurgický zákrok	Zhoršený metabolismus
Bolest	Emocionální porucha
Porucha prokrvení	
Očekávaný výsledek:	

NANDA - ZHORŠENÁ TĚLESNÁ POHYBLIVOST (00085)	
Doména: 4. Aktivita/odpočinek	Třída: Aktivita/cvičení
Definice: Omezení nezávislého účelného fyzického pohybu těla, nebo jedné či více končetin.	
Určující znaky	
Změna chůze	Zpomalený pohyb
Omezená schopnost jemné motoriky	Trhavé pohyby
Omezená schopnost hrubé motoriky	Nekoordinované pohyby
Omezený rozsah pohybu	Námahová dušnost
Obtíže při otáčení	Zpomalené reakce
Třes vyvolaný pohybem	Nepohodlí

Posturální nestabilita	Nahrazuje pohyb jinými činnostmi (např. věnuje pozornost aktivitám druhých, kontrolní chování, zaměření na aktivity před onemocněním)
Související faktory	
Ztuhlost kloubů, kontaktury	Senzorickopercepční poškození
Úbytek svalové hmoty, snížení svalové síly, snížené ovládání svalů	Deprese, úzkost
Muskuloskeletální porucha	Farmaceutické příčiny
Neuromuskulární poškození	Sedavý způsob života
Předepsané léčebné omezení pohybu	Nedostatek znalostí o významu fyzické aktivity
Ztráta kondice, snížená vytrvalost, nepoužívání	Nedostatečná podpora prostředí (např. fyzická, sociální)
Malnutice, obezita	Kulturní přesvědčení týkající se odpovídajících činností (např. norma pro věk, pohlaví)
Neochota iniciovat pohyb	Vývojové opoždění
Bolest	
Očekávaný výsledek:	

NANDA - ZHORŠENÁ CHŮZE (00088)	
Doména: 4. Aktivita/odpočinek	Třída: Aktivita/cvičení
Definice: Zhoršená nebo narušená schopnost pohybu v prostředí za využití chůze.	
Určující znaky	
Zhoršená schopnost chůze po schodech	Zhoršená schopnost chůze po nerovném povrchu
Zhoršená schopnost chůze přes obrubník	Zhoršená schopnost ujít požadovanou vzdálenost
Zhoršená schopnost chůze z kopce/ do kopce	
Související faktory	
Bariéry prostředí (např. schody, kopec, nerovnost terénu, překážky, vzdálenost, nedostupnost kompenzační pomůcky)	Muskuloskeletární poškození
Změna kognitivních funkcí	Neuromuskulární poškození
Strach z pádu	Bolest
Porucha rovnováhy	Obezita, malnutrice
Nedostatečná vytrvalost	Nedostatek znalostí o možnostech pohybu
Ztráta kondice	Změny nálad
Nedostačená svalová síla	
Očekávaný výsledek:	

NIC – Dopomoc: Pohyb (1806)	
Doména: 1. Fyziologická základní	Třída: F. Usnadnění sebezpečí
Definice: Dopomoc pacientovi a nácvik činností u pacientů s omezením schopnosti nezávislého pohybu těla.	

Zaznamenávej pacientovi pohybové aktivity a schopnosti a jejich vývoj v čase.
Sleduj schopnost samostatného pohybu pacienta (např. úroveň mobility, limitace pohybu, vytrvalost, schopnost stát a nést tělesnou hmotnost, zdravotní nebo ortopedická nestabilita, úroveň zmatenosti, schopnost spolupracovat, schopnost splnit pokyny).
S ohledem na pacienta, vyber vhodné způsoby transferu a podporuj pacienta při jejich nácviku.
Pouč pacienta a ostatní (blízcí, pečující osoby) o všech technikách, které mají navýšit pacientovu nezávislost.
Zajisti pro pacienta vhodné kompenzační pomůcky a pouč pacienta/blízké/kolegy o jejich bezpečném využívání (např. berle, invalidní vozík, chodítka, hůl, madla, postranice, stupínek pod nohy).
Pouč pacienta/blízké/kolegy o způsobech přemístění se z místa na místo (např. přesun lůžko/židle, přesun invalidní vozík/automobil)
Prakticky předved' a procvičuj s pacientem využívání kompenzačních pomůcek a způsoby přemístění.
Urči způsoby, jak zamezit zranění/pádu pacienta při pohybu.
Pomáhej pacientovi ve všech aktivitách nezbytné páče, kde je třeba přemístění pacienta (např. osobní hygiena, příprava pomůcek).
Při pohybu zachovávej/udržuj stabilitu a mechaniku pohybu těla pacientů.
Pokud je to nezbytné, využívej při zdvihání a pohybu pacientů hydraulický zdvihák, přemísťovací podložku.
Pokud je to vhodné, využij při vertikalizaci pacienta jistící opasek s úchyty.
V souvislosti s pohybem pouč pacienta a pomáhej mu s péčí o drenážní systém, permanentní močový katétr, žilní vstupy, péčí o pokožku (např. zachovávej průchodnost drénů, katétrů a infuzních setů; odvodné systémy ukládej pod úroveň těla; chraň pokožku před expozicí sekretů, exkretů tlakem a tahem).

NOC – Stav sebepěče (0310)						
Doména: I. Funkční zdraví			Třída: D. Sebepečce			
Definice: Schopnost jedince vykonávat nezávisle základní aktivity každodenního života.						
1 = Vážně ohrožená	2 = Značně ohrožená	3 = Mírně ohrožená	4 = Nepatrně ohrožená	5 = Neohrožená	N= nehodnoceno	
Indikátor	1	2	3	4	5	N
Schopnost koupat se						
Schopnost obléknout se						
Schopnost připravit si jídlo a pítí						
Schopnost najíst se						
Schopnost udržovat osobní čistotu						
Schopnost provádět hygienu dutiny ústní						
Schopnost nezávisle provádět vylučování						
Schopnost samostatně užívat neparenterální medikaci						
Schopnost samostatně užívat parenterální medikaci						
Schopnost vykonávat domácí práce						
Schopnost hospodařit s domácími financemi						
Schopnost zařídit si transport						
Schopnost zajistit potřeby do domácnosti						
Zhodnotit bezpečí v domě						
Celkem						

NOC – Úroveň sebekpěče: základní denní aktivity (0300)						
Doména: I. Funkční zdraví			Třída: D. Sebekpěče			
Definice: Schopnost jedince vykonávat nezávisle, s nebo bez kompenzačních pomůcek základní fyzické aktivity a osobní sebekpěči.						
1 = Vážně ohrožená	2 = Značně ohrožená	3 = Mírně ohrožená	4 = Nepatrně ohrožená	5 = Neohrožená	N = nehodnoceno	
Indikátor	1	2	3	4	5	N
Jídlo						
Oblékání						
Vyprazdňování						
Koupání						
Upravenost						
Hygiena						
Hygiena dutiny ústní						
Chůze						
Pohyb na invalidním vozíku						
Schopnost přemístit se						
Samostatné zaujímání polohy						
Celkem						

4. AKTIVITA/ODPOČINEK – sebekpěče

NANDA - DEFICIT SEBEKPEČE PŘI KOUPÁNÍ (00108)	
Doména: 4. Aktivita/odpočinek	Třída: sebekpěče
Definice: Zhoršená schopnost samostatně provádět a dokončit aktivity související s koupáním.	
Určující znaky	
Neschopnost dostat se do koupelny	Neschopnost naregulovat vodu pro koupel
Neschopnost dostat se k vodě	Neschopnost umýt si tělo
Neschopnost opatřit si hygienické pomůcky	Neschopnost utřít si tělo
Související faktory	
Změněné kognitivní funkce	Muskuloskeletární poškození
Strach	Neuromuskulární poškození
Nedostatečná motivace	Bolest
Nevhodné prostředí	Změna vnímání
Narušená schopnost vnímat části těla	Slabost
Narušená schopnost vnímat prostředí a prostorové uspořádání	
Očekávaný výsledek:	

NIC – Sebekpěče: koupání/hygiena (1806)	
Doména: 1. Fyziologická základní	Třída: F. Usnadnění sebekpěče
Definice: Dopomoc pacientovi s osobní hygienou	
Sleduj pacientovu schopnost nezávisle provést koupání/hygienu. Stanov jakou dopomoc potřebuje a snaž se dosáhnout maximální míry soběstačnosti pacienta.	
Při poskytování dopomoci při zajištění koupání/hygienu berte v úvahu pacientovu kulturu,	

věk.
Přichystejte/zajistěte dostupnost pomůcek na hygienu (např. ručník, mýdlo, šampón deodorant, hřeben, zubní kartáček, pastu).
Zajistěte vhodné a intimní prostředí v průběhu vykonávání koupání/hygienu.
Pokud je třeba pomozte pacientovi s koupáním/hygienou, čištěním zubů, mytím a česáním vlasů.
Podporujte pacientovu sebeděči o nehty, sledujte čistotu a délku nehtů.
Sledujte pacientovu integritu kůže.
Zachovávejte hygienické rituály (např. ranní/večerní hygiena, mytí rukou po WC, mytí rukou před/po jídle).

NOC – Úroveň sebeděče: koupání/hygiena (0301)						
Doména: I. Funkční zdraví			Třída: D. Sebeděče			
Definice: Schopnost jedince vykonávat nezávisle, s nebo bez kompenzačních pomůcek základní aktivity související s koupáním/hygienou.						
1 = Vážně ohrožená	2 = Značně ohrožená	3 = Mírně ohrožená	4 = Nepatrně ohrožená	5 = Neohrožená	N = nehodnoceno	
Indikátor	1	2	3	4	5	N
Dostat se do/z koupelny						
zajistí/připraví si hygienické pomůcky						
Zajistí vodu na koupání/hygienu						
Pustí vodu						
Reguluje teplotu vody						
Reguluje proud vody						
Umyje se v umyvadle						
Umyje se ve sprše						
Umyje si trup						
Umyje si obličej						
Umyje si horní polovinu těla						
Umyje si dolní polovinu těla						
Umyje si perineální oblast						
Utře si tělo						
Celkem						

NANDA - DEFICIT SEBEPÉČE PŘI OBLÉKÁNÍ (00109)	
Doména: 4. Aktivita/odpočinek	Třída: sebeděče
Definice: Zhoršená schopnost samostatně provádět a dokončit aktivity související s oblékáním.	
Určující znaky	
Neschopnost vybrat si a sehnat si oblečení	Nevhodné prostředí
Neschopnost zvednout/uchopit oblečení	Muskuloskeletární poškození
Neschopnost obléci si horní/dolní část těla	Neuromuskulární poškození
Neschopnost zapnout/rozepnout si oblečení (např. knoflíky, zip, patenty)	Bolest
Neschopnost obléci/svléct si některé části oděvu (např. košili, ponožky, boty)	Únava

Neschopnost udržet si vzhled na požadované úrovni	Nepohodlí
Zhoršená schopnost užívat kompenzační pomůcky při oblékání	Nedostatečná motivace
Související faktory	
Změněné kognitivní funkce	Strach
Změna vnímání	Slabost
Očekávaný výsledek:	

NIC – Seběpěče: oblékání/upravenost (1802)	
Doména: 1. Fyziologická základní	Třída: F. Usnadnění sebepěče
Definice: Dopomoc pacientovi s oblékáním a úpravou zevnějšku.	
Sleduj pacientovu schopnost nezávisle provést oblékání/upravenost. Stanov jakou dopomoc potřebuje a snaž se dosáhnout maximální míry soběstačnosti pacienta.	
Při poskytování dopomoci při zajištění oblékání/upravenosti berte v úvahu pacientovu kulturu, věk.	
Při oblékání zajistěte pacientovi soukromí.	
Informuj pacienta o tom, jaké oblečení si může vybrat.	
Pokud je třeba, nachystej pacientovi oblečení na dosah (např. na lůžko).	
Pokud je třeba pomozte (plně proveďte) pacientovi s oblékáním/upraveností.	
Pokud je třeba pomozte (plně proveďte) pacientovi s česáním.	
Pokud je třeba pomozte (plně proveďte) pacientovi s holením.	
Pokud je to třeba pomozte (plně proveďte) pacientovi se zavazováním tkaniček, zapínáním knoflíků, patentů a zipů.	
Pokud je třeba naučte pacienta používat kompenzační pomůcky (např. navlékač ponožek, obouvací lžice, zouvák na boty, elastické tkaničky, plastové madlo na zipu).	
Pokud je třeba, zajistěte praní oděvu.	
Pokud je třeba, zajistěte úklid oděvu do skříně/na věšák.	
Pokud je třeba pomozte (plně proveďte) pacientovi s lakováním nehtů make-upem.	
Pokud je třeba, pomáhejte pacientovi při návštěvě holiče nebo butiku.	

NOC – Úroveň sebepěče: oblékání (0302)										
Doména: I. Funkční zdraví			Třída: D. Seběpěče							
Definice: Schopnost jedince vykonávat nezávisle, s nebo bez kompenzačních pomůcek základní aktivity související s oblékáním.										
1 = Vážně ohrožená	2 = Značně ohrožená	3 = Mírně ohrožená	4 = Nepatrně ohrožená	5 = Neohrožená	N= nehodnoceno					
<i>Indikátor</i>					1	2	3	4	5	N
Výběr oblečení										
Vyndá oblečení ze zásuvky										
Vyndá oblečení ze skříně										
Zvedne/uchopí oblečení										
Oblékne si horní polovinu těla										
Oblékne si dolní polovinu těla										
Zapne knoflíky										
Zapne patenty										

Zapne zip						
Oblékne si ponožky						
Oblékne si boty						
Zaváže si boty						
Svlékne horní polovinu těla						
Svlékne dolní polovinu těla						
Celkem						

NANDA - DEFICIT SEBEPÉČE PŘI STRAVOVÁNÍ (00102)	
Doména: 4. Aktivita/odpočinek	Třída: sebepéče
Definice: Zhoršená schopnost samostatně provádět a dokončit aktivity související se stravováním.	
Určující znaky	
Neschopnost připravit si jídlo	Neschopnost dopravit potravu k ústům
Neschopnost připravit jídlo do nádoby	Neschopnost žvýkat potravu, neschopnost pohybovat jídlem v ústech
Neschopnost otevřít obaly s jídlem	Neschopnost polykat dostatečné množství potravy
Neschopnost uchopit hrnek, příbor	Zhoršená schopnost užívat kompenzační pomůcky při jídle
Neschopnost sníst samostatně celé jídlo	Neschopnost stolovat společensky přijatelným způsobem
Související faktory	
Změněné kognitivní funkce	Únava
Změna vnímání	Nepohoda
Nevhodné prostředí	Bolest
Nedostatečná motivace	Strach
Neuromuskulární poškození	Slabost
Muskuloskeletární poškození	
Očekávaný výsledek:	

NIC – Sebecpéce: stravování (1803)	
Doména: 1. Fyziologická základní	Třída: F. Usnadnění sebepéče
Definice: Dopomoc pacientovi s jídlem.	
Sleduj pacientovu schopnost se nezávisle najíst. Stanov jakou dopomoc potrebuje a snaž se dosáhnout maximální míry soběstačnosti pacienta.	
V případě potřeby zajistěte adekvátní úlevu od bolesti před jídlem.	
Zjistěte které potraviny a nápoje pacient preferuje/odmítá.	
Dle potřeby před/po jídle zajistěte orální hygienu.	
Dbejte na to, aby pacient vždy dostal stravu odpovídající jemu předepsané dietě.	
Poučte pacienta/blízké o dietním omezení.	
Připravte příjemné prostředí pro stravování (např. zajistěte stravování v jídelně, upravenost pokrmu, teplota pokrmu, dejte podložní mísu, nádobu na moč, a odsávací zařízení z dohledu pacienta).	
Zajistěte pacientovi pohodlnou a vhodnou polohu k usnadnění žvýkání a polykání.	

Připravte podnos s jídlem a stůl lákavě.
Dle potřeby dopomozte pacientovi při přípravě pokrmu ke konzumaci (např. krájení masa, mazání pečiva, loupání vajíčka, otevřete zabalené pokrmy).
V případě potřeby zajistěte kompenzační pomůcky k usnadnění konzumace (např. velká ucha u hrnku, příbor s řemínky, slámky, sací láhve, nerozbitné nádoby).
Chraňte osobní i ložní prádlo před znečištěním potravou.
Pomozte pacientovi s konzumací potravin, nebo ho nakrmte.
V případě potřeby monitorujte příjem tekutin a stravy.
U s poruchou zraku umístěte potravu do zorného pole a popište uspořádání potravin na talíři (např. za využití hodinového ciferníku).
V případě potřeby zajistěte sociální interakci k zajištění podněcování k samostatnému jídlu a kontrole pacienta při konzumaci potravy.

NOC – Úroveň sebek péče: stravování (0302)						
Doména: I. Funkční zdraví			Třída: D. Sebek péče			
Definice: Schopnost jedince vykonávat nezávisle, s nebo bez kompenzačních pomůcek základní aktivity související se stravováním.						
1 = Vážně ohrožená	2 = Značně ohrožená	3 = Mírně ohrožená	4 = Nepatrně ohrožená	5 = Neohrožená	N = nehodnoceno	
Indikátor	1	2	3	4	5	N
Příprava jídla ke konzumaci						
Otevření nádob s potravinou						
Krájení jídla						
Používání příboru						
Schopnost připravit jídlo do nádoby						
Zvedne hrnek/sklenici						
Rukou dá jídlo do úst						
Z obalu dá jídlo do úst						
Příborem dá jídlo do úst						
Napije se z hrnku/sklenice						
Umístí jídlo do úst						
Pohybuje jídlem v ústech						
Žvýká jídlo						
Polyká jídlo						
Polyká tekutiny						
Kompletně se nají						
Celkem						

NANDA - DEFICIT SEBEPEČE PŘI VYPRAZDŇOVÁNÍ (00110)	
Doména: 4. Aktivita/odpočinek	Třída: sebek péče
Definice: Zhoršená schopnost samostatně provádět a dokončit aktivity související s vyprazdňováním.	
Určující znaky	
Neschopnost přemístit se na toaletu	Neschopnost vstát z toalety
Neschopnost svléknout se/obléknout se před/po vyprázdnění	Neschopnost spláchnout toaletu

Neschopnost sedět na toaletě	Neschopnost dodržet kompletní hygienu vyprazdňování
Související faktory	
Změněné kognitivní funkce	Neuromuskulární poškození
Změna vnímání	Únava
Nedostatečná motivace	Nepohoda
Narušená mobilita, neschopnost přesunu	Bolest
Nevhodné prostředí	Strach
Muskuloskeletární poškození	Slabost
Očekávaný výsledek:	

NIC – Sebepéče: vyprazdňování (1804)	
Doména: 1. Fyziologická základní	Třída: F. Usnadnění sebepéče
Definice: Dopomoc pacientovi s vyprazdňováním	
Sleduj pacientovu schopnost se nezávisle vyprázdnit. Stanov jakou dopomoc potřebuje a snaž se dosáhnout maximální míry soběstačnosti pacienta.	
Při poskytování dopomoci při zajištění vyprazdňování berte v úvahu pacientovu kulturu, věk.	
Při vyprazdňování zajisti pacientovi soukromí a sleduj reakce pacienta na nedostatek soukromí při vylučování.	
Pokud je to vhodné, sestav časový plán vyprazdňování.	
V případě potřeby zajistěte kompenzační pomůcky k usnadnění vyprazdňování (např. pojízdný klozet, močová láhev, podložní mísa, nástavec na toaletu, plenkové kalhotky, vložky, absorpční podložka do lůžka).	
Pokud je to vhodné, seznam pacienta/blízké s vyprazdňovacími návyky/rutinou.	
Zajisti oblečení, které lze snadno svléknout/obléknout. Pomáhej (nebo plně proved') svléknout/obléknutí před/po vyprazdňování.	
Pomáhej pacientovy při vyprazdňování.	
Pomáhej pacientovy (plně proved') při hygieně po vyprázdnění.	
Pečuj (s dopomocí pacienta) o permanentní močový katétr, odvodné stomie.	
Spláchni záchod, vyčisti pomůcky k vyprázdnění (močovou láhev, podložní mísu, pojízdní klozet).	
Sleduj integritu kůže pacienta.	

NOC – Úroveň sebepéče: vyprazdňování (0310)								
Doména: I. Funkční zdraví			Třída: D. Sebepéče					
Definice: Schopnost jedince vykonávat nezávisle, s nebo bez kompenzačních pomůcek základní aktivity související s vyprazdňováním.								
1 = Vážně ohrožená	2 = Značně ohrožená	3 = Mírně ohrožená	4 = Nepatrně ohrožená	5 = Neohrožená	N= nehodnoceno			
Indikátor			1	2	3	4	5	N
Schopnost včas reagovat na naplnění močového měchýře								
Schopnost včas reagovat na defekační reflex								
Schopnost dostat se na toaletu/pojízdný klozet								
Svlékání oblečení před vyprázdněním								
Samostatné zaujímání polohy na toaletě nebo pojízdném klozetu								
Schopnost stihnout dojít na toaletu při naléhavém nutkání na								

stolici/močení						
Vyprázdnění močového měchýře						
Vyprázdnění střev						
Ovládání svěrače během močení						
Ovládání svěrače během defekace						
Schopnost dostat se z toalety/pojízdného klozetu						
Oblékání (úprava) oblečení po vyprázdnění						
Celkem						

5. PERCEPCE/KOGNICE

NANDA - AKUTNÍ ZMATENOST (00128)	
Doména: 5. Percepce/kognice	Třída: kognice
Definice: Reverzibilní náhle vzniklá (vyvinutá v krátkém časovém období) porucha vědomí, pozornosti, kognice a percepce.	
Určující znaky	
Změny úrovně vědomí	Neklid
Změněné kognitivní funkce	Agitovanost
Změna vnímání	Změny psychomotorických funkcí
Halucinace	Neschopnost započít/dokončit účelové chování
Související faktory	
Věk 60 a více	Látková závislost
Delirium	Neuromuskulární poškození
Demence	
Očekávaný výsledek:	

NIC – Orientace v realitě (4820)	
Doména: 3. Behaviorální	Třída: P: Kognitivní terapie
Definice: Podporuj pacientovo vědomí o osobní identitě, čase a prostředí	
Sledujte a zaznamenávejte pacientovu orientaci prostřednictvím standardizovaných škál.	
Vyhodnoťte vliv poruchy na pacientovu kvalitu života	
Určete konkrétní potřeby a schopnosti pacienta	
Při každém zahájení činnosti oslov pacienta jménem	
Přistupuj k pacientovi zepředu	
Pokud je třeba, použijte kompenzační pomůcky pro efektivnější komunikaci (např. naslouchátka, brýle, lupy, umělé zubní protézy)	
Pokud je to vhodné orientujte pacienta při každém kontaktu (v osobě, čase a místě).	
Přistupuj k pacientovi klidně, neuspěchaně. Uplatňujte jednotný přístup k pacientu (např. přátelský, rozhodný, přátelský, faktický, nepoučující)	
Pokud je třeba přizpůsobte projev konkrétnímu pacientu (např. obsah sdělení, rychlost projevu, tón hlasu, gesta).	
Pokládejte jednoduché jednoznačné otázky (pacient nesmí odpovídat pouze ano/ne)	
Používej pomůcky při předávání informací (např. jednoduché nákresy, předvedení činnosti s konkrétní pomůckou, poznámky v bodech)	
Důležité informace předávejte opakovaně	
Zachovávejte pacientovu důstojnost a vyhněte se zbytečné frustraci pacientů	

<ul style="list-style-type: none"> – nepoužívejte opakované otázky na orientaci pacienta, na které pacient neví odpověď – nepoužívejte otázky, kterým pacient není schopen rozumět – nepoužívejte otázky, na které pacient neovládne odpovědět – nepoužívejte abstraktní otázky – vyhněte se neznámým odborným výrazům – nepožadujte po pacientu úkony, které není schopný provést – nepoužívejte otázky vyžadující tvorbu úsudku nad rámec schopnost pacienta
Podporujte pacientovu koncentraci
Podporujte pacientovu fyzickou a mobilitu zdatnost aktivním/pasivním cvičením
Snažte se u pacienta dodržovat denní pravidelnost (režim)
Pokud je to možné, chraňte pacienta před novými neznámými situacemi
Postupně připravujte pacienta na nově vzniklé změny (např. v režimu, v prostředí)
Zajistěte dostatek spánku pro pacienta. Korigujte pospávání pacienta během dne.
Seznamte pacientovi blízké s pacientovou situací, poučte je o nutnosti podporovat pacientovu orientaci a podporujte je v zapojení do péče o pacienta
Poskytněte pacientovi předměty, na které je zvyklý z domova
Upravujte vjemy/podměty pacienta (např. návštěvy, zvuky, světlo, doteky, sledování/nesledování televize)
Poskytněte environmentální podměty (např. obrazy, hodiny, kalendář, barvy v místnosti)
Pokud je to vhodné, předkládejte pacientovi nové aktuální informace (např. noviny, televize, poslech rádia, ústní sdělení)

NOC – Kognitivní orientace (0901)									
Doména: II: Fyziologické zdraví			Třída: J: Neurokognitivní funkce						
Definice: Schopnost jedince vykonávat nezávisle, s nebo bez kompenzačních pomůcek základní aktivity související s vyprazdňováním.									
1 = Vážně ohrožená	2 = Značně ohrožená	3 = Mírně ohrožená	4 = Nepatrně ohrožená	5 = Neohrožená	N= nehodnoceno				
Indikátor				1	2	3	4	5	N
Správně identifikuje sebe									
Správně identifikuje ostatní důležité osoby									
Správně identifikuje místo, kde je ošetřován									
Správně identifikuje den									
Správně identifikuje měsíc									
Správně identifikuje rok									
Správně identifikuje roční období									
Správně identifikuje aktuální dění									
Celkem									

6. SBEPERCEPCE

NANDA – NARUŠENÝ OBRAZ TĚLA (00118)	
Doména: 6. Sebepercepce	Třída: Obraz těla
Definice: Porucha mentálního obrazu fyzického já.	
Určující znaky	
Chybění částí těla	Rozšíření tělesné hranice (např. tak aby obsahovala okolní předměty)
Změna tělesných funkcí	Obava z reakce ostatních
Změna tělesných struktur	Pozornost klade na předchozí vzhled těla
Změna pohledu na své tělo (např. vzhled,	Pozornost klade na předchozí funkci těla

Autorský tým: Mgr. Alena Pospíšilová, Ph.D.
Ing. Igor Kuba
Mgr. Marta Šenkyříková, Ph.D.

struktura, funkce)	
Obava podívat se na své tělo	Pozornost klade na předchozí silné stránky
Obava sáhnout na své tělo	Zvýšený výkon
Chování monitorující vlastní tělo	Negativní pocity v souvislosti s vlastním tělem
Chování neuznávající vlastní tělo	Neverbální na změny (např. vzhled, struktura, funkce)
Změna schopnosti odhadnout prostorový vztah těla k okolnímu prostředí	Přehnané vystavování těla
Změny životního stylu	Personalizace změny/ztráty části těla jménem
Změny v sociální interakci	Předpojatost ke změně/ztrátě části těla
Depersonalizace části těla/ztráty pomocí neosobních zájmen	Odmítání akceptovat změnu
Důraz klade na zbývající silné stránky	Úraz/poškození nefunkční části těla
Související faktory	
Změna tělesné funkce (v důsledku abnormality, nemoci, těhotenství, úrazu, léčby, radiační, chirurgické)	Nemoc
Změny kognitivních funkcí	Porucha psychosociální funkce
Změny sebevnímání	Poranění
Kulturní nesoulad	Spirituální nesoulad
Vývojový přechod	Léčebné postupy
Očekávaný výsledek:	

NIC – Podpora vnímání těla (5220)	
Doména: 3. Behaviorální	Třída: R. Pomoc s vyrovnáváním se (zvládnutím zátěže)
Definice: Zlepšuj pacientovo vnímání/nevnímání a postoje v souvislosti s vlastním tělem	
Urči pacientovy změny vzhledu těla s ohledem na jeho vývojové stádium.	
Urči a informuj ostatní o tom, co pacienta na změně nejvíc znepokojuje (z čeho má obavu). U dětí urči i jak změnu vnímají rodiče dítěte.	
Identifikuj, jak ovlivňuje pacientovo vnímání změny tělesného image jeho kultura, víra, rasa, pohlaví a věk.	
Pouč pacienta/blízké v souvislosti se změnou tělesného vzhledu a funkce. U dětí použij názorné nákresy a pouč i rodiče.	
Pokud je předem známo, že dojde ke změně tělesného vzhledu (např. amputace, stomie), připrav pacienta na tuto změnu předem.	
Urči, zda jsou změnou těla ohroženy sociální vztahy, zejména u rizikových skupin jako jsou adolescenti. Urči míru sociální izolace, kterou způsobila změna tělesného obrazu nebo tělesné funkce.	
Pokud je to vhodné, diskutuj s pacientem o změnách, které nastaly v důsledku nemoci, operace, vývojových změn – puberty a stárnutí, těhotenství.	
Pomáhej pacientovy určit rozsah aktuálních změn na těle a jeho funkční úroveň.	
Urči aktuální změny psychiky, které mohou doprovázet změnu pacientova obrazu těla.	
Pokud je to vhodné, pomáhej pacientovi s úpravou osobních hodnot.	
Pokud je to vhodné, pomoz pacientovi se začlenit do svépomocných skupin osob s podobným hendikepem.	

Sleduj jak často se u pacienta vyskytuje sebekritická reakce.
Sleduj, jak často pacient sleduje postiženou část těla.
Podporuj pacienta/blízko v pozitivním vnímání svého těla a jeho funkce.
Společně s pacientem/rodinou hledejte způsoby jak snížit viditelnost tělesného poškození (např. nepřiléhavý oděv, dlouhé kalhoty/sukně/rukáv, paruka, make-up, způsob pohybu)
Pomáhej pacientovi s úpravou zevnějšku (např. oblečení, make-up) zejména než za ním přijdou návštěvy.
Pacientům s anorexií a bulimií pomáhej vytvářet reálný pohled na své tělo.

NOC – Tělesný obraz (1200)						
Doména: III: Psychosociální zdraví			Třída: M. Psychologické optimum (blahobyť)			
Definice: Míra manifestace předtuch, napětí, nervozity – bez identifikované příčiny.						
1 = Nikdy pozitivní	2 = Výjimečně pozitivní	3 = Někdy pozitivní	4 = Často pozitivní	5 = Stále pozitivní	N = nehodnoceno	
Indikátor	1	2	3	4	5	N
Pohled sám na sebe						
Shoda mezi realitou, ideální představou o těle						
Popis postižené části těla						
Postoj k dotýkání se postižených částí těla						
Postoj k užívání strategií pro zlepšení vzhledu						
Spokojenost s tělesným vzhledem						
Spokojenost s postupy zlepšujícími funkčnost těla						
Spokojenost s tělesnou funkčností						
Přizpůsobování se změnám fyzického vzhledu						
Přizpůsobování se změnám funkčnosti těla						
Přizpůsobování se změnám zdravotního stavu						
Přizpůsobování se změnám vyvolaným poraněním						
Přizpůsobování se změnám vyvolaným operací						
Přizpůsobování se změnám způsobeným stárnutím						
Celkem:						

7. VZTAHY MEZI ROLEMI

NANDA – NEEFEKTIVNÍ PLNĚNÍ ROLÍ (00055))	
Doména: 7. Vztahy mezi rolemi	Třída: Plnění rolí
Definice: Vzorec chování a sebevyjádření, které neodpovídá kontextu, normám a očekávání okolí.	
Určující znaky	
Změna ve vnímání rolí	Nedostatek příležitostí pro výkon role
Změna ve vnímání rolí ostatními	Nedostatečná sebekázeň
Úzkost	Nedostatek dovedností pro plnění role
Změna ve schopnosti pokračovat v plnění rolí	Pesimismus
Změna ve vnímání své role	Bezmocnost
Změna v obvyklých vzorcích odpovědnosti	Ambivalence rolí
Diskriminace	Konflikt rolí

Nedostačená sebedůvěra	Zmatek v rolích
Trápení	Odmítání role
Neodpovídající vývojové stádium jedince pro plnění role	Nespokojenost s rolí
Nedostatečná adaptace na změnu	Namáhavé role
Neefektivní copingové strategie	Systémový konflikt
Nedostatečná motivace	Nejistota
Neefektivní vykonávání rolí	Nedostatečná vnější podpora
Související faktory - znalosti	
Nedostatečný model rolí	Nedostateční vzdělání
Nedostatečná připravenost pro plnění role (přechod mezi rolemi, nácvik rolí, validace)	Nerealistické očekávání od rolí
Související faktory - fyziologické	
Změna obrazu těla	Užívání návykových látek
Mentální nemoci (např. deprese, psychózy, poruchy osobnosti)	Neurologická porucha
Únava	Bolest
Nízká sebeúcta	Somatické onemocnění
Související faktory - sociální	
Konflikt	Finanční znevýhodnění
Vývojová úroveň nevhodná k plnění očekávaných rolí	Náročný harmonogram v zaměstnání
Domácí násilí	Nedostatečný podpůrný systém
Nedostateční zdroje (finanční, sociální)	Nedostatečné ocenění
Nedostatečné propojení se zdravotnickým systémem	Nedostatečné sociální role
Stresory	Nízký věk
Očekávaný výsledek:	

NIC – Změna chování: sociální dovednosti (4362)	
Doména: 3. Behaviorální	Třída: O. Behaviorální terapie
Definice: Asistence pacientu při rozvoji nebo zlepšování sociálních dovedností	
Pomáhej pacientovi rozpoznat problémy v souvislosti s deficitem sociálních dovedností.	
Podporuj pacienta ve vyjadřování pocitů souvisejících s interpersonálními problémy	
Pomáhej pacientovi určit žádoucí výsledky pro problematické interpersonální vztahy nebo situace.	
Pomáhej pacientovi určit možné sociální/interpersonální následky svého počínání.	
Urči specifické sociální dovednosti, které by bylo vhodné ovlivnit.	
Pomáhej pacientovi při plnění rolí.	
Pouč pacienta/blízké o to jak bude probíhat nácvik sociálních dovedností.	
Pokud je to vhodné zahrň do nácviku sociálních dovedností i pacientovi blízké.	
Poskytni pacientovi/blízkým zpětnou vazbu v oblasti plnění sociálních rolí a nácviku sociálních dovedností.	
Podporuj pacienta/blízké v sebehodnocení dosažených cílů v oblasti sociální interakce, sebecenění při dosažení cílů a hledejte řešení při nedosažení cílů sociální interakce.	

NOC – Dovednosti sociální interakce (1502)						
Doména: III. Psychosociální zdraví			Třída: P. Sociální interakce			
Definice: Chování jedince, které podporuje efektivní odezvu						
1 = Nikdy neprojevená	2 = Výjimečně projevená	3 = Někdy projevená	4 = Často projevená	5 = Stále projevená	N = nehodnoceno	
Indikátor	1	2	3	4	5	N
Je otevřený, pokud je to hodné						
Projevená vnímavost						
Spolupráce s druhými						
Projevený pochopení k druhým						
Je asertivní, pokud je to vhodné						
Používá konfrontaci, pokud je to vhodné						
Projevuje ohleduplnost						
Projevená poctivost (pravost)						
Projevená vřelost						
Projevená vyrovnanost						
Projevená uvolněnost						
Zapojuje ostatní						
Projevuje důvěru						
Přijímá kompromisy, pokud je to vhodné						
Používá strategie k řešení konfliktů, pokud je to vhodné						
Celkem						

8. SEXUALITA

neobsazeno

9. ZVLÁDÁNÍ/TOLERANCE ZÁTĚŽE

NANDA - POSTTRAUMATICKÝ SYNDROM (00141)	
Doména: 9. Zvládání/tolerance zátěže	Třída: posttraumatická reakce
Definice: Nedostatečná adaptace na výrazně traumatizující událost.	
Určující znaky	
Agrese	Bolesti hlavy
Duševní porucha	Bušení srdce
Změna koncentrace	Neobjektivnost anamnézy
Změna nálady	Beznaděj
Zlost	Hrůza
Úzkost	Nadměrná ostražitost
Vyhýbavé chování	Vtíravé sny
Impulzivní chování	Vtíravé myšlenky
Popírání	Podrážděnost
Deprese	Neurosenzorická podrážděnost
Disociativní amnézie	Nystagmus
Pomočování	Panické ataky
Přehnaně vyděšené reakce	Vzteky
Strach	Necitlivost
Záblesky vzpomínek	Potlačování
Podráždění GIT	Stud
Truchlení	Látková závislost

Vina	
Související faktory	
Události mimo rozsah běžných lidských zkušeností	Mučení v anamnéze
Katastrofa (přírodní nebo způsobená člověkem)	Sebepoškozování
Epidemie	Vážná nehoda (průmyslová, dopravní)
Tragická událost postihující mnoho mrtvých	Vážné zranění blízké osoby
Zničení domova	Vážné ohrožení blízké osoby
Válka	Vážné ohrožení sebe
Týrání v anamnéze (fyzické, psychické, sexuální)	Svědék mrzačení/zohavení
Válečné zajetí v anamnéze	Svědék násilné smrti
Oběť trestného činu	
Očekávaný výsledek:	

NANDA - RIZIKO POSTTRAUMATICKÉHO SYNDROMU (00145)	
Doména: 9. Zvládání/tolerance zátěže	Třída: posttraumatická reakce
Definice: Náchyllost k nedostatečné adaptaci na výrazně traumatizující událost, což může vést k oslabení zdraví.	
Rizikové faktory	
Vnímání události jako traumatické	Riziková zaměstnání (policie, hasiči, záchranáři, pracovníci nápravných zařízení, pohotovost, psychiatrie)
Doba trvání traumatické události	Nedostačená sociální podpora
Nepodporující prostředí	Vyhnání z domova
Přehnaná zodpovědnost	Snížené ego
Role pozůstalého	
Očekávaný výsledek:	

NANDA - ÚZKOST (00146)	
Doména: 9. Zvládání/tolerance zátěže	Třída: reakce na zvládání zátěže
Definice: Nejasný, nelehký pocit nepohodlí nebo děsu provázený autonomní reakcí (příčina je jedinci často nejasná nebo nespecifická); pocit obav způsobený očekáváním nebezpečí. Je to výstražný signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje osobě učinit opatření, aby hrozbě čelila.	
Určující znaky - behaviorální	
Snížená výkonost	Nespavost
Bezděčné pohyby	Špatný oční kontakt
Ošívání se	Neklid
Roztěkanost	Podrobné pozorování chování
Nadměrná ostražitost	Strach ze životních změn
Určující znaky - emoční	
Sklíčenost	Nervozita
Úzkostlivost	Zvýšená excitovanost
Stres	Roztřesenost

Strach	Lítostivost
Pocit neadekvátnosti	Sebestřednost
Bezradnost	Nejistota
Zvýšená ostražitost	Obavy
Podrážděnost	
Určující znaky - tělesné	
Napětí v obličeji	Nadměrné napětí
Třes rukou	Třes, chvění
Nadměrné pocení	Chvění hlasu
Určující znaky – nervus sympathicus	
Změna dýchání	Zvýšený TK
Nechutenství	Zvýšený P
Zvýšené reflexy	Zvýšený D
Kardiovaskulární podráždění	Rozšíření zornic
Průjem	Povrchová vasokonstrikce
Sucho v ústech	Svalové záškuby
Zčervenání v obličeji	Slabost
Bušení srdce	
Určující znaky – nervus parasympathicus	
Bolesti břicha	Mdloba
Změny vzorce spánku	Únava
Snížený TK	Nauzea
Snížený P	Brnění končetin
Průjem	Časté močení, váhavost, zda se chce močit nebo ne, naléhavé močení
Určující znaky – kognitivní	
Změna pozornosti	Strach
Změna koncentrace	Zapomětlivost
Vnímání fyziologických symptomů	Předpojatost
Zhoršená schopnost myslet, učit se, řešit problémy	Hloubavost
Zúžení percepčního pole	Tendence obviňovat druhé
Zmatenost	
Související faktory	
Konflikt životních cílů	Situační krize
Vystavení toxinu	Stres
Úzkost v rodinné anamnéze	Látková závislost
Dědičnost	Hrozba smrti
Interpersonální nákaza, přenos	Hrozba změny stavu
Důležité změny (např. ekonomické, životní podmínky, zdravotní, funkční role, postavení rolí)	Nenaplněné potřeby
Krize dospívání	Konflikt hodnot
Očekávaný výsledek:	

NANDA - ÚZKOST ZE SMRTI (00147)**Doména:** 9. Zvládání/tolerance zátěže**Třída:** reakce na zvládání zátěže

Definice: Nejasný, nelehký pocit nepohodlí nebo děsu vyvolaný reálným či imaginárním pocitem ohrožení něčí existence.	
Určující znaky	
Strach z rozvoje nevyléčitelného onemocnění	Strach z procesu umírání
Strach ze ztráty duševních schopností z důvodu umírání	Negativní myšlenky spojené se smrtí a umíráním
Strach z bolesti z důvodu umírání	Bezmocnost
Strach z předčasné smrti	Obava z dopadu vlastní smrti na blízké osoby
Strach ze zdlouhavého umírání	Hluboký zármutek
Strach z utrpení z důvodu umírání	Obavy ze zátěže pečovatele
Související faktory	
Strach z nežádoucích účinků anestezie	Nepřípnutí vlastní smrtelnosti
Předvídaní dopadu smrti na druhé	Pozorování související se smrtí
Předvídaní bolesti	Vnímání blízkosti smrti
Předvídaní utrpení	Nejistota ohledně setkání se s vyšší mocí
Vyrovňování se s faktem nevyléčitelné nemoci.	Nejistota ohledně života po smrti
Diskuze na téma smrti	Nejistota ohledně existence vyšší moci
Zkušenost s procesem umírání	Nejistá prognóza
Blízká zkušenost se smrtí	
Očekávaný výsledek:	

NANDA - STRACH (00148)	
Doména: 9. Zvládání/tolerance zátěže	Třída: reakce na zvládání zátěže
Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznané jako nebezpečí.	
Určující znaky	
Znepokojení	Zvýšený TK
Snížení sebevědomí	Zvýšení napětí
Rozrušení	Nervozita
Pocit neklidu	Svalové napětí
Pocit děsu	Nevolnost
Pocit strachu	Bledost
Pocit paniky	Rozšíření zornic
Pocit zděšení	Zvracení
Určující znaky - kognitivní	
Zhoršená schopnost učit se	Identifikace příčiny strachu
Zhoršená schopnost řešit problémy	Podmět je vnímán jako ohrožení
Snížená výkonnost	
Určující znaky - behaviorální	
Útočné chování	Impulzivnost
Vyhýbavé chování	Zvýšená ostražitost
Zaměření se na zdroj strachu	
Určující znaky – fyziologické	
Nechutenství	Únava
Změny ve vitálních funkcích (např. TK, P, D, saturace a objem vydechaného CO ₂)	Zvýšené pocení

Průjem	Zvýšený D
Sucho v ústech	
Dyspnoe	
Související faktory	
Vrozený spouštěcí mechanismus na externí stimuly (neurotransmitery)	Stimuly navozující fobii
Přirozená reakce na podnět (např. náhlý hluk, výška)	Smyslový deficit (např. zraku, sluchu)
Jazyková bariéra	Oddělení od podpory
Naučení reakce	Neznámé prostředí
Očekávaný výsledek:	

NIC – Zmírnění úzkosti (5820)	
Doména: 3. Behaviorální	Třída: T. Podpora psychické pohody
Definice: Minimalizace úzkosti, děsu, předtuch a neklidu, u kterých není neidentifikovaný zdroj nebezpečí	
Sleduj a zaznamenávej výskyt verbálních a nonverbálních projevů úzkosti.	
Uklidňujte pacienta svým chováním, komunikací.	
Jasně definujte, jak se má pacient chovat.	
Popište pacientovy všechny prováděné úkony včetně pravděpodobných pocitů v jejich průběhu.	
Usiluj o to, aby pacient pochopil a našel perspektivu v stresujících situacích.	
S ohledem na své kompetence podávej pacientovi pravdivé informace související s jeho diagnózou, léčbou a prognózou.	
Pro zmírnění obav a navození pocitu bezpečí zůstaň s pacientem a nabídni mu oporu.	
Pokud je to vhodné, podporuj rodinu/blízké, aby zůstali s pacientem.	
Pomáhej pacientovi zjistit, co způsobuje úzkost.	
Podporuj pacienta, aby vyjádřil své pocity, vjemy, obavy.	
Pozorně naslouchej.	
Vytvářej prostředí pro vzájemnou důvěru.	
Povzbuzuj aktivitu pacienta.	
Pokud je to vhodné, posiluj chování pacienta.	
Prováděj aktivity zaměřené na redukci napětí.	
Pokud je to vhodné, kontroluj a koriguj pacientovi potřeby.	
Podporuj používání vhodných obranných mechanismů.	
Pomáhej pacientovi najít realistické možnosti a vhodná rozhodnutí.	
Pouč pacienta o relaxačních technikách a jejich využití.	
Pokud je to vhodné, zajisti, aby pacientovi byly ordinovány a podávány léky na tlumení úzkosti.	

NOC – Úroveň úzkosti (0007)										
Doména: III: Psychosociální zdraví			Třída: M. Psychologické optimum (blahobyt)							
Definice: Míra manifestace předtuch, napětí, nervozity – bez identifikované příčiny.										
1 = Vážná	2 = Značná	3 = Mírná	4 = Nepatrná	5 = Žádná	N= nehodnoceno					
<i>Indikátor</i>					1	2	3	4	5	N
Neklid										
Rychlost										

Lomení rukama							
Tíseň							
Nervozita							
Svalové napětí							
Napětí v obličeji							
Podrážděnost							
Nerozhodnost							
Výbuchy hněvu							
Problémové chování							
Obtížná koncentrace							
Obtížné učení							
Obtížné řešení problémů							
Ataky paniky							
Verbalizované předtuchy							
Verbalizovaná úzkost							
Přehnané obavy z životních událostí							
Zvýšený TK							
Zvýšený P							
Zvýšený D							
Rozšířené zorničky							
Pocení							
Závratě							
Únava							
Snížená výkonost							
Snížená úspěšnost ve škole							
Odstup							
Poruchy spánku							
Změny vyprazdňování stolice							
Změny ve stravovacích návycích							
Celkem							

NOC – Úroveň strachu (1210)							
Doména: III: Psychosociální zdraví				Třída: M. Psychologické optimum (blahobyt)			
Definice: Míra manifestace předtuch, napětí, nervozity – s identifikovanou příčinou.							
1 = Vážná	2 = Značná	3 = Mírná	4 = Nepatrná	5 = Žádná	N= nehodnoceno		
Indikátor	1	2	3	4	5	N	
Tíseň							
Tendence obviňovat ostatní							
Uzavření do sebe							
Nedostatek sebedůvěry							
Roztěkanost							
Podrážděnost							
Výbuchy hněvu							
Obtížné soustředění se							
Obtížné učení							
Obtížné řešení problémů							
Omezení percepčního pole							

Neadekvátní interpersonální vztahy							
Přehnaná obava z životních událostí							
Znepokojení z životních událostí							
Znepokojení ze zdrojů strachu							
Zvýšený TK							
Zvýšený P							
Zvýšený D							
Rozšířené zorničky							
Pocení							
Pocit slabosti							
Svalové napětí							
Napětí v obličeji							
Časté močení							
Průjem							
Neschopnost spát							
Bledost kůže							
Únava							
Odstup							
Vyhýbavé chování							
Vyslovený strach							
Pláč							
Děs							
Hrůza							
Celkem							

NANDA - ZHORŠENÁ NÁLADA (00241)	
Doména: 9. Zvládnání/tolerance zátěže	Třída: reakce na zvládnání zátěže
Definice: Duševní stav vyznačující se změnou nálad nebo výskytem afektu. Stav obsahuje mírné a závažné afektivní, kognitivní a somatické/fyziologické projevy.	
Určující znaky	
Ovlivnění sebeúcty	Beznaděj
Podrážděnost	Změna koncentrace
Smutek	Psychomotorický neklid
Uzavření se do sebe	Psychomotorické poškození
Nadměrný pocit viny a sebeobviňování	Změna slovního projevu
Tok myšlenek	Ztráta zábran
Související faktory	
Změny v cyklu spánek/bdění	Bolest
Úzkost	Psychóza
Změny v chuti k jídlu	Opakující se myšlenky na smrt
Chronické nemoci	Opakující se sebevražedné myšlenky
Funkční postižení	Sociální izolace
Nadměrná ostražitost	Látková závislost
Porucha sociálních funkcí	Změny tělesné hmotnosti
Osamělost	
Očekávaný výsledek:	

NIC – Ovlivňování nálady (5330)	
Doména: 3. Behaviorální	Třída: R. Pomoc s vyrovnáváním se (zvládnutím zátěže)
Definice: Poskytnutí pocitu bezpečí, stability, zotavení, podpory pacientům s depresí nebo změnami nálady.	
Sledujte a zaznamenávejte pacientovu (např. osobní anamnézu, symptomy poruchy).	
Pokud je to vhodné, k hodnocení nálady použijte standardizovaný záznam (např. hodnocení nálady na škále 1 -10).	
Vyhodnoť, zda pacient představuje hrozbu pro sebe nebo ostatní.	
Pokud je to nutné, zaveď nezbytná opatření, abys zabránil sebepoškození nebo ublížení jiným osobám (např. sebevražda, sebeubližování, násilí, útěk).	
Sleduj do jaké míry pacientovy změny nálady a pocit nebezpečí ohrožují identifikaci a plnění jeho potřeb/sebepěči. Dle potřeby dopomáhej pacientovi při naplňování potřeb/sebepěči.	
Zhodnoť, do jaké míry může být pacientova nálada ovlivněna užíváním substancí (např. léky, alkohol, drogy, závislost).	
Podávej medikamenty ovlivňující náladu dle ordinace lékaře.	
Pouč pacienta/blízké o tom co může ovlivňovat jeho náladu (např. nemoci štítné žlázy, nevyléčitelné nemoci, deprese, závislosti, tělesné problémy, stres, pocit křivdy a ztráty). Pomoz pacientovi identifikovat, které faktory lze ovlivnit a které ne.	
Sleduj tělesný stav pacienta (např. hmotnost a hydrataci).	
Sleduj psychický stav pacienta (např. koncentraci, pozornost, paměť, učení, tvorbu úsudku).	
Sleduj a reguluj úroveň aktivity pacienta. Poskytni stimulující prostředí. Vytvoř podmínky pro fyzickou aktivitu (např. procházky, jízda na kole).	
Sleduj a upravuj pacientův cyklus spánku/bdění (např. stanov čas odpočinku, relaxační techniky, omez kofein, podávej sedativa).	
U pacientů s kognitivní poruchou používej jednoznačné, stručné a jednoduché vyjadřování.	
U pacientů s kognitivní poruchou používej pomůcky při předávání informací (např. jednoduché nákresy, předvedení činnosti s konkrétní pomůckou, poznámky v bodech).	
Pokud je to vhodné uč pacienty, jak tvořit vlastní úsudek. U pacientů s kognitivní poruchou omez nutnost tvořit vlastní úsudek. Postupně ved' pacienty k tomu, aby tvořili svůj vlastní úsudek.	
Pokud je to vhodné, ved' pacienty, aby se stali aktivními účastníky léčby a rehabilitace.	
Pokud je to vhodné, zajisti a pouč pacienta o psychoterapii (např. kognitivní behaviorální terapie, mezilidský, manželská rodinná terapie).	
Pravidelně s pacientem hovoř o péči a poskytni mu příležitost k vyjádření jeho pocitů a myšlenek v souvislosti se změnou nálady.	
Pokus se omezit dobu, kdy má pacient negativní pocity nebo pocit selhání.	
Pomoz pacientovy ventilovat pocity prostřednictvím alternativních metod (např. boxovací pytel, arteterapie, fyzická aktivita).	
Pomoz identifikovat pacientovi možné způsoby a osobní předpoklady, které mohou být využity při úpravě změněné nálady.	
Pokud je to vhodné nauč pacienta jak zvládat problémy, vhodné sociální chování, asertivní chování.	
Poskytni pacientovi zpětnou vazbu na jeho sociální chování.	
U pacientů s mánií určete hranice a způsoby jak zamezit dotěrnému a nevhodnému chování.	
Pokud nepostačují běžné intervence, použijte omezující intervence (např. uzavření, izolace, fyzické omezení – kurty, psychické omezení – sedativa).	
Pokud změny nálad doprovází halucinace a deziluze, snaž se je korigovat.	
Pokud je to vhodné, požádej lékaře o zhodnocení, zda pacient nevyžaduje naordinovat medikamenty ovlivňující náladu (antidepresiva, anxiolytika, antipsychotika, antikonvulziva,	

lithium, hormony, vitamíny). Tyto medikamenty podávej v pravidelných intervalech dle ordinace lékaře, sleduj jejich užití a efekt.
Pouč pacienta/blízké o účincích léků (žádoucích/nežádoucích) ovlivňujících náladu a způsobu jejich užívání. Sleduj compliance pacientů při užívání léků ovlivňujících náladu.
Pokud je to vhodné a indikované lékařem, sleduj a zaznamenávej hladiny léků v séru pacientů.
Pokud je indikována elektrokonvulzivní terapie, pečuj o pacienta před po i v jejím průběhu. Sleduj fyzický i psychický stav pacienta po elektrokonvulzivní terapii.
Pokud je indikována fototerapie terapie, pečuj o pacienta před po i v jejím průběhu. Sleduj fyzický i psychický stav pacienta po fototerapii.
Pokud je to vhodné/edukuj pacienty/blízké o elektrokonvulzivní terapii/fototerapii.
Zajisti pomoc podpůrných systémů pacienta v péči o něj (např. rodinu, kamarády, spirituální spřízněnce, podpůrné skupiny, konzultanty).
Pomoz pacientovi předvídat jak zvládnout životní změny (např. nová práce, nezaměstnanost, nový kolektiv).
Pokud je to vhodné, sleduj pacientovu situaci v pravidelných intervalech i po jeho propuštění.

NOC – Rovnováha nálad (1204)						
Doména: III: Psychosociální zdraví			Třída: M: Psychologické optimum (blahobyt)			
Definice: Míra manifestace předtuch, napětí, nervozity – bez identifikované příčiny						
1 = Nikdy neprojevená	2 = Výjimečně projevená	3 = Někdy projevená	4 = Často projevená	5 = Stále projevená	N= nehodnoceno	
<i>Indikátor</i>	1	2	3	4	5	N
Afekty projevuje jen v situacích, kdy je to vhodné						
Vyazuje stabilní/nestabilní náladu						
Vyazuje impulzivní ovládnutí						
Udává normální spánek						
Koncentrace						
Hovoří přiměřeným tempem						
Upravenost těla a hygiena						
Vhodné oblečení (s ohledem na situaci)						
Stabilní hmotnost						
Normální apetit						
Compliance v užívání léčiv						
Compliance v léčebném režimu						
Vyazuje zájem o okolí						
Vyazuje stabilní úroveň energie						
Dokončuje denní úkoly						
1 = Stále projevená	2 = Často projevená	3 = Někdy projevená	4 = Výjimečně projevená	5 = Nikdy projevená	N= nehodnoceno	
Přelétavé nápady						
Velkolepost						
Euforie						
Sebevražedné myšlenky						
Deprese						
Letargie						
Hyperaktivita						
Celkem						

10. ŽIVOTNÍ PRINCIPY

NANDA - NONCOMPLIANCE (00079)	
Doména: 1. Podpora zdraví	Třída: Management zdraví
Definice: Chování (jedince/pečovatele), které neodpovídá plánu péče (prevenci/léčbě).	
Určující znaky	
Rozvoj komplikací	Nedodržování prohlídek u lékaře
Zhoršení příznaků	Nedodržování léčebného režimu
Nedosažení očekávaných výsledků	
Související faktory: zdravotní systém	
Problém ve vztahu klient/poskytovatel péče	Nevhodná péče
Neefektivní komunikace klient/poskytovatel	Malá spokojenost s poskytovanou péčí
Nedostatečné edukační schopnosti poskytovatele péče	Nekontinuální péče ze strany poskytovatele
Malá důvěryhodnost poskytovatele péče	Nedostačené financování zdravotní pojišťovnou
Nedostačený přístup ke zdravotní péči	Nedostačené hrazení péče pacientem/klientem
Související faktory: plán zdravotní péče	
Komplexní léčebný režim	Intenzita léčebného režimu
Finanční bariéry	Zdlouhavost léčebného režimu
Vysoké náklady na léčbu	
Související faktory: individuální	
Kulturní odlišnosti	Očekávání je v rozporu s vývojovou fází
Hodnoty pacienta v rozporu s plánem péče	Nedostatečná znalost a dovednosti nutné k plnění léčebného režimu
Zdravotní přesvědčení je v nesouladu s plánem péče	Nedostatečná motivace
Související faktory: sociální síť	
Nedostatečná sociální podpora	Vnímání toho, že přesvědčení blízké osoby se liší od plánu péče
Nedostačené zapojení členů do plánu péče	
Očekávaný výsledek:	

NIC – Společné cíle systému (4410)	
Doména: 3. Behaviorální	Třída: O. Behaviorální terapie
Definice: Společně s pacientem identifikovat a seřadit dle priorit cíle péče a vytvořit plán naplňování těchto cílů.	
Podporuj pacienta při identifikaci specifických životních hodnot a rozpoznaj pacientovi hodnoty a přesvědčení, které ovlivňují cíle.	
Pomáhej pacientu (a dalším osobám) v rozpoznání a rozvíjení jejich reálných schopností.	
Společně s pacientem rozpoznaj jeho vlastní problémy, slabé a silné stránky.	
Asistuj pacientu při stanovování realistických dosažitelných cílů (identifikujte pacientovi cíle a stanovte ty vhodné cíle a prioritní).	
Asistuj pacientu při rozložení komplexních cílů na menší dílčí zvládnutelné celky.	
Odhadni pacientovu funkční úroveň související s plněním cílů.	
Při stanovování cílů koriguj nerealistické osobní očekávání pacienta.	

Pomáhej pacientu při sestavení a rozvoji plánu naplňování cílů (včetně stanovení reálného časového horizontu a klíčových aktivit).
Příprav škály pro hodnocení pacientem dosažených výsledků s ohledem na všechny specifické měřitelné indikátory (např. chování, sociální situace).
Pro všechny cíle stanov horní a dolní hranici naplnění/nenaplnění cíle.
Ujasni pacientovi jeho role a úkoly systému zdravotní péče.
Pomáhej pacientovi při identifikaci a zajištění potřebných zdrojů pro plnění cílů.
Vysvětli pacientu, že by neměl děla více činností zároveň.
Hledej s pacientem nejlepší způsoby dosahování cílů.
Pomoz pacientovi zaměřit se na očekávání související s dosažením výsledků.
Povzbuzuj u pacienta pocit satisfakce v průběhu plnění cílů.
Zkoumej pacientovy metody hodnocení dosahování cílů a pomáhej mu při specifickém měření všech indikátorů.
Průběžně koordinuj pacientovi informace a aktivity při dosahování cílů.
Spočítej skóre dosažení cíle.
Je - li třeba, uprav cíle a plán.

NOC - Dodržování – behaviorální (1601)						
Doména: IV. Znalosti o zdraví & zdravé chování			Třída: Q. Zdravé chování			
Definice: Aktivity jedince, které následují doporučení od zdravotnického pracovníka (s ohledem na konkrétní zdravotní stav).						
1 = Nikdy neprojevená	2 = Výjimečně projevená	3 = Někdy projevená	4 = Často projevená	5 = Stále projevená	N = nezhodnoceno	
Indikátor	1	2	3	4	5	N
Přijetí diagnózy						
Hledá seriózní informace o diagnóze						
Hledá seriózní informace o léčbě						
Diskuze se zdravotníky o předepsané léčbě						
Provádí předepsanou léčbu						
Dodržuje předepsané kontroly/schůzky u zdravotnických profesionálů						
Zdravotníkům sděluje změny v symptomech						
Dodržuje předepsanou léčbu dle pokynů						
Sleduje odezvu léčby						
Sleduje efekt podaných léčiv						
Provádí předepsaný selfmonitoring						
Provádí předepsané aktivity denního života (např. oblékání, hygiena, toaleta)						
Usiluje o posílení zdravého životního stylu						
Dodržování léčebného režimu						
Dodržování pohybového omezení						
Dodržování dietního omezení						
Dodržování zdravého životního stylu						
Dodržování bezpečnostních omezení						
Dodržování doporučení ošetrovatelského personálu						
Dodržování doporučení lékařského personálu						
Sebekázeň (pevná vůle)						
Celkem						

11. BEZPEČNOST – infekce/obrané procesy

NANDA - RIZIKO INFEKCE (00004)	
Doména: 11. Bezpečnost/ochrana	Třída: Infekce
Definice: Náchylnost k napadení a množení patogenních organizmů, které může poškodit zdraví.	
Rizikové faktory	
Chronická nemoc (např. DM)	Podvýživa
Neznalost postupů, jak předcházet přenosu patogenů	Obezita
Invazivní zákroky	
Rizikové faktory – nepřiměřená primární ochrana	
Změny peristaltiky	Předčasné prasknutí plodových obalů
Změny pH sekretů	Pozdní prasknutí plodových obalů
Porucha kožní integrity	Kouření
Snížená funkce řasinkového epitelu v dýchacích cestách	Stáza tělních tekutin
Rizikové faktory – nepřiměřená sekundární ochrana	
Pokles hemoglobinu	Leukopenie
Imunosuprese	Potlačené infekční odpovědi (např. interleukin 6, CRP)
Neadekvátní očkování	
Rizikové faktory – prostředí se zvýšeným výskytem patogenů	
Vystavení se nákaze	
Očekávaný výsledek:	

NIC – Ochrana před infekcí (6550)	
Doména: 4. Bezpečnost	Třída: V. Management rizik
Definice: Prevence a brzké rozpoznání infekce u ohroženého pacienta.	
Sledujte celkové a lokální příznaky infekce.	
Kontrolujte stav jakékoli kožní defekty, řezné rány nebo zranění.	
Všímejte si změn v energii pacienta, případně malátnosti.	
Sledujte v pravidelných intervalech tělesnou teplotu pacienta.	
Naučte pacienta/blízké, jak se vyhnout infekcím.	
Naučte pacienta/blízké, jak rozpoznat příznaky infekce a kdy je nahlásit poskytovateli zdravotní péče.	
Sledujte náchylnost k infekci, zajistěte, aby ohrožený pacient zůstal v neinfekčním prostředí.	
Dodržujte vhodné postupy izolace. Pokud je třeba, poskytněte pacientovi samostatný pokoj.	
Zjistěte anamnézu pacienta s hlediska mezinárodních a celosvětových cest.	
Dle ordinace zajistěte monitoraci CRP, sedimentaci, počet, bílých krvinek, granulocytů a jejich diferenciální rozpočet.	
Podezření na infekci, nebo identifikovanou infekci u pacienta ohlaste celému zdravotnickému týmu.	
Pokud je to indikováno, kontaktujte hygienickou stanici.	
Korigujte počet návštěv u pacienta, prověřte všechny návštěvníky, zda nemají nějakou přenosnou nemoc.	
Nabádejte k dostatečnému příjmu živin a tekutin.	

Nabádejte k odpočinku, pohybu a cvičení.
Nabádejte k hlubokému dýchání a kašlání.
Aplikujte vhodné očkování.
Podávejte pacientovi ATB dle ordinace. Instruuje pacienta a dohlížejte na pacienta, aby užíval antibiotika, tak jak bylo předepsáno.
Poskytněte pacientovi nezávadné tekutiny a potravu.
Dodržujte neutropenické opatření. Odstraňte čerstvé ovoce, zeleninu a pepř z jídelníčku pacienta s neutropenií. Odstraňte čerstvé květiny a rostliny z míst, kde se pacient pohybuje.
Zabraňte blízkému kontaktu mezi domácími mazlíčky a imunokompromitovanými pacienty.

NOC – Závažnost infekce (0703)						
Doména: II: Fyziologické zdraví			Třída: H: Imunitní odpověď			
Definice: Závažnost symptomů infekce						
1 = Vážný	2 = Značný	3 = Mírný	4 = Nepatrný	5 = Žádný	N= nehodnoceno	
Vyřážka	1	2	3	4	5	N
Krusty						
Zapáchající sekrece						
Hnisavé sputum						
Hnisavý odpad s drénů						
Hnis v moči						
Horečka						
Podchlazení						
Výkyvy tělesné teploty						
Bolest						
Citlivost						
Gastrointestinální příznaky						
Zvětšení mízních uzlin						
Nevolnost						
Únava						
Zhoršení kognice						
Letargie						
Ztráta chuti k jídlu						
RTG zjištěná infiltrace v hrudníku						
Pozitivní hemokultura						
Kolonizace cévních vstupů (např. PŽK, CVK)						
Pozitivní mikrobiologické vyšetření sputa						
Pozitivní mikrobiologické vyšetření likvoru						
Pozitivní mikrobiologické vyšetření stěru z rány						
Pozitivní mikrobiologické vyšetření moče						
Pozitivní mikrobiologické vyšetření stolice						
Zvýšení počtu bílých krvinek						
Snížení počtu bílých krvinek						
Zvýšení hladiny CRP						
Celkem						

NANDA - RIZIKO ALERGICKÉ REAKCE (00217)	
Doména: 11. Bezpečnost/ochrana	Třída: Obranné procesy

Definice: Náchylnost k nadměrné imunitní reakci na látky, což může vést k oslabení zdraví.	
Rizikové faktory	
Alergie na bodnutí hmyzem	Vystavení chemickým toxinům
Vystavení alergenu (např. léku)	Potravinové alergie (např. avokádo, banán, kaštiny, kiwi, arašídy, škeble, houby, tropické ovoce)
Vystavení alergenu zevního prostředí (např. srst, prach, plíseň, pyl)	Opakované vystavení alergenním látkám.
Očekávaný výsledek:	

NIC – Alergická reakce (6410)	
Doména: 4. Bezpečnost	Třída: V. Management rizik
Definice: Identifikace, léčba a prevence alergické odpovědi na jídlo, lék, kousnutí hmyzem, kontrastní látku, krev a další látky.	
Zjistí známé alergie (např. na léky, kousnutí hmyzem, potraviny) a obvyklý průběh alergické reakce.	
Informuj ostatní ošetřující personál o zjištěných alergiích (uved' červeně alergie nad lůžko pacienta, do zdravotnické dokumentace, do teplotky, označte přítomnost alergie na identifikačním náramku pacienta).	
Informuj pacienta/blízké jaké mohou být projevy alergické reakce (např. zvracení, průjem, otok, kopřivka, záchvat kašle, silná úzkost, dušnost, sípání, ortopnoe, cyanóza, šok), pouč je jak se vyhnout kontaktu s alergenem. Pokud je to vhodné nauč je používat adrenalinové pero.	
Sleduj, zda se u pacienta nevyskytne alergie na nový lék, potravinu, latex., kontrastní látky atd.	
Pokud je to vhodné, pouč pacienta, aby si zaznamenával všechny nové léky, potraviny, látky, se kterými přišel do kontaktu.	
Okamžitě informuj celý zdravotnický tým, pokud je pacient ohrožen nebo se vyskytla alergická reakce.	
Pokud je to nutné - pacient má anafylaktický šok, proved' opatření k záchraně života.	
Dle ordinace podávej léky k odstranění nebo zmírnění alergické reakce.	
Pokud je to vhodné, asistuj při testech na alergie.	
Pokud je to potřeba, při anafylaktickém šoku aplikuj injekci adrenalinu perem.	
Sleduj alergické reakce při/po očkování.	
Informuj pacienta/blízké v jaké situaci mají kontaktovat zdravotníky.	

NOC – Alergická reakce lokální (0705)						
Doména: II. Fyziologické zdraví			Třída: H. Imunitní odpověď			
Definice: Závažnost pozorované nebo udávané únavy						
1 = Vážná	2 = Značná	3 = Mírná	4 = Nepatrná	5 = Žádná	N= nehodnoceno	
<i>Indikátor</i>						
Bolest dutin						
Bolest hlavy						
Záněť spojivek						
Slzení						
Rýma						
Kýchání						
Otok okol úst						

Otok okolo očí						
Tmavé kruhy kolem očí						
Pálení očí						
Lokalizované svědění						
Lokalizovaná vyrážka						
Lokalizované zarudnutí						
Lokalizovaný vzestup teploty kůže						
Lokalizovaný otok						
Lokalizovaná bolest						
Lokalizovaný granulom						
Lokalizovaná nekrotizující vaskulitida						

NOC – Alergická reakce celková (0706)						
Doména: II. Fyziologické zdraví			Třída: H. Imunitní odpověď			
Definice: Závažnost pozorované nebo udávané únavy						
1 = Vážná	2 = Značná	3 = Mírná	4 = Nepatrná	5 = Žádná	N= nehodnoceno	
Indikátor	1	2	3	4	5	N
Otok laryngu						
Klidová dušnost						
Sípání						
Stridor						
Přídavné dechové ozvy						
Tachykardie						
Snížení krevního tlaku						
Arytmie						
Otok plic						
Snížená úroveň vědomí						
Sekrece hlenů						
Otok obličeje						
Generalizované svědění						
Kopřivka						
Loupání kůže (těla)						
Petechie						
Zarudnutí						
Zvýšená teplota kůže						
Horečka						
Zimnice						
Nevolnost						
Zvracení						
průjem						
Křeče v břichu						
Hemolýza erytrocytů						
Vzestup bilirubinu						
Zvětšení sleziny						
Zvětšení uzlin						
Bolest kloubů						
Bolest svalů						
Anafylaktický šok						

11. BEZPEČNOST – tělesné poškození

RIZIKO KRVÁCENÍ (00206)	
Doména: 11. Bezpečnost/ochrana	Třída: Tělesné poškození
Definice: Náchylnost ke krevním ztrátám, které mohou poškodit zdraví.	
Rizikové faktory	
Aneurysma	Poškozená funkce jater (cirhóza, hepatitida)
Patologie GIT (např. vřed, polyp, varixy)	Nedostatek znalostí o prevenci krvácení
Diseminovaná koagulopatie	Obřízka
Vrozené koagulopatie (např. trombocytopenie)	Poporodní komplikace (např. atonie dělohy, neodloučení placenty)
Pád v anamnéze	Komplikace v těhotenství (např. předčasná ruptura plodových obalů, vcestná/prasklá placenta, mnohočetné těhotenství)
Úraz	Léčebný režim
Očekávaný výsledek:	

NIC – Mírnění krvácení (4020)	
Doména: 4. Bezpečnost	Třída: V. Management rizik
Definice: zmírnění krevních ztrát v průběhu krvácení.	
Zjistí příčinu krvácení.	
Zajisti u pacienta žilní vstup.	
Sleduj, zda pacient nemá uzavřené krvácení (krvácení do tělních dutin/orgánů).	
Pokud je třeba, přilož tlakový obvaz.	
Pokud je to vhodné, chladí postiženou oblast.	
Sleduj charakter krvácení a velikost krevní ztráty.	
Dle ordinace sleduj hladinu hematokritu a hemoglobinu v průběhu a po krvácení.	
Dle ordinace sleduj koagulační faktory (např. PT, PTT, fibrinogen, trombocity).	
Sleduj hodnoty krevního tlaku (např. CVP =centrální venózní tlak, MAP = střední arteriální tlak, PAP = pulmonární arteriální tlak, PCWP =plicní kapilární tlak).	
Sleduj příjem a výdej tekutin.	
Sleduj oxigenaci tkání (např. SaO ₂ ,PaO ₂ , srdeční výdej).	
Sleduj neurologické funkce.	
Sleduj krvácení na kůži a sliznicích, hematomy po minimálním traumatu, krvácení ze vpichu, přítomnost petechií).	
Sleduj známky přetrvávajícího krvácení (např. sleduj všechny sekrety a exkrekty, abys zaznamenal okultní krvácení).	
Pokud je indikováno, zajisti v rámci svých kompetencí aplikaci krevních derivátů.	
Pouč pacienta/blízké o vlivu krevní ztráty na fyzický a psychický stav.	
Pouč pacienta/blízké jak identifikovat a hodnotit a jak mají postupovat, pokud nastanou krevní ztráty a v jakých situacích mají informovat zdravotníky.	
Pouč pacienta o omezení aktivity.	

NOC – Závažnost krevní ztráty (0413)									
Doména: II: Fyziologické zdraví			Třída: E: Kardiopulmonální systém						
Definice: Závažnost symptomů infekce									
1 = Vážný	2 = Značný	3 = Mírný	4 = Nepatrný	5 = Žádný	N= nehodnoceno				
Viditelná krevní ztráta				1	2	3	4	5	N

Hematurie							
Krvácení z konečníku							
Chrlení krve							
Zvracení krve							
Roztažené břicho							
Vaginální krvácení							
Pooperační krvácení							
Pokles systolického krevního tlaku							
Pokles diastolického krevního tlaku							
Pokles tepové frekvence							
Ztráta tělesného tepla							
Bledé sliznice a kůže							
Úzkost							
Snížení kognice							
Snížení hemoglobinu							
Snížení hematokrytu							
Celkem							

NANDA - RIZIKO PÁDU (00155)	
Doména: 11. Bezpečnost/ochrana	Třída: Tělesné poškození
Definice: Rizika pádu, které mohou způsobit fyzické poškození, což může poškodit zdraví.	
Rizikové faktory - dospělí	
65 a více let	Protéza dolní končetiny
Pád v anamnéze	Používání kompenzačních pomůcek (např. chodítka, hůlka, vozík)
Žije sám	
Rizikové faktory - děti	
Schody nezabezpečené brankou	Neadekvátní hlídání
Nezabezpečená okna	Nedostačené omezení v automobilu (sedačky, pásy)
Věk 2 a méně let	Chlapci mladší jednoho roku
Rizikové faktory - kognitivní	
Změna kognitivních funkcí	
Rizikové faktory - prostředí	
Neuspořádané prostředí	Neznámé prostředí
Nebezpečné vlivy související s počasím (např. mokrá zem, led)	Používání omezovacích prostředků
Nedostatek světla	Používání koberečků
Absence protiskluzových povrchů v koupelně	
Rizikové faktory - farmaka	
Konzumace alkoholu	Užívání léků
Rizikové faktory - fyziologické	
Akutní nemoc	Zhoršená pohyblivost
Změny hladiny glukózy v krvi	Průjem
Anemie	Inkontinence
Artritida	Naléhavé močení

Snížená kondice dolních končetin	Novotvary
Snížená síla v dolních končetinách	Neuropatie
Obtíže při chůzi	Poruchy zraku
Mdloby při natažení/otočení krku	Zhoršený sluch
Ortostatická hypotenze	Změny propriocepce
Pooperační zotavování	Nespavost
Zhoršená rovnováha	Cévní onemocnění
Očekávaný výsledek:	

NIC – Prevence pádu (6490)	
Doména: 4. Bezpečnost	Třída: V. Management rizik
Definice: Používání zvláštních bezpečnostních opatření u pacienta, kterému hrozí poranění v důsledku pádu.	
Zjistěte pacientovu anamnézu v oblasti pádů (např. kognitivní, fyzické nedostatky, chování pacienta, četnost pádu v minulosti).	
Zjistěte charakteristické rysy prostředí, které mohou zvýšit možnost pádů pacienta (např. kluzké podlahy, předměty na podlaze, nízký nábytek – stoličky, otevřená schodiště).	
K hodnocení rizika pádů použijte standardizovaný nástroj.	
Poučte pacienta /blízké o faktorech, které přispívají k riziku pádu, a také jak lze tato rizika snížit.	
Sledujte chůzi, udržování rovnováhy a míru únavy pacienta při chůzi. Pomáhejte nestabilním jedincům s chůzí.	
Sledujte schopnost pacienta přemístit se z lůžka na židli a naopak.	
Poučte pacienta o tom, jak používat kompenzační pomůcky (např. hůl, chodítko, berle, brýle) a o tom, aby udržoval tyto pomůcky v dobrém stavu.	
Vybízejte pacienta, aby kompenzační pomůcky využíval (např. hůl, chodítko, berle, brýle).	
Zajistěte madla a zábradlí. Ved'te pacienta, aby je využíval.	
Ujistěte se, že pacient nosí obuv vhodné velikosti, kterou lze bezpečně zapnout a která má protiskluzovou podrážku.	
Zajistěte podlahy s neklouzavým povrchem a povrchem, o který se nedá zakopnout. Zajistěte neklouzavý povrch ve vaně a koupelně. Zajistěte viditelné označení schodů, obrubníků.	
Potřebné věci umístěte pro pacienta tak, aby je měl na dosah. Poskytněte úložné prostory, které jsou lehce na dosah pacienta.	
Pro lepší viditelnost zajistěte adekvátní osvětlení. Opatřete lůžko pacienta noční lampičkou.	
Je-li to vhodné (např. po operačních výkonech), poučte pacienta, aby volal o pomoc, pokud se bude chtít pohybovat. Je-li to vhodné, umístěte k posteli pokyny, které pacientovi připomenou, aby si zavolal o asistenci, když vstává z lůžka.	
Při přemístění pacienta zabrzděte kolečka vozíčku, postele.	
Použijte/učte pacienta/blízké správnou techniku při přemísťování pacienta na vozík (nebo z vozíku), na lůžko, toaletu atd.	
Pokud je to nutné, zabraňte pádům pacienta z postele použitím postranic na lůžko o vhodné délce a výšce.	
Pokud není ošetřovatel přítomen, poskytněte nesamostatnému pacientovi prostředek pro přivolání pomoci (např. zvonek nebo signální světýlko).	
Zareagujte okamžitě na signalizaci pacienta.	
Označte lůžko pacienta, abyste upozornili ostatní, že je pacient ohrožen pádem.	
Pomáhejte pacientovi při toaletě v častých, časově naplánovaných intervalech.	
Pro snadné přemístění pacienta z toalety umístěte na toaletu zvýšené sedátko.	

Naučte pacienta, jakým způsobem správně spadnout, aby se snížilo riziko jeho poranění.

NOC – Prevence pádu - chování (1909)						
Doména: IV. Znalosti o zdraví & zdravé chování			Třída: T. Kontrola rizik & bezpečnosti			
Definice: Aktivita jedince, nebo pečovatele snižující rizikové faktory pádu v okolním prostředí.						
1 = Nikdy neprojevená	2 = Výjimečně projevená	3 = Někdy projevená	4 = Často projevená	5 = Stále projevená	N = nehodnoceno	
Indikátor	1	2	3	4	5	N
Řekne si o pomoc						
Prevence pádu						
Když je to vhodné, používá zábradlí						
Když je to vhodné, používá madla						
Používá gumové protiskluzové podložky ve vaně/sprše						
Používá vhodnou obuv						
Používá vhodně kompenzační pomůcky						
Používá kompenzační pomůcky ke korekci zrakové vady						
Přijímá asistenci při pohybu						
Využívá bezpečné způsoby transferu						
Je vhodné osvětlení						
Používá bezpečné stoličky a schůdky						
Odstranění nepořádku, tekutin a kluzké podlahy						
Odstranění kobereců						
Odstranění sněhu a ledu s chodníků						
Přizpůsobená výška toalety						
Přizpůsobená výška židle						
Přizpůsobená výška lůžka						
Kontrola roztěkanosti						
Uskutečněná opatření při užívání léků navyšujících riziko pádu.						
Celkem						

11. BEZPEČNOST – kožní/tkáňové léze

NANDA - RIZIKO DEKUBITŮ (00249)	
Doména: 11. Bezpečnost/ochrana	Třída: Tělesné poškození
Definice: Náchylnost lokalizovanému poškození kůže nebo podkožních struktur (obvykle v místě kostních výběžků) vzniklé v důsledku tlaku či tlaku se smýkáním.	
Rizikové faktory	
Dospělý: skóre dle Bradenové > 18	Delší část imobility na tvrdém povrchu (např. chirurgické výkony trvající 2 a více hodin)
Skóre dle Nortonové 25 a více bodů	Inkontinence
Rizikový počet bodů na škále posuzující riziko dekubitů	Věkové extrémy
NYHA 2 a více	Kouření
ASA (skóre fyzického stavu) 2 a více	Deficit sebepěče
Dekubitus v anamnéze	Ženské pohlaví
Fyzická imobilizace, snížení mobility	Kardiovaskulární nemoci
Tlak na kostní výběžky	Lipoproteinémie

Autorský tým: Mgr. Alena Pospíšilová, Ph.D.
Ing. Igor Kuba
Mgr. Marta Šenkyříková, Ph.D.

Snížení oxigenace tkání	Snížení albuminu v séru
Snížení tkáňové perfuze	Anémie
Neadekvátní nutriční, hmotnostní extrém	Otok
Dehydratace	Zlomenina kyčle
Suchá kůže, šupinatá kůže	CMP v anamnéze
Vlhkost kůže	Změny kognitivních funkcí
Neblednoucí erytéma	Změny citivosti
Úraz v anamnéze	Střížná síla (smýkání)
Hypertermie, zvýšení teploty kůže o 1 -2 °C	Ložní prádlo, které nesaje vlhkost
Farmaceutický činitel (např. celková anestezie, vasopresory, antidepresiva, noradrenalin)	Nedostatek znalostí pečovatele o prevenci vzniku dekubitů
Očekávaný výsledek:	

NIC – Prevence dekubitů (3540)	
Doména: 2: Fyziologická komplexní	Třída: L: Management kůže – rány
Definice: Prevence dekubitů u jedinců s vysokým rizikem jejich rozvoje.	
Na sledování pacientových rizikových faktorů použijte zavedený nástroj na měření rizika dekubitů (např. Nortonové stupnici).	
Zjistěte pacientovu anamnézu z hlediska výskytu dekubitů nebo jiných chronických kožních lézí.	
V případě potřeby pacienta/blízky edukujte v oblasti sledování a předcházení vzniku dekubitů.	
Sledujte pacientovu pohyblivost a aktivitu.	
Při přijetí pacienta zdokumentujte stav kůže a následně ho každý den překontrolujte.	
Detailně sledujte jakékoliv zarudlé oblasti.	
Zajistěte antidekubitální matraci. Na antidekubitální matraci dávejte c nejméně vrstev ložního prádla, nevypínejte ložní prádlo – snížení její účinnosti.	
Rizikové partie podkládejte vhodnými antidekubitálními pomůckami (např. ovčí kůži, ochrana pat a loktů).	
Pokud je to vhodné, použijte na predilekční oblasti ochranné krytí (např. Mepilex heel, Mepilex sacrum)	
Udržujte ložní prádlo čisté, suché a nepomačkané.	
Odstraňujte z kůže nadměrnou vlhkost způsobenou potem, výtokem z rány či fekální a močovou inkontinencí.	
V případě potřeby k odstranění vlhkosti použijte různé ochranné prostředky vlhkost absorbující podložky nebo ochranné krémy.	
V případě potřeby pacienta každou hodinu až dvě polohujte. V případě potřeby zaveďte dokumentaci polohování pacienta.	
Pacienta otáčejte opatrně, aby se tak předešlo zranění jemné kůže (např. netlačte na kůži ani ji nijak netiskněte).	
Aby mohl pacient váhu přenášet sám, nainstalujte k lůžku hrazdičku, žebříček.	
Sledujte hmotnost pacienta.	
Ujistěte se, že pacient má dostatečný příjem potřebných látek, a to zejména proteinů, vitamínů B a C, železa a celkových kalorií; tekutin. V případě potřeby zajistěte konzultaci s nutričním terapeutem.	

NIC – Péče o dekubitus (3540)	
Doména: 2: Fyziologická komplexní	Třída: L: Management kůže – rány
Definice: Prevence dekubitů u jedinců s vysokým rizikem jejich rozvoje.	
V pravidelných intervalech (každý den) zaznamenávejte stav proleženiny, tzn. velikost (délka, šířka, hloubka), fázi (I-IV), místo, exsudát, nekrotické tkáně, granulaci, a epitelizaci.	
Monitorujte barvu, teplotu, otok, vlhkost a vzhled okolní pokožky.	
Sleduj výskyt známek infekce v dekubitu.	
Aplikujte na proleženinu vlhké teplo, aby se zvýšilo prokrvení a okysličení proleženiny.	
O okolí dekubitů pečujte vhodnými kosmetickými přípravky (jemné mýdlo, voda).	
Pokud je to vhodné, odstraňujte/asistujte při odstranění nekrotické tkáně z dekubitu.	
Čistěte dekubit vhodným roztokem krouživým pohybem od středu do krajů.	
Dle ordinace lékaře na dekubitus aplikuj, adhezivní krytí pro vlhké hojení ran, masti, obklady.	
V případě potřeby pacienta každou hodinu až dvě polohujte. V případě potřeby zaveďte dokumentaci polohování pacienta.	
Zajistěte antidekubitální matraci. Na antidekubitální matraci dávejte c nejméně vrstev ložního prádla, nevypínejte ložní prádlo – snížení její účinnosti.	
Rizikové partie podkládejte vhodnými antidekubitálními pomůckami (např. ovčí kůži, ochrana pat a loktů).	
Ujistěte se, že pacient má dostatečný příjem potřebných látek, a to zejména proteinů, vitamínů B a C, železa a celkových kalorií; tekutin. V případě potřeby zajistěte konzultaci s nutričním terapeutem.	
V případě potřeby pacienta/blízké edukujte v oblasti péče o dekubitus.	

NANDA - NARUŠENÁ INTEGRITA KŮŽE (00241)	
Doména: 11. Bezpečnost/ochrana	Třída: Tělesné poškození
Definice: Narušení pokožky (epidermis) nebo škáry (dermis)	
Určující znaky	
Porucha integrity kůže	Proniknutí cizorodé látky přes kůži
Související faktory - vnější	
Chemické poškození (např. popálení, kapsaicin, metylen chlorid, hořčnaté látky)	Mechanické vlivy (např. střížná síla, tlak, imobilita)
Věkové extrémny	Vlhkost
Vzdušná vlhkost	Farmakologický činitel
Hypertermie/hypotermie	Radioterapie
Související faktory - vnitřní	
Změny v objemu tělesných tekutin	Hormonální změny
Změny metabolismu	Imunodeficit
Změna pigmentace	Porucha cirkulace
Změna citivosti (související s poraněním páteře, DM atd.)	Neadekvátní nutriční
Změna kožního turgoru	Tlak na kostní výčnělky
Očekávaný výsledek:	

NANDA - NARUŠENÁ INTEGRITA TKÁNĚ (00044)	
Doména: 11. Bezpečnost/ochrana	Třída: Tělesné poškození
Definice: Narušení sliznic, rohovky, kůže, fascií, svalů, šlach, kostí, chrupavek, kloubních pouzder nebo vazů.	
Určující znaky	
Poškozená tkáň	Zničená tkáň
Operační rána	Perkutánní drenáž
Související faktory	
Změny metabolismu	Porucha mobility
Změna citivosti	Nedotčený objem tekutin
Chemické poškození (např. popálení, kapsaicin, metylen chlorid, hořečnaté látky)	Nedostatečné znalosti o zachování integrity tkání
Změny v objemu tělesných tekutin	Nedostatečné znalosti o ochraně integrity tkání
Věkové extrémny	Mechanické faktory
Extrémny okolní teploty	Periferní neuropatie
Vysoké napětí	Farmaceutický činitel
Vzdušná vlhkost	Radioterapie
Nevyrovnaný nutriční stav (např. obezita, podvýživa)	Chirurgické výkony
Očekávaný výsledek:	

NANDA - RIZIKO NARUŠENÍ INTEGRITY TKÁNĚ (00248)	
Doména: 11. Bezpečnost/ochrana	Třída: Tělesné poškození
Definice: Náchylnost k narušení sliznic, rohovky, kůže, fascií, svalů, šlach, kostí, chrupavek, kloubních pouzder nebo vazů, což může vést k oslabení zdraví.	
Rizikové faktory	
Změny metabolismu	Porucha mobility
Změna citivosti	Nedotčený objem tekutin
Chemické poškození (např. popálení, kapsaicin, metylen chlorid, hořečnaté látky)	Nedostatečné znalosti o zachování integrity tkání
Změny v objemu tělesných tekutin	Nedostatečné znalosti o ochraně integrity tkání
Věkové extrémny	Mechanické faktory
Extrémny okolní teploty	Periferní neuropatie
Vysoké napětí	Farmaceutický činitel
Vzdušná vlhkost	Radioterapie
Nevyrovnaný nutriční stav (např. obezita, podvýživa)	Chirurgické výkony
Porucha cirkulace	
Očekávaný výsledek:	

NIC – Péče o místo incize - operační ránu (3440)	
Doména: 2: Fyziologická komplexní	Třída: L: Management kůže – rány
Definice: Vyčištění, sledování a podpora hojení rány, která byla uzavřena stehy, klipy nebo svorkami.	
Za použití názorného předvedení vysvětlíte proceduru pacientovi.	

Sledujte incizi, zda se neobjeví známky infekce (otok, zarudnutí, bolest, teplota) nebo zda nese známky rozestupu nebo eviscerace.
Všimněte si prosaku z rány a charakteru této sekrece.
Sledujte proces hojení v místě incize.
Vhodným čisticím roztokem očistěte oblast kolem incize.
Při čištění rány postupujte od čisté oblasti k méně čisté oblasti.
Nakonec očistěte oblast okolo drénu a místa okolo výtoku jakékoliv sekrece.
Zafixujte drény a udržujte jejich stálou polohu.
Vyměňujte obvaz ve vhodných (pravidelných) intervalech.
Použijte vhodný obvaz pro ochranu rány.
Aplikujte na ránu léčivé přípravky/krytí dle ordinace lékaře.
Odstraňte stehy a svorky dle indikace.
Umožněte pacientovi prohlédnout si ránu.
Vysvětlete pacientovi, jak s ránou zacházet při koupání či sprchování.
Naučte pacienta, jak minimalizovat zátěž místa, kde se rána nachází (např. ránu si držet při kašli, používat ortézy a břišní pásy, správné vstávání z lůžka).
Naučte pacienta/blízké, jak pečovat o ránu, včetně rozpoznávání příznaků infekce.

NIC – Péče o drén (1870)

Doména: 1. Fyziologická základní	Třída: F. Usnadnění sebekpéče
Definice: Opatření u pacienta se systémem zevní drenáže, který vystupuje ven z těla.	
Sledujte reakce pacienta a členů rodiny na externí drenáž.	
Poučte pacienta a rodinu o účelu drénu (katétru) a o tom, jak o něj pečovat.	
Poskytněte emocionální podporu, aby se pacient/blízcí vyrovnali s drenáží.	
Používejte ochranné rukavice a dodržujte hygienu rukou při manipulaci s drémem.	
Zachovávejte průchodnost katétru (proplachy), jak je indikováno typem drénu (katétru) a indikací lékaře.	
U podtlakové drenáže sledujte přítomnost podtlaku.	
Fixujte hadičku, abyste zabránili tahu a náhodnému vytažení.	
Udržujte drenážní nádobu na správné úrovni (pod úroveň pacienta).	
V případě potřeby poskytněte dostatečně dlouhou hadičku, aby měl pacient volnost pohybu.	
V případě potřeby pomáhejte pacientovi se zabezpečením hadičky (hadiček) a drenážního zařízení, když chodí, sedí nebo stojí. Pokud je to vhodné, připněte katétr (např. k noze pacienta) pro snadnější pohyb během chůze.	
Sledujte charakter a množství odváděného sekretu (odečet co 24 hod.). Všimněte si všech potíží s drenáží včetně okolí výstupu drénu.	
Vyprazdňujte sběrné zařízení drénu v souladu s postupem dané instituce, zohledněte stav pacienta a instrukce výrobce (dle naplnění, odečet co 24 hod).	
V případě potřeby pečujte o kůži a za aseptických podmínek převazujte místo výstupu drénu.	
V případě potřeby upravte pacientovu polohu pro optimální odvod sekretu (Fowlerova poloha). Vybízejte pacienta ke vhodné tělesné aktivitě.	

NIC – Péče o ránu - neuzavřenou stehy (3660)

Doména: 2: Fyziologická komplexní	Třída: L: Management kůže – rány
Definice: Prevence raných komplikací a podpora hojení rány.	
Při každém převazu kontrolujte ránu. Sledujte a dokumentujte charakteristické rysy rány: velikost trojrozměrně v milimetrech, známky infekce, okraje rány, okolní tkáň zápach, charakter sekrece z rány a výskyt bolestí v souvislosti s ránou.	

Dle indikace ránu vyčistěte vhodným prostředkem (např. Prontosan, DebriEcaSan, Peroxid).
Aplikujte na ránu léčivé přípravky/krytí dle ordinace lékaře. Použijte krytí na ránu podle typu rány.
Dodržujte aseptický postup po celou dobu ošetření.
Vyměňujte kryt na ránu podle množství exsudátu a sekretu a ordinace lékaře.
Naučte pacienta/blízké, jak pečovat o ránu, včetně rozpoznávání příznaků infekce.
V případě potřeby oholte okolí postižené oblasti.
V případě potřeby polohujte, aby se předešlo napětí v ráně.
Ujistěte se, že pacient má dostatečný příjem potřebných látek, a to zejména proteinů, vitamínů B a C, železa a celkových kalorií; tekutin. V případě potřeby zajistěte konzultaci s nutričním terapeutem.
Pomozte pacientovi/blízkým zajistit materiály potřebné k ošetření rány. Poučte je o skladování a vyhazování obvazů a jiných pomůcek.
Pokud je to vhodné, zprostředkujte pacientovi konzultaci s odborníkem (např. na hojení ran, diabetologem, chirurgem, nutričním terapeutem).

NOC – Primární hojení rány (1102)									
Doména: II: Fyziologické zdravé chování			Třída: L. Integrita tkání						
Definice: Průkaz regenerace buněk a tkání po primárním uzávěru rány.									
1 = Žádné	2 = Limitované	3 = Mírné	4 = Značné	5 = Rozsáhlé	N= nehodnoceno				
Indikátor				1	2	3	4	5	N
Přiblížení kůže									
Přiblížení okrajů rány									
Tvorba jizvy									
1 = Vážný	2 = Značný	3 = Mírný	4 = Nepatrný	5 = Žádný	N= nehodnoceno				
Purulentní prosakování sekrece									
Serózní prosak									
Krvavý prosak									
Serózně-krvavý prosak									
Krvavý odtok z drénů									
Serózně-krvavý odtok z drénů									
Zarudnutí okolní kůže									
Pohmoždění (modřina) okolní kůže									
Otok rány									
Zvýšená teplota kůže									
Nepříjemný (hnilobný) zápach									

1. Přední strana hlavy	22. Prsty pravé nohy	43. Páteř	55. Pravá pata
2. Pravé ucho	23. Levá přední strana stehna	44. Levá strana zad	56. Pravé chodidlo
3. Levé ucho	24. Levé koleno	45. Pravá strana zad	57. Zadní strana levé paže
4. Přední strana krku	25. Levá holeň	46. Levá hýždě	58. Levý loket
5. Pravá strana hrudníku	26. Levý kotník (vnitřní/vnější)	47. Pravá hýždě	59. Zadní strana levého předloktí
6. Levá strana hrudníku	27. Levá noha	48. Křížová kost	60. Hřbet levé ruky
7. Sternum	28. Prsty levé nohy	49. Levá zadní strana stehna	61. Zadní strana pravé paže
8. Pravý horní kvadrant	29. Horní vnitřní strana pravé paže	50. Zadní strana levého lýtko	62. Pravý loket
9. Levý horní kvadrant	30. Vnitřní pravé předloktí	51. Levá pata	63. Zadní strana pravého předloktí
10. Pravý dolní kvadrant	31. Pravé zápěstí	52. Levé chodidlo	64. Hřbet pravé ruky
11. Levý dolní kvadrant	32. Pravá dlaň	53. Pravá zadní strana stehna	
12. Střední čára (břišní)	33. Prsty pravé ruky upřesni....	54. Zadní strana pravého lýtko	
13. Pupek	34. Horní vnitřní strana levé paže		
14. Pubická a perineální oblast	35. Vnitřní levé předloktí		
15. Pravý trochanter (kyčel)	36. Levé zápěstí		
16. Levý trochanter (kyčel)	37. Levá dlaň		
17. Pravá přední strana stehna	38. Prsty levé ruky upřesni....		
18. Pravé koleno	39. Zadní strana hlavy		
19. Pravá holeň	40. Zadní strana krku		
20. Pravý kotník (vnitřní/vnější)	41. Levá lopatka		
21. Pravá noha	42. Pravá lopatka		
Celkem			

NOC – Sekundární hojení rány (1103)						
Doména: II: Fyziologické zdravé chování			Třída: L: Integrita tkání			
Definice: Průkaz regenerace buněk a tkání po primárním uzávěru rány.						
1 = Žádné	2 = Limitované	3 = Mírné	4 = Značné	5 = Rozsáhlé	N = nehodnoceno	
Indikátor	1	2	3	4	5	N
Granulace						
Tvorba jizvy						
Zmenšení rány						
1 = Vážný	2 = Značný	3 = Mírný	4 = Nepatrný	5 = Žádný	N = nehodnoceno	
Purulentní prosakování sekrece						
Serózní prosak						
Krvavý prosak						
Serózně-krvavý prosak						
Zarudnutí okolní kůže						
Zánět rány						
Otok rány						
Kůže s puchýřky						

rekonvalescenci	
Porucha mobility	Potřeba dopomoci při sebeděči
Související faktory	
ASA (skóre fyzického stavu) 3 a více	Pooperační infekce v místě operace
DM	Přetrvávající nevolnost
Otok operované oblasti	Přetrvávající zvracení
Rozsáhlý chirurgický zákrok	Farmakologický činitel
Věkové extrémny	Pooperační emocionální reakce
Prodloužené hojení ran v anamnéze	Prodloužený chirurgický výkon
Porucha mobility	Psychická porucha v pooperačním období
Podvýživa	Kontaminace místa operace
Obezita	Trauma operované oblasti
Bolest	
Očekávaný výsledek:	

NANDA - RIZIKO PRODLOUŽENÍ POOPERAČNÍHO ZOTAVENÍ (00246)	
Doména: 11. Bezpečnost/ochrana	Třída: Tělesné poškození
Definice: Náchylnost k navýšení počtu dnů nutných k pooperačnímu zotavení (zahájení a provádění aktivit k zachování života, zdraví a pohody), což může vést k oslabení zdraví.	
Rizikové faktory	
ASA (skóre fyzického stavu) 3 a více	Pooperační infekce v místě operace
DM	Přetrvávající nevolnost
Otok operované oblasti	Přetrvávající zvracení
Rozsáhlý chirurgický zákrok	Farmakologický činitel
Věkové extrémny	Pooperační emocionální reakce
Prodloužené hojení ran v anamnéze	Prodloužený chirurgický výkon
Porucha mobility	Psychická porucha v pooperačním období
Podvýživa	Kontaminace místa operace
Obezita	Trauma operované oblasti
Bolest	
Očekávaný výsledek:	

NIC – Chirurgická příprava (2930)	
Doména: 2. Fyziologická komplexní	Třída: J: Perioperační péče
Definice: Poskytnutí péče pacientovi bezprostředně před operací, kontrola požadovaných postupů/testů a dokumentace v klinických záznamech.	
Ověřte, zda požadované laboratorní a diagnostické testy jsou součástí zdravotnické dokumentace. V případě potřeby ověřte, že bylo provedeno EKG.	
Uveďte do záznamu seznam alergií.	
Zjistěte, jaký má pacient z operace strach. Poskytněte úzkostlivému pacientovi podporu.	
V rámci svých kompetencí informujte pacienta o předoperační a pooperační péči.	
Ověřte, zda je podepsán formulář souhlasu s operací.	
Podejte rodinně informace o čekacích prostorách a návštěvních hodinách operovaných pacientů.	
Dle indikace lékaře podávejte střevní přípravky (např. ortográdní příprava, klyzma, mikroklyzma, čípek)	
Na základě indikace lékaře podávejte nízkomolekulární heparin nebo jiný preparát k prevenci	

trombembolizmu (aplikace cca 12 hod před operací).
V případě potřeby zajistěte, aby pacient nepřijímal nic per os (dle indikace lékaře, nebo po dobu 4-6 hodni před operačním výkonem).
Dle ordinace lékaře podejte diabetikovy infuzi glukózy s minerály a inzulinem.
V případě potřeby ověřte, že je k dispozici krevní transfuze. Dle ordinace zajistěte krevní rezervy pro pacienta.
V případě potřeby oznamte faktory speciální péče, jako nevidomost, ztrátu sluchu nebo postižení pacienta personálu operačního sálu.
Ověřte, zda pacientova identifikační páska je čitelná a umístěná na svém místě.
V případě potřeby umístěte peníze a cennosti na bezpečné místo.
V případě potřeby odstraňte šperky a prsteny.
V případě potřeby odstraňte lak na nehty, make-up a sponky.
V případě potřeby vyjměte a bezpečně uložte zubní protézu, sundejte brýle, kontaktní čočky nebo jiné protézy.
Zkontrolujte, zda je pacient oblečen dle zvyklosti instituce a má dle zvyklosti uložené osobní věci.
V případě potřeby na základě indikace lékaře podávejte a dokumentujte medikamenty podávané před operací (např. antibiotika, antihistaminika, premedikaci, antihypertenziva).
V případě potřeby vysvětlete pacientovi předoperační medikaci.
Dle potřeby a ordinace vytvořte periferní intravenózní vstup a zahajte intravenózní terapii.
Dle indikace lékaře zaveďte nasogastrický nebo Foleyův katétr.
Dle indikace lékaře pošlete léky (např. antibiotika) nebo jiné pomůcky s pacientem na operační sál.
Vysvětlete pacientovi důvod zavedení drénů a použití dalších zařízení a přístrojů.
V případě potřeby oholte (ostříhejte ochlupení) a umyjte nebo osprchujte pacienta.
V případě potřeby nasadte bandáže nebo protiembolické punčochy.
Instruujte pacienta, aby se před podáním premedikace vymočil, po podání premedikace již nevstával z lůžka bez doprovodu a zajistěte jeho dostatečný tepelný komfort.
V případě potřeby pomozte pacientovi na vozík.
Připravte pokoj pro pacientův návrat po operaci.

NIC – Výuka: předoperační (5610)	
Doména: 2. Fyziologická komplexní; 3. Behaviorální	Třída: J: Perioperační péče; S. Edukace pacienta
Definice: Pomoc pacientovi pochopit a psychicky se připravit na operaci a pooperační období.	
Poučujte tak, jak to odpovídá pacientovu stylu učení, včetně holistických přístupů a vzdělávacích materiálů. Dokumentujte edukaci, včetně pacientovy odezvy na ni.	
Informujte pacienta a rodinu o plánovaném datu, době a místě operace.	
Zjistěte, jaké má pacient předchozí zkušenosti s operacemi	
Zjistěte, co pacient od operace očekává. V případě potřeby korigujte nerealistická očekávání.	
Zjistěte, jak se pacient/blízcí bojí operace. Poskytněte pacientovi čas na kladení otázek a diskutování o obavách.	
Popište předoperační rutinní postupy (např. narkózu, dietu, vyprázdnění střev, laboratorní testy, vymočení, úpravu kůže, intravenózní terapii, oblečení, místnost, kde čeká rodina, transport na operační sál).	
V případě potřeby instruujte pacienta o metodě vstávání z lůžka.	
V případě potřeby hodnotte pacientovu schopnost vstávat z lůžka.	

Poučte pacienta o metodě odkašlávání, vyplivování hlenu a metodě hlubokého dýchání.
Poučte pacienta a aktivním cvičení a dechové rehabilitaci. Zdůrazněte, že je nutné brzo po operaci začít chodit a pečovat o dýchací ústrojí.
Informujte pacienta, že při prvním vstávání z lůžka po operaci je nutné přivolat zdravotnický personál.
Popište předoperační medikaci a její účinky na pacienta a důvod jejího použití.
Poskytněte pacientovi informace o tom, co bude během zákroku slyšet, cítit, vidět, chutnat nebo pociťovat.
Proberte možná opatření tlumení bolesti.
Vysvětlete účel častých pooperačních hodnocení.
Popište pooperační rutinní postupy a zařízení (např. léky, respirační léčbu, kanyly, přístroje, podpurnou hadičku, chirurgické obvazy, chůzi, návštěvy rodiny) a vysvětlete jejich účel.
Informujte pacienta, jak pomáhat při zotavování. Pokud je to vhodné poučte o tom, že je vhodné přestat kouřit.

NIC – Péče po anestezii (2870)	
Doména: 2. Fyziologická komplexní	Třída: J: Perioperační péče
Definice: Sledování a péče o pacienta, který nedávno podstoupil celkovou nebo regionální anestezii.	
Zhodnoťte pacientovy alergie včetně alergie na latex.	
Pokud je to indikované, podávej oxigenoterapii.	
Sledujte saturaci kyslíkem.	
Pokud je to nutné, asistujte při zavedení umělé plicní ventilace a pečujte o pacienta s umělou plicní ventilací.	
Sleduj kvalitu, hloubku, množství dechů a přítomnost kašle.	
Převezmi informace o pacientovi od personálu operačního sálu.	
Uprav lůžko pacienta.	
Zajisti pacientovi soukromí.	
V pravidelném intervalu dle ordinace lékaře sleduj a zaznamenávej vitální funkce, operační rány, výskyt bolesti, úroveň vědomí (obvykle: 1. hod á 15 min; 2. hod á 30 min, následně á 1 hod).	
Sleduj a zaznamenej odchod moče (max. do 8 hod po operaci první močení).	
Sleduj tělesnou teplotu pacienta. Pokud je třeba udržuj stabilní teplotu pacienta (např. za využití další příkrývky, chlazení gelovým sáčkem).	
Poskytuj farmakologické a nefarmakologické metody úlevy od bolesti, sleduj a zaznamenávej jejich účinek.	
Sleduj výskyt nevolnosti a zvracení u pacienta. Pokud je třeba, podávej antiemetika dle ordinace lékaře.	
Dle indikace lékařem podávej předepsané antagonisty narkotik.	
Pokud je to vhodné, podej pacientovi iv. medikaci ke kontrole třesu.	
Pokud je třeba, kontaktuj lékaře.	
Sleduj znovu obnovení senzoričkových a motorických funkcí (u svodové a lokální anestezie).	
Sleduj neurologický stav.	
Pokud je to indikované, zajisti realizaci a sleduj výsledky diagnostických testů (např. odběr krve).	
Porovnej pacientův nynější stav se stavem před operací za účelem stanovení pacientovi kondice.	
Pokud je to vhodné, poskytni pacientovi verbální a taktilní stimulaci.	

Pokud je to nutné a indikované, proved' utlumení pacienta (např. chemicky - medikamenty, fyzicky – kurty, postranice).
Pokud je to vhodné, poskytni pacientovi/blízkým emocionální podporu.
Zhodnoť pacientovu schopnost propuštění/překlada.
Předej informace o průběhu pooperačního zotavení pacienta ostatnímu ošetřujícímu personálu.
Urči úroveň péče, kterou pacient bude potřebovat.

NOC – Postoperační rekonvalescence (2304)						
Doména: II. Fyziologické zdraví			Třída: aa. Léčebná odpověď			
Definice: Míra do jaké ovlivnila anestezie fyzické, psychické a funkčních role v pooperačním období						
1 = Vážná odchylka od normálního rozmezí	2 = Značná odchylka od normálního rozmezí	3 = Mírná odchylka od normálního rozmezí	4 = Nepatrná odchylka od normálního rozmezí	5 = Žádná odchylka od normálního rozmezí	N= nehodnoceno	
Indikátor	1	2	3	4	5	N
Systolický TK						
Diastolický TK						
Hemodynamická stabilita						
Tělesná teplota						
Rychlost radiálního pulzu						
Rytmus radiálního pulzu						
Rychlost dechu						
Hloubka nádechu						
Odchod moče						
Střevní ozvy						
Odchod stolice, plynů						
Bilance elektrolitů						
Příjem tekutin						
Hydratace						
Příjem stravy						
Hladina glukózy						
Integrita tkání						
Neurovaskulární integrita						
Hojení rány						
Kognice						
Koncentrace						
Spánek						
Provádění předepsaného cvičení, rehabilitace						
Provádění předepsané péče o ránu						
Prizpůsobení se změnám těla, které souvisí s operací						
Používání předepsaných kompenzačních pomůcek						
Provádění aktivit sebepéče						
Obnovení normálních aktivit						
Obnovení normálních funkcí						
1 = Vážná	2 = Značná	3 = Mírná	4 = Nepatrná	5 = Žádná	N= nehodnoceno	
Atelektáza						
Pneumonie						
Bolest						

Prosak rány							
Sekrece z drénů							
Ranná infekce							
Dehiscence rány							
Tromboflebitida							
Plicní embolie							
Zácpa							
Únava							
Úzkost							
Deprese							
Celkem							

11. BEZPEČNOST - termoregulace**NANDA - HYPERTERMIE (00007)**

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana	Třída: Termoregulace
Definice: Tělesná teplota je nad normálním rozmezím (důsledek selhání termoregulace).	
Určující znaky	
Kůže horká na dotek	Křeče
Zarudla kůže	Kóma
Snížený TK	Strnulost
Zrychlený P	Neobvyklá pozice
Zrychlený D	Vasodilatace
Apnoe	Podrážděnost
Letargie	
Související faktory	
Nemoc	Ischemie
Sepse	Farmaceutický činitel
Vysoké teploty okolního prostředí	Dehydratace
Nedostatečná regulace pocením	Trauma
Nevhodný oděv	Nadměrná aktivita
Zvýšený metabolismus	
Očekávaný výsledek:	

NANDA - HYPOTERMIE (00006)

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana	Třída: Termoregulace
Definice: Tělesná teplota je pod normálním rozmezím (důsledek selhání termoregulace).	
Určující znaky	
Akrocyanóza, cyanotická nehtová lůžka	Snížený P, zvýšený P
Kůže chladná na dotek	Snížená plicní ventilace
Piloerекce (husí kůže)	Zvýšený TK
Periferní vazokonstrikce, Pomalé znovunaplňení kapilár	Hypoxie
Třesavka	Zvýšená spotřeba kyslíku
Snížení hladiny glukózy v krvi (hypoglykémie)	Zvýšený metabolismus
Referenční hodnoty (dospělý)	

Mírná hypotermie = teplota tělesného jádra 32 – 35 °C	Těžká hypotermie = teplota tělesného jádra < 30°C
Střední hypotermie = teplota tělesného jádra 30– 32 °C	
Referenční hodnoty – zranění (dospělý)	
Hypotermie = teplota tělesného jádra < 35 °C	Těžká hypotermie = teplota tělesného jádra < 32°C
Související faktory	
Konzumace alkoholu	Nedostatek znalostí pečovatele o prevenci hypotermie
Poškození hypotalamu	Nedotčené oblečení
Poruchy metabolismu	Nedostatek podkožního tuku
Ekonomické znevýhodnění	Nízký teplota okolního prostředí
Věkové extrém	Farmaceutický činitel
Hmotnostní extrém	Radioterapie
Vedení tepla (kondukce, konvekce, vypařování a radiace)	Trauma
Nečinnost	
Očekávaný výsledek:	

NANDA - RIZIKO NEROVNOVÁHY TĚLESNÉ TEPLoty (00005)	
Doména: 11. Bezpečnost/ochrana	Třída: Termoregulace
Definice: Náchyllost k změnám tělesné teploty oproti normálnímu rozmezí, což může vést k oslabení zdraví.	
Rizikové faktory	
Akutní úraz mozku	Neodpovídající oblečení (vzhledem k teplotě okolí)
Změny metabolismu	Zvýšená spotřeba kyslíku
Stav ovlivňující termoregulaci	Větší povrch těla vůči tělesné hmotnosti
Nedostatečná regulace pocením	Neefektivní třesová reakce
Dehydratace	Nedostatečná zásoba kožního tuku
Věkové extrém	Farmaceutický činitel
Extrém teploty okolního prostředí	Sedace
Hmotnostní extrém	Sepse
Neaktivnost	Nadměrná aktivita

NIC – Regulace tělesné teploty (3900)	
Doména: 2. Fyziologická komplexní	Třída: M Termoregulace
Definice: Udržování tělesné teploty (TT) v normálním rozmezí.	
Sleduj TT v pravidelných intervalech dle zvyklosti pracoviště (2 – 3 krát denně).	
Pokud je to vhodné, zaveď častější nebo kontinuální sledování TT.	
Pokud je to vhodné sleduj P, TK, D.	
Sleduj teplotu a barvu kůže.	
Sleduj a zaznamenávej známky hypertermie nebo hypotermie.	
Podporuj adekvátní příjem živin a tekutin.	
Pokud je to vhodné, pouč pacienty/blízké jak předejit vyčerpání, úpalu, jak předcházet podchlazení.	
Pokud je to vhodné, pouč pacienta/blízké v jakých případech mají vyhledat rychlou pomoc/lékaře.	
Pokud je to vhodné, pro zvýšení tělesné teploty, použijte dvě příkrývky, hřejivé polštářky, vyhřívací položky, teplé tekutiny per os, teplou koupel.	
Pokud je to vhodné, pro snížení teploty vyžijte zábaly, chladivé sáčky, chladné tekutiny per os, chladivé infuze, chladnou koupel.	
Přizpůsobte okolní teplotu potřebám pacienta.	
Pokud je to vhodné, podejte dle ordinace lékaře antipyretika a sledujte jejich efekt.	
Při výskytu hypertermie proveďte před zahájením antipyretické léčky předepsané diagnostické testy (např. odběr krve na hemokulturu, CRP).	
Pokud je to vhodné, podejte dle indikace lékařem léky k prevenci křečí.	

NOC – Termoregulace (0800)						
Doména: II: Fyziologické zdraví			Třída: I. Metabolická regulace			
Definice: Bilance intracelulárních a extracelulárních tekutin v těle						
1 = Vážně ohrožená	2 = Značně ohrožená	3 = Mírně ohrožená	4 = Nepatrně ohrožená	5 = Neohrožená	N = nehodnoceno	
<i>Indikátor</i>	1	2	3	4	5	N
Přítomnost husí kůže						
Pocení						
Chvění						
Rychlost aplikálního pulzu						
Rychlost radiálního pulzu						
Rychlost dechu						
Výpověď o tepelném komfortu						
Zvýšení teploty kůže						
Snížení teploty kůže						
Hypertermie						
Hypotermie						
Bolesti hlavy						
Bolest svalů						
Podrážděnost						
ospalost						
Změny barvy kůže						
Svalové záškuby						
Dehydratace						

Křeče z tepla						
Úpal						
Omrzliny						
Celkem						

12. KOMFORT

NANDA - ZHORŠENÝ KOMFORT (00214)	
Doména: 12. Komfort	Třída: Tělesný komfort; sociální komfort; komfort prostředí
Definice: Vnímání nedostatku uvolnění, úlevy a dokonalosti ve fyzických, psychických, spirituálních, environmentálních, kulturních a sociálních dimenzích.	
Určující znaky	
Změny v cyklu spánek/bdění	Pocit hladu
Úzkost	Neschopnost odpočívat
Pláč	Podrážděnost
Nespokojenost se situací	Svědění
Symptomy strádání (stresu)	Sténání
Strach	Neklid
Chladné končetiny	Povzdechy
Horké končetiny	Nelehkost situace
Pocit nepohody	
Související faktory	
Symptomy nemoci	Nedostačená kontrola nad situací
Nedostačená kontrola nad okolím	Škodlivé stimuly z prostředí
Nedostatek soukromí	Léčebný režim
Nedostatečné zdroje (např. finanční, sociální, znalosti)	
Očekávaný výsledek:	

NIC – Ovlivňování životního prostředí: komfort (6482)	
Doména: 1. Fyziologická základní	Třída: E. Podpora fyzického pohodlí
Definice: Přizpůsobování prostředí pro podporu optimálního komfortu pacienta.	
Stanov cíle ovlivnění životního prostředí pro optimální komfort pacienta/blízkých	
Určete zdroj nepohodlí pacienta jak například vlhký oděv, poloha, invazivní vstupy (např. drény, sondy, PMK, žilní vstupy), škrťací obvaz, pomačkané a špinavé lůžkoviny a dráždění životního prostředí.	
Pokud je to možné, upravte teplotu v místnosti dle požadavků pacienta.	
Přikryjte pacienta druhou dekou, pokud je mu chladno. Přikryjte pacienta pouze prostěradlem, pokud je mu horko.	
Přizpůsobte osvětlení potřebám pacienta, dbejte o to, aby pacientu nesvítilo světlo do očí.	
Pro navýšení pohodlí pomáhejte pacientu s hygienou (např. umyjte mu tělo, vlasy, dutinu ústní; otřete mu zpotené čelo; promažte ho krémem).	
Pomozte pacientovi zaujímat pohodlnou polohu (např. úlevovou polohu, udržujte polohu pacienta za využití polohovacích pomůcek, podporujte pohyb v kloubech).	
Pečujte o pohodlí u pacientů s imobilizační pomůckou (např., dlahou, sádrkou, tahovou trakcí, korzetem, verbou, krčním límcem). Zajistěte, aby imobilizační pomůcka byla přiložena na oděvu nebo obvazu, pacienta nedřela a kůže pod ní byla suchá a čistá.	

Sledujte kůži pacienta, abyste odhalili vznikající dekubitus, opruzeninu nebo podráždění pokožky.
Předcházejte tomu, aby sliznice a pokožku dráždila stolice, moč, pot, sekret z rány atd.
Pomoz pacientovy/blízkým pozitivně přijmout změny v životním stylu a prostředí.
Pokud pokoj má více lůžek pro nemocné, vhodně rozmístěte lůžka pacientů.
Pokud je to možné, pacientovi/blízkým kteří preferují klid a odpočinek zajistěte jednolůžkový pokoj.
Dej pacientovi zvonek na dosah a neprodleně reaguj na pacientovo volání.
Nepřerušuj odpočinek/spánek pacienta pokud to není nezbytně nutné.
Vytvářejte klidné podporující, bezpečné a čisté prostředí.
Kdykoliv je to možné podporujte sociální interakci pacienta a návštěvy u něj.
Pokud je to vhodné poučte pacienty/blízké o nemocech a možných zraněních.

NOC – Stav pohodlí (2008)						
Doména: V. Vnímání zdraví			Třída: U: Zdraví & kvalita života			
Definice: Celkový fyzický, psychický, spirituální, sociální a environmentální pocit pohody a bezpečí.						
1 = Vážně ohrožená	2 = Značně ohrožená	3 = Mírně ohrožená	4 = Nepatrně ohrožená	5 = Neohrožená	N = nehodnoceno	
Indikátor	1	2	3	4	5	N
Fyzický pocit pohody						
Kontrola symptomů						
Psychický pocit pohody						
Fyzikální prostředí						
Teplota v místnosti						
Sociální podpora rodiny						
Sociální vztahy						
Spirituální život						
Péče odpovídá kulturnímu přesvědčení						
Péče odpovídá potřebám						
Schopnost vyjádřit potřeby						
Celkem						

NANDA - NAUZEÁ (00214)	
Doména: 12. Komfort	Třída: Tělesný komfort
Definice: Subjektivní pocit v zadní části hrdla a žaludku, který může, ale nemusí vést ke zvracení.	
Určující znaky	
Odpor k jídlu	Nadměrné polykání
Dávivý pocit	Nevolnost
Nadměrné slinění	Kyselá chuť v ústech
Související faktory - biofyzikální	
Biochemická dysfunkce (např. urémie, diabetická ketoacidóza)	Lokalizovaný tumor (např. akustický neurom, tumor mozku, metastázy v kostech)
Onemocnění jícnu	Meniérova nemoc
Vystavení toxinu	Meningitida
Roztažení žaludku	Kinetóza

Podráždění žaludku	Onemocnění pankreatu
Zvýšený nitrolební tlak	Těhotenství
Tumor v dutině břišní	Zvětšení sleziny
Zánět vnitřního ucha	Léčebný režim
Zvětšení jater	
Související faktory - situační	
Úzkost	Odpudivá chuť
Strach	Psychická porucha
Škodlivé stimuly prostředí	Nepříjemné vizuální stimuly
Očekávaný výsledek:	

NIC – Nevolnost (1450)	
Doména: 1. Fyziologická základní	Třída: E. Podpora fyzického pohodlí
Definice: Prevence a zmírnění nevolnosti.	
Sledujte neverbální projevy signalizující nepříjemné pocity. Vybídněte pacienta, aby sám sledoval svou nevolnost.	
Proveďte úplnou anamnézu nevolnosti, včetně frekvence, trvání, závažnosti a vyvolávacích faktorů. Pro hodnocení intenzity nevolnosti použijte vizuální analogovou škálu. Posuďte předchozí zkušenost s nevolností a způsob její léčby.	
Zhodnoťte důsledky nevolnosti pacienta na kvalitu jeho života (např. chuť k jídlu, aktivitu, pracovní výsledky, odpovědnost v jeho roli a spánek).	
Identifikujte faktory (např. medikace a procedury), které mohou způsobit nevolnost nebo k ní přispět.	
Omezte faktory prostředí, které mohou nevolnost vyvolat (např. nepříjemné zápachy, zvuky a nepříjemné vizuální stimuly).	
Snižte nebo eliminujte faktory, které mohou navodit nebo zhoršit u konkrétního pacienta nevolnost (úzkost, strach, únava a nedostatečná informovanost).	
Identifikujte, co pacientovi poskytuje úlevu od nevolnosti.	
Vždy, když je to možné a indikované lékařem, zajistěte, aby pacient dostal za účelem prevence nevolnosti účinná antiemetika (mimo nevolnost související s těhotenstvím).	
Informujte a podporujte pacienta, jiné zdravotníky a členy rodiny ve využívání nefarmakologických metod, které lze použít u osob s nevolností.	
Jako úlevu od nevolnosti doporučujte adekvátní odpočinek a délku spánku.	
Pro zvýšení komfortu aplikujte častou ústní hygienu (pokud nevyvolává nevolnost).	
Vybízejte osobu s nevolností, aby jedla malé porce nedráždivých potravin.	
V případě potřeby pacienta poučte, aby jedl potravu bohatou na uhlovodany a chudou na tuky.	
V případě potřeby podávejte studené čiré tekutiny a jídla bez chuti a zápachu.	
U dlouhotrvající nevolnosti, sledujte nutriční hodnoty a kalorie v přijaté potravě.	
U dlouhotrvající nevolnosti pravidelně pacienta važte.	
Pomáhejte vyhledat pacientovi emocionální podporu a poskytněte mu ji.	
Po celou dobu sledujte účinek opatření pro zvládnání nevolnosti.	
NIC – Zvládnání zvracení (1570)	
Ujistěte pacienta o tom, že za zvracení se není třeba stydět, a pomozte mu vybrat vhodnou strategii při ovládnání nutkání ke zvracení.	
Umístěte pacienta do polohy, která zabrání vdechnutí zvratků (např. poloha s předklonem hlavy, poloha na boku)	
Dejte pacientovi na dosah nádobu na zachycení zvratků (např. emitní miska, sáček). Tuto nádobu dejte pacientovi i při transportu mimo lůžko. Dejte pacientovi buničitou vatu na	

otírání úst.
Posuďte barvu, charakter, množství a hustotu zvratků, přítomnost krve, četnost a prudkost zvracení.
Po zvracení proveďte úklid a zvláštní pozornost věnujte odstranění pachů.
Po zvracení počkejte aspoň 30 minut, než podáte pacientovi více tekutin (za předpokladu normálního gastrointestinálního traktu a normální peristaltiky). Začněte s čirými neperlivými tekutinami.
Po zvracení proveďte ústní hygienu a vyčistěte ústa a nos.
U zvracejících pacientů a pacientů s nevolností sledujte rovnováhu tekutin a elektrolytů.

NOC – Kontrola nevolnosti, zvracení (1618)						
Doména: IV. Znalosti o zdraví & zdravé chování			Třída: Q. Zdravé chování			
Definice: Aktivita jedince, které následují doporučení od zdravotnického pracovníka (s ohledem na konkrétní zdravotní stav).						
1 = Nikdy neprojevená	2 = Výjimečně projevená	3 = Někdy projevená	4 = Často projevená	5 = Stále projevená	N = nehodnoceno	
Indikátor	1	2	3	4	5	N
Rozpoznání počátku nevolnosti						
Popis vyvolávajících faktorů						
Rozpoznání zhoršujících faktorů						
Každodenní používání diáře k monitoraci nevolnosti						
Používání preventivních opatření						
Pokud je to možné, vyhýbání se vyvolávajícím faktorům						
Vyhýbání se nepříjemným zápachům						
Užívání antiemetik dle doporučení						
Výpověď o selhání antiemetické léčby						
Výpověď o nežádoucích účincích antiemetické léčby						
Výpověď zdravotníků o nekontrolovaných symptomech						
Výpověď o nevolnosti, říhání a zvracení						
Celkem						

NANDA - AKUTNÍ BOLEST (00132)	
Doména: 12. Komfort	Třída: Tělesný komfort
Definice: Nepříjemný smyslový emoční zážitek vycházející s akutního nebo potencionálního poškození tkání či popsany pomocí termínů pro takové poškození Mezinárodní asociace pro studium bolesti). Bolest s náhlým nebo pomalým nástupem libovolné intenzity (do silné po mírnou), s očekávaným či předvídatelným koncem.	
Určující znaky	
Bolestivý výraz v obličeji (např. ztráta lesku očí, zbylý pohled, fixní nebo roztroušený pohyb, grimasy)	Zúžené zaměření pozornosti (např. čas, vnímání, myšlení, interakce s okolím, sociální interakce)
Zjištění bolesti prostřednictvím standardizované škály (např. vizuální analogová škála, obličejová škála, numerická škála)	Úlevová poloha
Zjištění bolesti prostřednictvím standardizovaného nástroje (např. McGillský	Ochranné chování

dotazník bolesti, krátký inventář bolesti)	
Změny ve vitálních funkcích (např. TK, P, D, saturace a objem vydechovaného CO ₂)	Zprostředkovaná informace (od jiné osoby) o bolesti/změnách aktivit
U osob neschopných verbální komunikace, zjištění bolesti prostřednictvím standardizovaného záznamu (Škála bolesti pro novorozence a kojence, formulář bolesti pro seniory s omezenou schopností komunikace)	Rozšíření zornic
Expresivní chování (např. neklid, pláč, ostražitost)	Sebestřednost
Změna chuti k jídlu	Nesoustředění
Ochranné chování	Pocení
Beznaděj	
Související faktory	
Biologičtí původci (infekce, ischemie, neoplazma)	Fyzikální původci zranění (nap. Absces, amputace, popálení, pořezání, zvedání těžkých předmětů, operace, úraz, přetěžování)
Chemičtí původci (např. popálení, kapsaicin, metylen chlorid, hořečnaté látky)	
Očekávaný výsledek:	

NANDA - CHRONICKÁ BOLEST (00133)	
Doména: 12. Komfort	Třída: Tělesný komfort
Definice: Nepříjemný smyslový emoční zážitek vycházející s akutního nebo potencionálního poškození tkání či popsany pomocí termínů pro takové poškození Mezinárodní asociace pro studium bolesti). Bolest s náhlým nebo pomalým nástupem libovolné intenzity (do silné po mírnou), bez očekávaného či předvídatelného konce. S trváním delším než 3 měsíce.	
Určující znaky	
Zjištění bolesti prostřednictvím standardizované škály (např. vizuální analogová škála, obličejová škála, numerická škála)	Nechutenství
Zjištění bolesti prostřednictvím standardizovaného nástroje (např. McGillský dotazník bolesti, krátký inventář bolesti)	Sebestřednost
Zprostředkovaná informace (od jiné osoby) o bolesti/změnách aktivit	Změny v cyklu spánků/bdění
U osob neschopných verbální komunikace, zjištění bolesti prostřednictvím standardizovaného záznamu (Škála bolesti pro novorozence a kojence, formulář bolesti pro seniory s omezenou schopností komunikace)	Změna schopnosti pokračovat v předchozích aktivitách
Bolestivý výraz v obličeji (např. ztráta lesku očí, zbylý pohled, fixní nebo roztroušený pohyb, grimasy)	
Související faktory	

Věk 50 a více let	Zlomeniny
Změny v cyklu spánku/bdění	Poruchy metabolismu
Chronická stav muskuloskeletárního systému	Zvýšený BMI
Zhmoždění	Neefektivní vzorec sexuality
Zranění rozdrčením	Původce zranění (může/nemusí být přítomen)
Poškození nervového systému	Ischemické potíže
Emoční nepohoda (sters)	Malnutrice
Únava	Poškození svalu
Ženské pohlaví	Stlačení nervu
Porucha imunity (např. neuropatie způsobena hepatickými viry, HIV)	Posttraumatické komplikace (např. infekce, zánět)
Týrání v anamnéze (např. fyzické, psychické, sexuální)	Nerovnováha neurotransmiterů, neuromodulátorů a receptorů
Genetické poruchy	Dlouhodobé zvýšení koncentrace kortizolu
Mrzačení pohlavních orgánů v anamnéze	Opakovaná manipulace s těžkými břemeny
Přehnané zadlužení v anamnéze	Sociální izolace
Statická práce v anamnéze	Poškození prodloužené míchy
Abusus v anamnéze	Prorůstání nádoru
Intenzivní cvičení v anamnéze	Vibrace celého těla
Dlouhodobé užívání PC (>20 hodin/týden)	
Očekávaný výsledek:	

NIC – Zvládání bolesti (1400)	
Doména: 1. Fyziologická základní	Třída: E. Podpora fyzického pohodlí
Definice: Úleva od bolesti nebo zmírnění bolesti na úroveň, která je pro pacienta snesitelná.	
Proveďte komplexní anamnézu bolesti, která zahrnuje místo, charakteristické rysy, začátek/trvání, frekvenci, kvalitu, intenzitu nebo závažnost bolesti a vyvolávající faktory.	
Zjistěte, jaké pacient používá v současnosti farmakologické metody pro zmírnění bolesti. Vybízejte pacienta, aby užíval analgetika adekvátně.	
Prozkoumejte pacientovy znalosti a představy o bolesti. Berte v úvahu kulturní vlivy na reakci na bolest.	
Sledujte neverbální náznaky nepohodlí, zvláště u jedinců, kteří nedokážou efektivně komunikovat.	
Společně s pacientem zjistěte faktory, které zlepšují/zhoršují bolest.	
Poskytněte informace o bolesti, např. o příčinách bolesti, o tom, jak dlouho bude bolest trvat, a o předpokládaném nepohodlí při procedurách.	
Naučte pacienta/blízké zásady monitorace a zvládání bolesti.	
Určete potřebnou frekvenci při posuzování pohodlí (bolesti) pacienta a realizujte tento plán sledování. Ověřte si u pacienta míru bolesti (nepohodlí), zaznamenejte změny do lékařské dokumentace, informujte jiné zdravotníky, kteří se starají o pacienta.	
Průběžně ve specifikovaných intervalech sledujte pacientovu spokojenost se zvládáním bolesti a zhodnoťte efektivnost opatření pro zmírnění bolesti.	
Pokud jsou opatření k tlumení bolesti neúspěšná nebo současné stížnosti na bolest představují významnou změnu oproti předešlé pacientově bolesti, informujte lékaře.	
Zajistěte analgetickou péči o pacienta. Poskytněte pacientovi optimální zmírnění bolesti předepsanými analgetiky.	
Aplikujte opatření zmírňující bolest dříve, než bolest začne být vážná.	
Před bolestivými zákroky, léčbou nebo zvýšenou tělesnou či psychickou aktivitou poskytněte	

analgezií, případně nefarmakologické opatření ke snížení bolesti. Zohledněte sedativní účinek analgetik.
Určete dopad bolestivého zážitku na kvalitu života (např. na spánek, chuť k jídlu, aktivitu, kognitivní funkce, náladu, vztahy, výkon v zaměstnání a plnění rolí).
Upravujte faktory prostředí, které mohou ovlivnit pacientovu reakci na nepohodlí (např. pokojovou teplotu, osvětlení, hluk).
Vylučte nebo snižte faktory, které vyvolávají nebo zvyšují bolest (např. strach, únavu, jednotvárnost, nedostatek znalostí)
Pro úlevu od bolesti vyberte a realizujte různá opatření (např. farmakologická, nefarmakologická, mezilidská).
Pokud je to indikované, pomáhejte pacientovi při využití v PCA – pacientem kontrolované analgezie.
Pokud je to vhodné, využijte multidisciplinárního přístupu ke zvládnutí bolesti (např. ambulance bolesti).

NOC – Úroveň bolesti (2102)						
Doména: V: Vnímání zdraví			Třída: V: Stav příznaků			
Definice: Vážnost pozorované a udávané bolesti						
1 = Vážná	2 = Značná	3 = Mírná	4 = Nepatrná	5 = Žádná	N= nehodnoceno	
Indikátor	1	2	3	4	5	N
Udávaná bolest						
Délka trvání epizody bolesti						
Držení se za postiženou oblast						
Sténání a pláč						
Bolestivý výraz v obličeji						
Roztěkanost						
Agitovanost						
Podrážděnost						
Svraštění obličeje						
Záškuby						
Pocení						
Popocházení						
Zúžená pozornost na bolest						
Svalová tenze						
Ztráta chuti k jídlu						
Nevolnost						
Intolerance stravy						
1 = Vážná odchylka od normálního rozmezí	2 = Značná odchylka od normálního rozmezí	3 = Mírná odchylka od normálního rozmezí	4 = Nepatrná odchylka od normálního rozmezí	5 = Žádná odchylka od normálního rozmezí	N= nehodnoceno	
Rychlost dechu						
Apikální srdeční rychlost						
Rychlost radiálního pulzu						
Krevní tlak						
Pocení						
Celkem						

13. RŮST/VÝVOJ

neosazeno

Autorský tým: Mgr. Alena Pospíšilová, Ph.D.
 Ing. Igor Kuba
 Mgr. Marta Šenkyříková, Ph.D.

Použité zdroje:

BULECHEK, G. M., BUTCHER, H. K., DOCHTERMAN, J. M. (eds.). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 6th ed. St. Luis: Mosby-Year Book; 2012, [609 p]. ISBN 978-0-323-10011-3.

HERDMAN, T. H. (eds.) *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2015-2017*. Wiley Blackvell, 2014. [483 p]. ISBN 9781118914939.

JOHNSON, M., Moorhead, S., BULECHEK, G. et al. (eds.). *NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions: Supporting Critical Thinking and Quality Care*. 3rded. Philadelphia: Mosby. 2012, [422 p]. ISBN 978-0-323-07703-3.

JUŘENÍKOVÁ, P., POSPÍŠILOVÁ, A., HŮSKOVÁ, J., KYASOVÁ, M., MIČUDOVÁ, E. *Klasifikační systém ošetrovatelských intervencí NIC v intenzivním a chirurgickém ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2014. [198 s.] ISBN 978-80-210-7549-8.

MOORHEAD, S., JOHNSON, M., et al. (ed.). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 4th ed. St. Luis: Mosby-Year Book; 2012 [912 p]. ISBN 978-0-323-05408-9.

NANDA International. *Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. [464 s]. ISBN 978-80-247-5412-3.