OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

SMYSL OŠ.PROCESU (O.P.)

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

- Je vědeckou metodou sloužící k řešení problémů spadajících do kompetencí NLZP.

- Je založen na systematickém vyhledávání biologických, psychických a sociálních potřeb jedince a na jejich uspokojování aktivně nabízenou oš. péčí.

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES JAKO:

- **Způsob myšlení:**

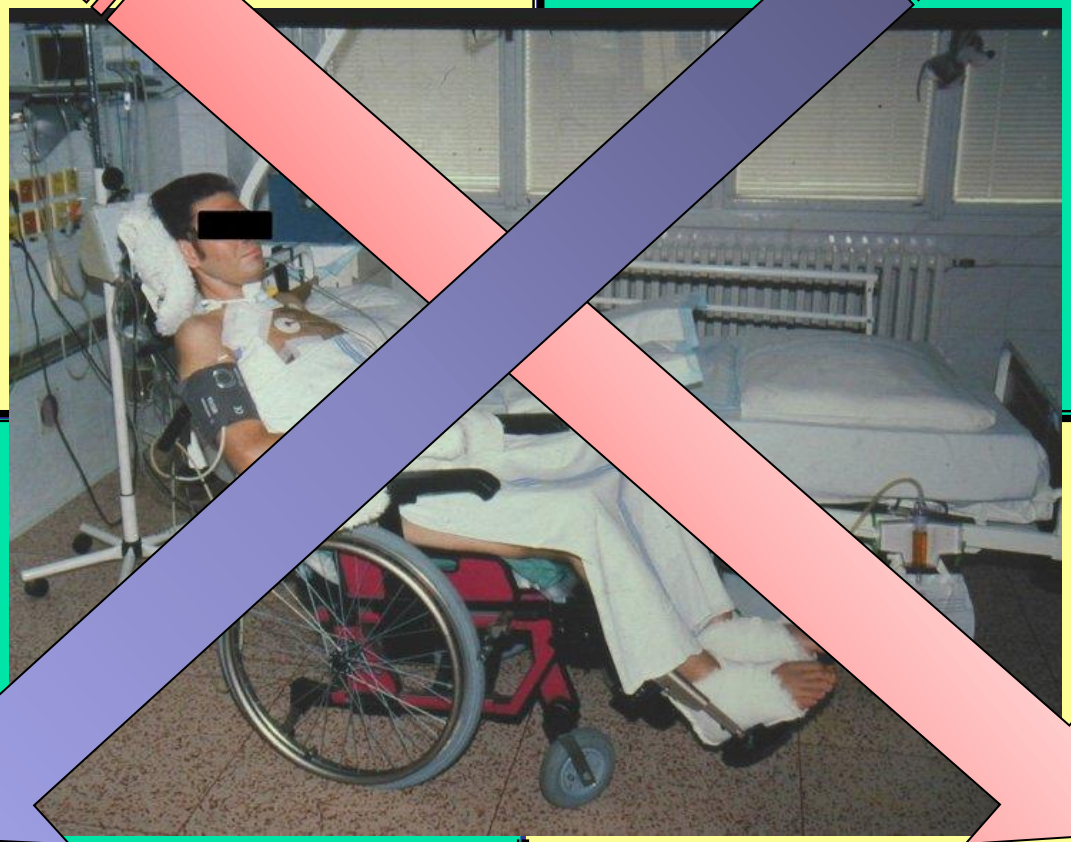
  Vede k rozvoji myšlenkového přístupu k řešení problémů pacienta.

- **Způsob práce:**

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

KDO JE MŮJ PACIENT?

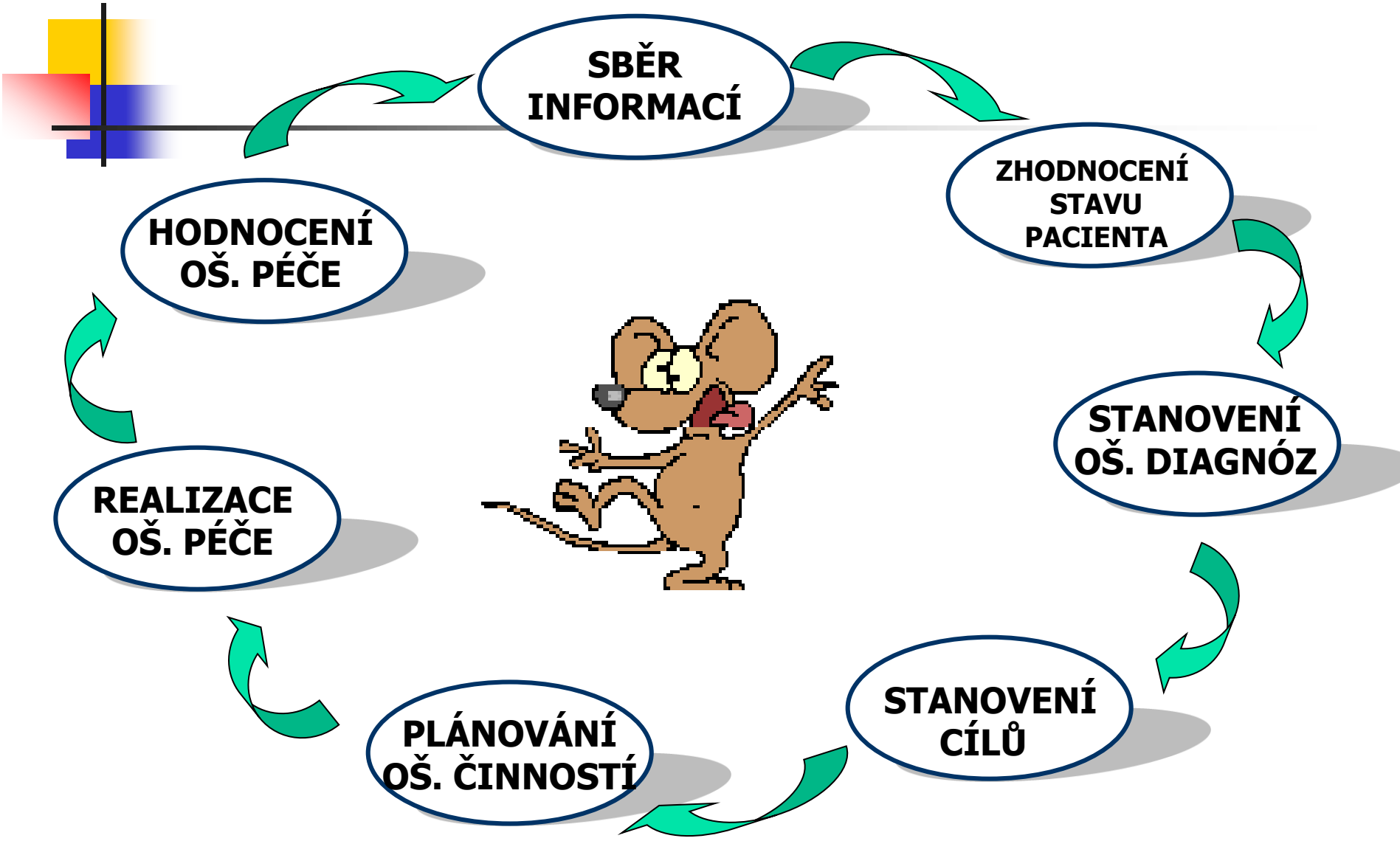
JAK MU MOHU POMOCI?



JAK MU MÁ PÉČE POMOHLA?

JAKÉ MÁ PROBLÉMY?

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES



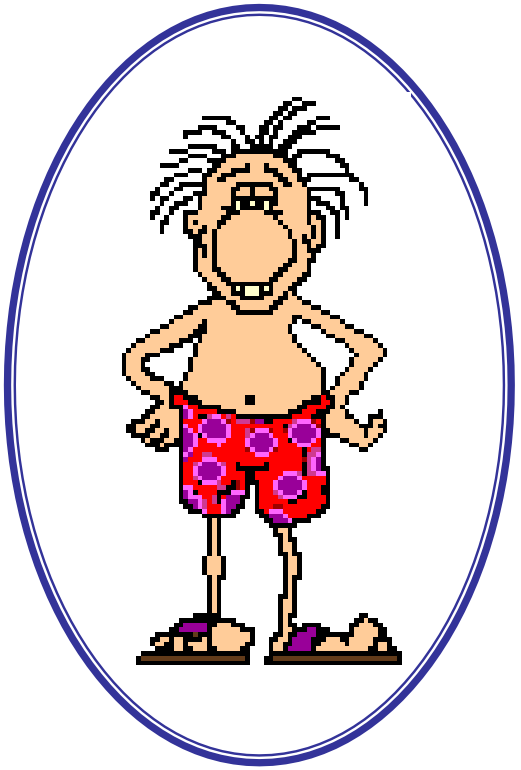
VZTAH SESTRA - PACIENT

SESTRA

ZNALOSTI,SCHOPNOSTI A DOVEDNOSTI

PACIENT

ZNALOST SVÝCH PROBLÉMŮ



PŘEDPOKLADY REALIZACE OŠ. PROCESU

SESTRA MUSÍ:

- Znát
- Umět
- Chtít

MANAGEMENT MUSÍ ZAJISTIT:

- Systémové změny
- Materiálové vybavení

ORGANIZAČNÍ SYSTÉMY PRÁCE SESTER

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

SYSTÉM SKUPINOVÉ PÉČE

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

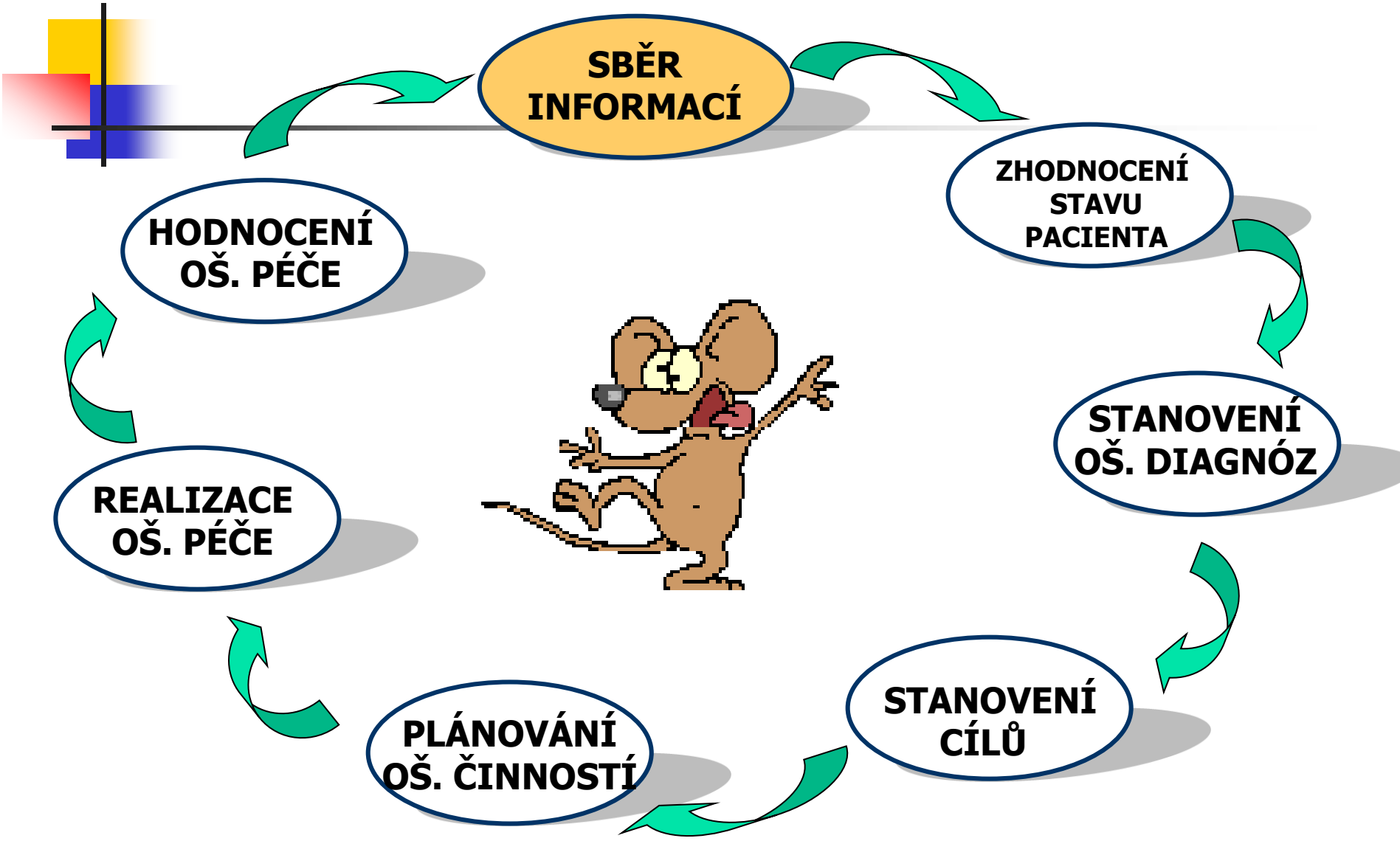
SYSTÉM PRIMÁRNÍCH SESTER: I.

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

SYSTÉM PRIMÁRNÍCH SESTER: II.

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

1.Fáze ošetřovatelského procesu



Zdroje informací

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

METODY ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ

- POZOROVÁNÍM
- ROZHOVOREM
- FYZIKÁLNÍM VYŠETŘENÍM

POZOROVÁNÍ

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

NA CO SE ZAMĚŘIT

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

ROZHOVOR

DIAGNOSTICKÝ

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

TERAPEUTICKÝ

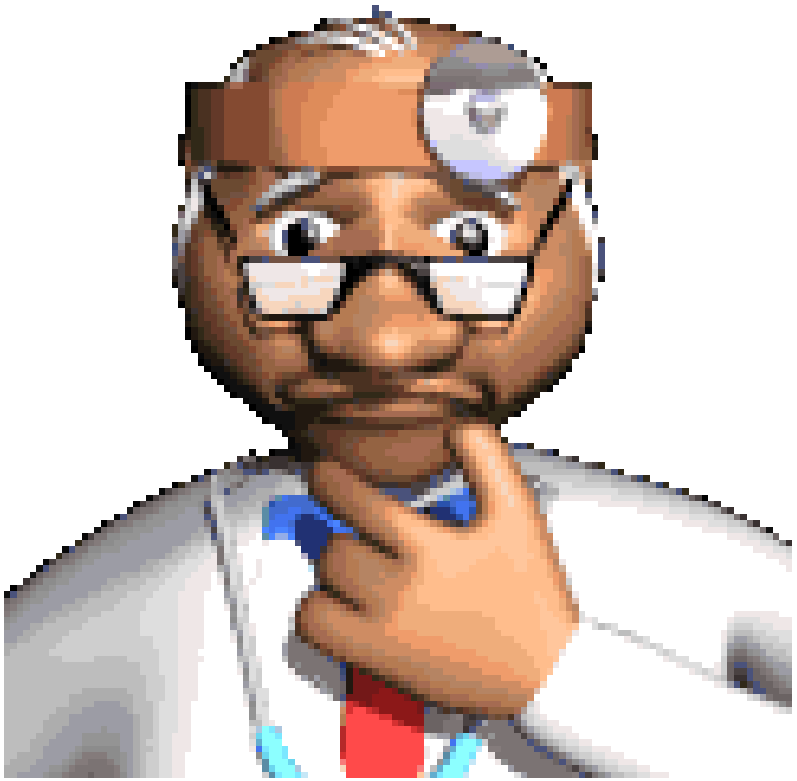
- Je veden s cílem pomoci pacientovi při řešení pro něj náročných situací, ovlivňuje jeho prožitky (povzbuzuje, uklidňuje,…)
- Je veden s ochotou naslouchat druhému, projevit empatii a pochopení

ZÁSADY PRO VEDENÍ ROZHOVORU

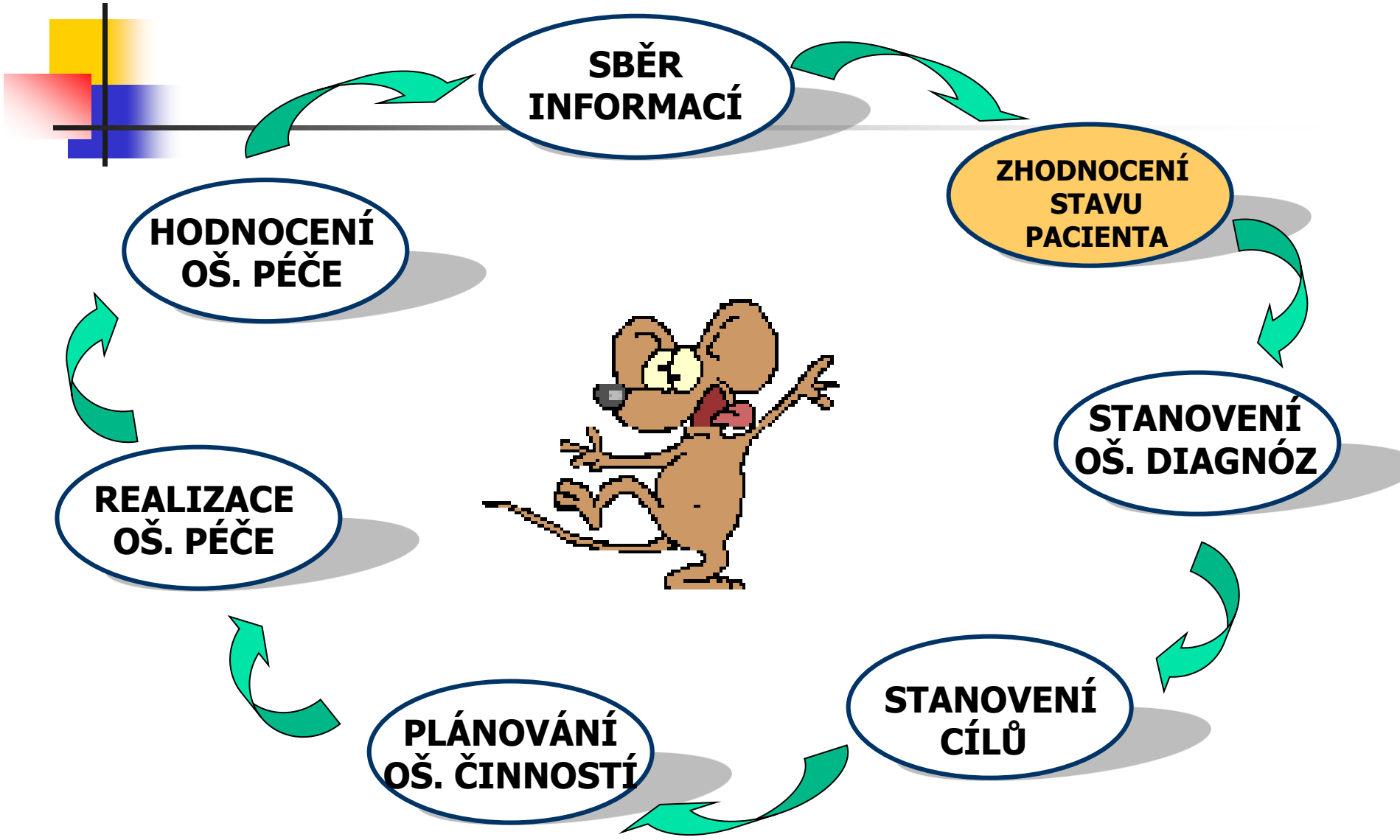
- **Rozhovor prochází fází**: přípravy, úvodu, pracovní a závěrem
- Vždy se představit, zvolit vhodnou vzdálenost od nemocného, domluvit se na oslovování, informovat o účelu a délce trvání, zajistit vhodnou polohu pacientovi
- Sestra musí vnímat: co pacient říká, co sama vidí, jak se pacient cítí
- V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

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

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



2.Fáze ošetřovatelského procesu



Zhodnocení celkového stavu pacienta

- Identifikační údaje
- Lékařská diagnóza

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

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE – I.

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

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE – II.

Ošetřovatelská dokumentace musí:

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

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE – III.

Ošetřovatelská dokumentace obsahuje:

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

XVzorová Vzorka
7761251674
Vrchlického 123,53000 Pardubice-

Poj.: 111
Og.: 1208
Č. chorobopisu: 31-09

Stapro s.r.o.
Pernštýnské nám. 51
530 02 Pardubice

Interna-Interna 1

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Datum a čas zpracování: 15.10.2009 9:46:04

Základní údaje

Osoba blízká : Testovací Testka
Kontakt: Tel.: 123456789
Adresa: Kříčeň 999,53341 Kříčeň
Přijat z: domova
Důvod přijetí: akutní stav
Alergie: ☐ Ne ☑ Ano Jaké: na penicilin
Kardiostimulátor: ☑ Ne ☐ Ano Pac. si přeje být oslovován:Vzorečka

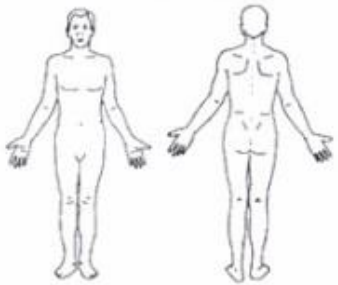
Vnímání zdraví

Kouření: ☐ Ne ☑ Ano Jak se pac. cítí: špatně

Výživa a metabolismus

Diabetes mellitus (DM): ☐ Ne ☑ Ano Terapie: nzulin, Způsob aplikace: nz. pero
Dieta: 3 - diabetická
Příjem tekutin/ 24 hod: < 2 l Stav sliznic bledé,suché,
Stav výživy: obézní Stav chrupu kariézní,
Způsob přijímání potravyper os,
Stav kůže: vlhká,otoky, kde:,DK

Periferní žilní vstup: ☑ Ne ☐ Ano
Centrální žilní vstup: ☑ Ne ☐ Ano



Dekubity/vaskulitidy: ☐ Ne ☑ Ano
Stupeň dekubitu/vaskulitidy:
II. st.- povrchní narušení kůže

Lokalizace: PDK

Operační rána: ☑ Ne ☐ Ano

Vylučování

Vyprazdňování střeva:
Způsobsám,

Potíže:sklon k zácpě,

Trávicí potíže: pálení žáhy,meteorismus,pocit plnosti žaludku,
Datum poslední stolice:14.10.2009
Pocení: nadměrné,noční,

Vyprazdňování moče:
Způsob: sám,

Potíže:retence,

Inkontinence:
Pomůcky:
Perm. katétr: ☑ Ne ☐ Ano

LÉČEBNA PRO DLOUHODOBĚ NEMOCNÉ
Pospíšilova 361
500 03 HRADEC KRÁLOVÉ
IČ: 180 092 Tel.: 495 070 271

Ošetřovatelská anamnéza

Jméno: **R. Č.:** **Důvod přijetí:**

Lékařské Dg:

Souhlas pac. k podání informací:

Jak chcete být oslovován:

Příjem: ☐ 1. přijetí ☐ překlad: ☐ odkud ☐ opak přijetí:
Alergie: ☐ ne ☐ ano ☐ jaká:

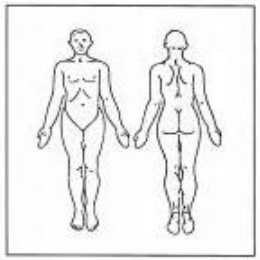
1. Vnímání zdraví:
Jak se cítíte: ☐ dobře ☐ špatně ☐ nevím **Kouříte:** ☐ ne ☐ ano ☐ kolik
Alkohol: ☐ ne ☐ ano ☐ množství

2. Výživa - metabolizmus:
Chuť: ☐ normální ☐ narušená jak: **Porucha polykání:** ☐ ne ☐ ano
Forma stravy: ☐ normální ☐ kašovitá ☐ tekutá
Způsob přijímání: ☐ per os ☐ sonda ☐ stomie
Stav výživy: ☐ normální ☐ obézní ☐ kachektický
Stav chrupu: ☐ dobrý ☐ protéza ☐ bez
Diabetes mellitus: ☐ ne ☐ ano ☐ PAD ☐ inzulín ☐ jaký **Dieta:** ☐ jaká:
Příjem tekutin: ☐ dostatečný ☐ nedostatečný **Pocit žízně:** ☐ ne ☐ ano
Kožní turgor: ☐ dobrý ☐ snížený
Stav kůže: ☐ normální ☐ suchá ☐ vlhká ☐ porušená jak:
Otoky: ☐ ne ☐ ano ☐ kde: **Dekubity:** ☐ ne ☐ ano kde:

Jak ošetřeny:

kanyla: ☐ ne ☐ ano ☐ periferní ☐ centrální
od kdy:

Stav sliznic: ☐ růžové ☐ bledé ☐ soor
☐ jiné:



3. Vylučování:
Vyprazdňování střeva: ☐ sám ☐ s pomocí WC ☐ na lůžku ☐ inkontinence ☐ stomie
Stolice: ☐ pravidelná ☐ zácpa týdně: ☐ průjem ☐ denně:
Příměsi: ☐ krev ☐ hlen ☐ jiné:
Užívané léky: ☐ ne ☐ ano ☐ jaké:
Užívané pomůcky: ☐ ne ☐ ano ☐ jaké:
Vylučování moče: ☐ sám ☐ katétr ☐ od kdy:
Inkontinence: ☐ ne ☐ ano ☐ úplná ☐ částečná ☐ stomie ☐ na lůžku ☐ pomůcka
☐ bez problémů ☐ bolest ☐ retence ☐ malé množství ☐ často
Příměsi: ☐ krev ☐ hlen ☐ hnis ☐ jiné:
Užívané pomůcky:
Pocení: ☐ přiměřené ☐ nadměrné ☐ nepotí se **Odér:** ☐ ne ☐ ano

10

4. Tělesná aktivita:

Denní aktivity: ☐ domácí práce ☐ nákup ☐ zahrádka ☐ jiné: ☐ žádné
Faktory bránící tělesné aktivitě: ☐ dušnost ☐ svalové křeče ☐ parézy, plegie
☐ bolest ☐ srdeční onemoc. ☐ plicní onemoc. ☐ pohyb. aparát ☐ nezájem
Úroveň soběstačnosti: ☐ naji se ☐ umyje ☐ vykoupe ☐ oblékne ☐ pohybuje se
☐ uvaří si ☐ nakoupí ☐ udržuje domácnost

☐ spí celou noc ☐ problém s usínáním ☐ často se budí ☐ budí se brzy ráno
☐ spí přes den ☐ bere léky:

6. Vnímání, poznávání:

Vědomí: ☐ jasné ☐ zastřené ☐ somnolence ☐ kóma
Orientace: ☐ plně ☐ částečně ☐ dezorientovaný ☐ osobou ☐ časem ☐ místem
Sluch: ☐ dobrý ☐ zhoršený ☐ neslyší P-L ☐ pomůcka
Paměť: ☐ neporušená ☐ částečně zapomíná ☐ zapomíná
Bolest: ☐ nemá ☐ má ☐ akutní ☐ chronická kde:
Bolest vnímá: ☐ přiměřeně ☐ zvýšeně ☐ léky

Pocity: ☐ strach ☐ ne ☐ ano kdy:
Hněv: ☐ ne ☐ ano kdy:
Deprese: ☐ ne ☐ ano **Zlost:** ☐ ne ☐ ano
Nervózní: ☐ není ☐ je kdy:
Hlas: ☐ přiměřený ☐ hlučný ☐ tichý
Způsob řeči: ☐ srozumitelná ☐ klidná ☐ rychlá ☐ pomalá ☐ nemluví
Obsah: ☐ přiměřený ☐ částečně přiměřený ☐ nepřiměřený

8. Role - mezilidské vztahy:

☐ důchodce ☐ zaměstnán ☐ PN ☐ ženatý/vdaná ☐ vdovec ☐ rozvedený ☐ svobod.
Bydlí: ☐ sám ☐ s partnerem ☐ s dětmi ☐ DD ☐ pečovatelská služba ☐ bezdomovec
Rodinné problémy: ☐ ne ☐ ano
reakce rodiny na onemocnění ☐ zájem ☐ zvýšený zájem ☐ nezájem

Problém s prostatou: ☐ nemá ☐ má ☐ jaký:
Vaginální výtok: ☐ ne ☐ ano ☐ jaký:

Náboženské vyznání: ☐ ne ☐ ano ☐ jaké: **Chce zajistit kněze:** ☐ ano ☐ ne

11. Psychický stav:

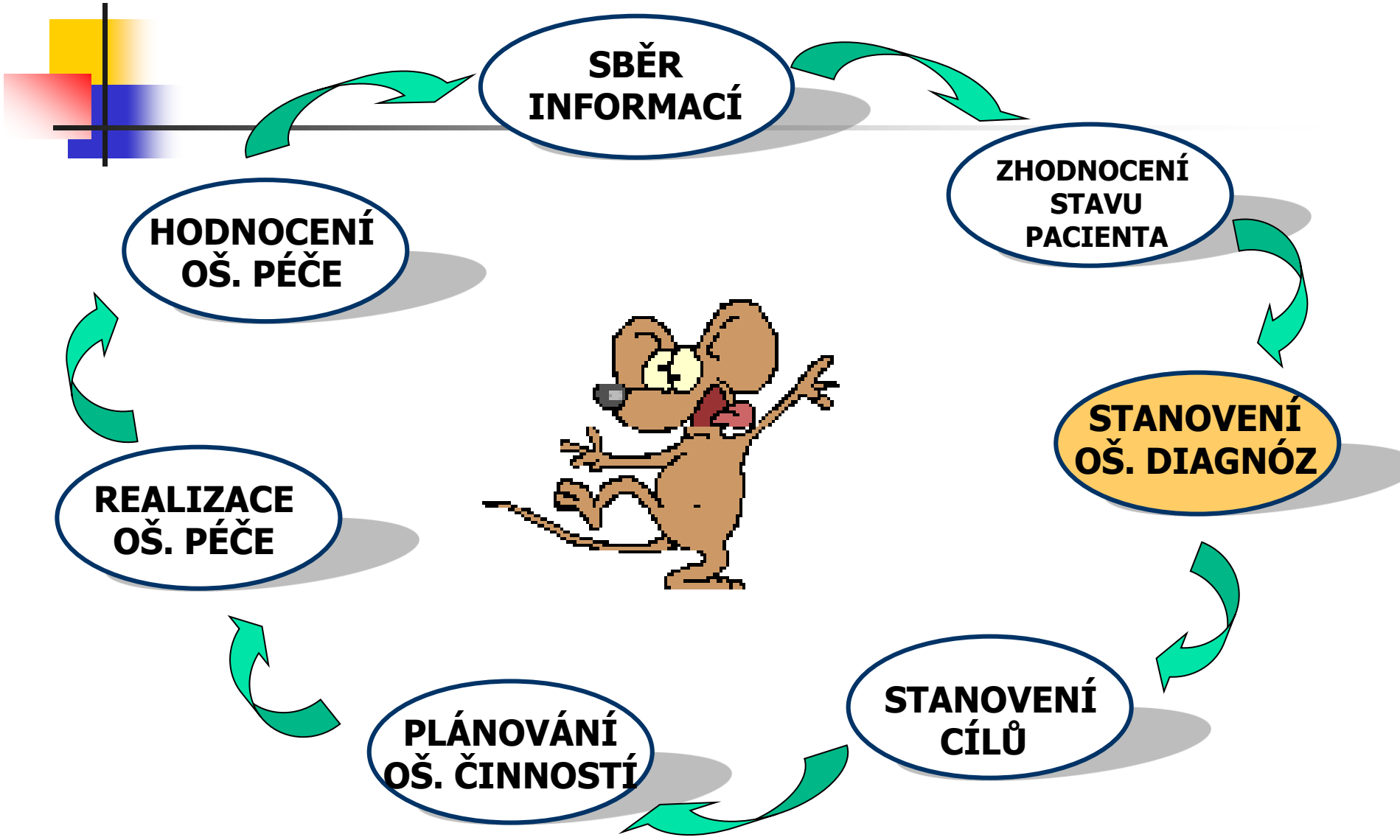
☐ normální ☐ částečně zmatený ☐ zmatený

12. Zhodnocení nebezpečí vzniku dekubitů:

Přepracovaná Nortonova stupnice — Nebezpečí dekubitů vzniká při 26 bodech a méně

	Schopnost spolupráce		Věk		Stav pomůcky		Každé další onemoc. dle odpov. stáří		Fyzický stav		Stav vědomí		Aktivita		Pohyblivost		Inkontinence		Součet
	úplná	4	< 18	4	normální	4	žádná	4	dobrý	4	dobrý	4	chodí	4	úplná	4	není	4	
	malá	3	> 38	3	alergie	3	diabet, kapiola anemie, kachexie	3	zhoršený	3	apatický	3	s dopros.	3	část. omezená	3	občas	3	
	částečná	2	< 60	2	vlhká	2	cvpěv, tepen, obezita	2	špatný	2	zmatený	2	sedavka	2	velmi omez.	2	přev. moč	3	
	žádná	1	60 a více	1	suché	1	karcinom	1	velmi špat.	1	bezvědomí	1	leží	1	žádná	1	močtatol.	1	

3.Fáze ošetřovatelského procesu



Ošetřovatelská diagnóza

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

ROZDÍLNOST OŠ.DG. A DG.LÉKAŘE

- Popisuje problém související s onemocněním
- Orientuje se na jedince
- Mění se se změnami zdrav.stavu
- Provází ji nezávislé oš.aktivity
- Zatím nemá mezinárodně přijatý kvalifikační systém

- Popisuje specifický chorobný proces
- Orientuje se na patofyziologii nemoci
- Je stejná po celou dobu nemoci
- Je provázena lékařskými ordinacemi
- Má dobře fingující klasifikační systém

SPRÁVNĚ FORMULOVANÁ OŠ.DG.

OBSAHUJE:

- PACIENTŮV PROBLÉM (P)
- PŘÍČINU (E)

SYMPTOMATOLOGII (S)

PŘÍKLADY OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

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

ZNAKY OŠ.DIAGNÓZY

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

ETIKA DIAGNOSTIKY

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

kodex sestry

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

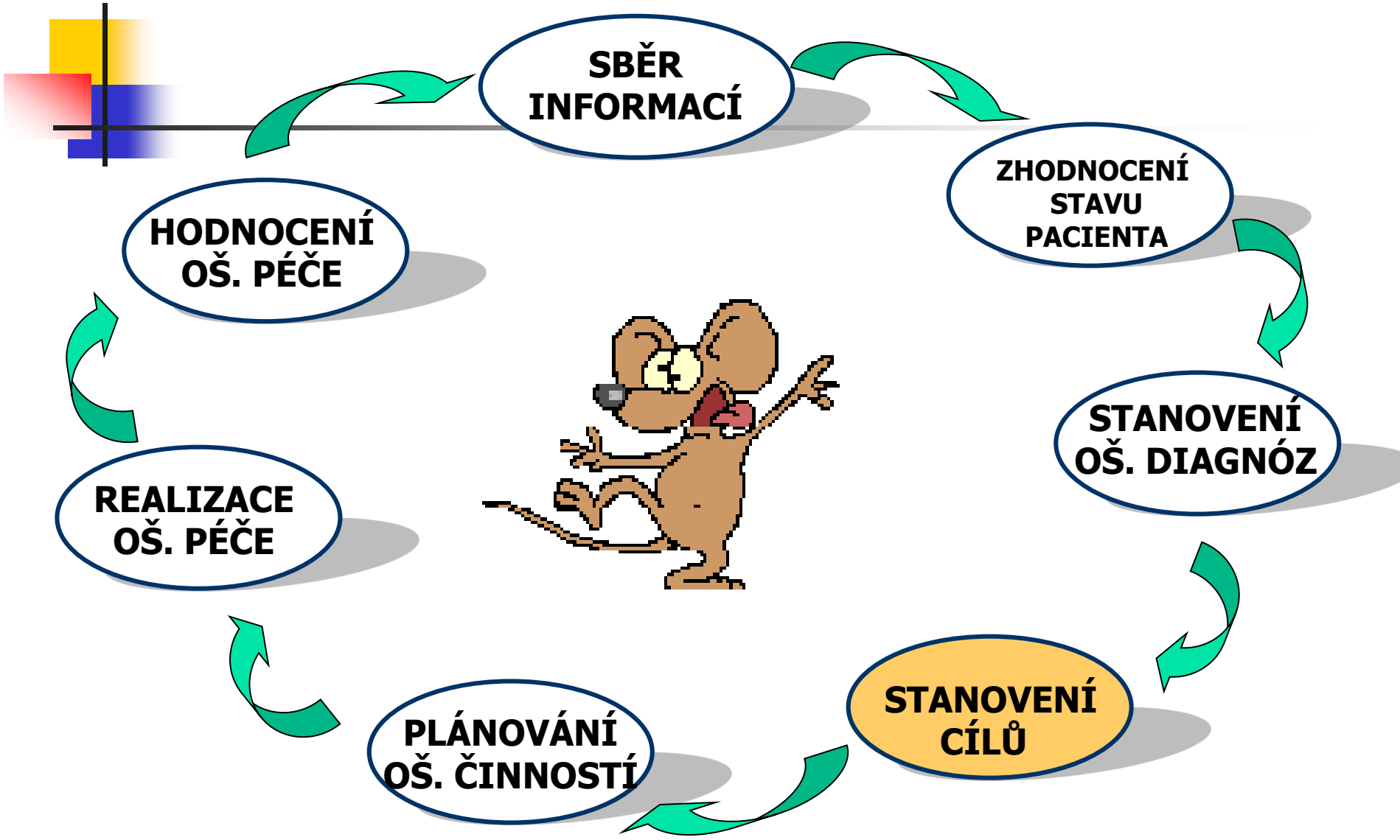
CHYBY VE FORMULACI OŠ.DIAGNÓZY

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

ŘEŠENÍ

Č.	FORMULACE	VOLBA
1	správná	S N
2	Nesprávná, jde o LD	S N
3	správná	S N
4	Nesprávná, neurčité-příliš složité-hodně problémů-dlouhé	S N
5	Nesprávná, jedná se LP	S N
6	Nesprávná, jde o 2 rozdílné problémy v jedné OD	S N
7	správná	S N
8	správná	S N
9	Nesprávná, problém a příčina jsou shodné	S N
10	správná	S N
11	Nesprávná, problém a příčina jsou shodné	S N
12	správná	S N
13	Nesprávná, chybí příčina	S N
14	správná	S N
15	Nesprávná, jde o LD	S N

3.Fáze ošetřovatelského procesu



CÍL oš.péče

- Je určením očekávaného a žádoucího výsledku, tedy vyřešení nebo zlepšení problému vymezeného v ošetřovatelské diagnóze.
- Formulace cíle se skládá:

  - **ze subjektu** (pacient nebo FF, kůže, psychický stav,…

  - z **kritérií** (jakost, množství, kvalita)

  - z **podmínek**, okolností, za kterých se dá cíle dosáhnout
- Dělení cílů: dlouhodobé, krátkodobé,

Cíle

- Cílem ošetřovatelské péče **organizované** metodou **ošetřovatelského procesu je**:

odstranění
nebo **zmírnění**
nebo **prevence**

OŠETŘOVATELSKÝCH PROBLÉMŮ

DLOUHODOBÉ CÍLE

Dosahují se po delším čase, dělí se na cíle zaměřené na průběh choroby a cíle vymezené jako dlouhodobá prevence vzniku akutního problému. Musí být reálné, v souladu s možnostmi, které má k dispozici nemocný (vědomí, schopnosti) a reálné v čase (nelze např. zvýšit TH o 3 kg za 1 týden).

KRÁTKODOBÉ CÍLE

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

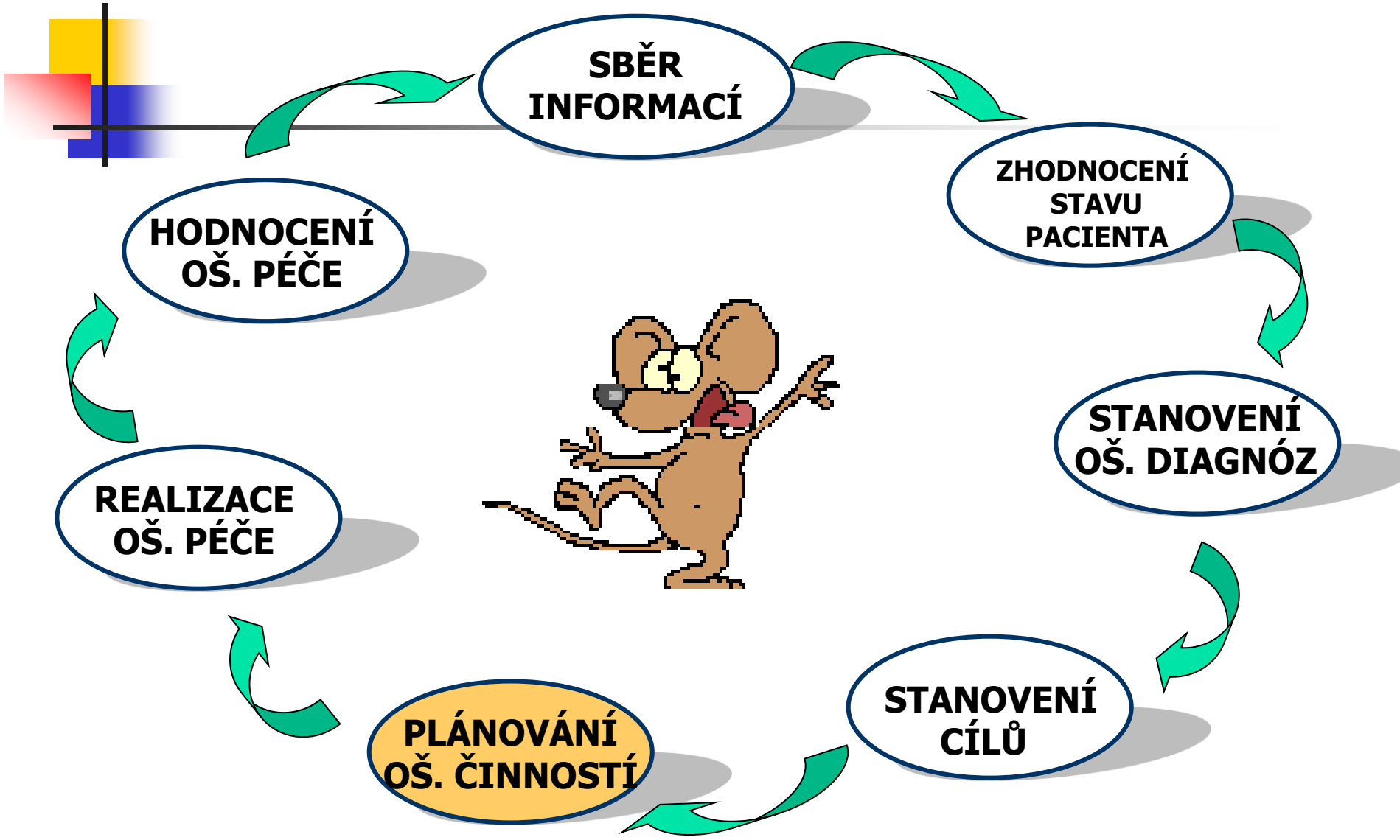
OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY (CÍLE) OŠ.PÉČE -formulace

- Používáme slovesa vyjadřující, čeho pacient dosáhne (řekne, vyjmenuje, bude provádět,…)
- Musí být realistický, pro pacienta uskutečnitelný
- Musí být měřitelný (pacient bude uvádět, pacient vyjmenuje, pacient vypije, bude spát x-hodin denně,…)

Formulujte cíle

Č.	FORMULACE	VOLBA
1	Ztráta chuti k jídlu v důsledku chemoterapie	S N
2	Rakovina prsu ve vztahu k primárnímu místu výskytu	S N
3	Změna vzhledu v souvislosti s amputací LHK	S N
4	Náchylnost ke změněné sexualitě a sexuálnímu chování ve vztahu k manželovi a přátelům na základě rakoviny prsu	S N
5	Střídavý tlak na hrudníku při dýchání	S N
6	Bolest a strach v souvislosti s operačním zákrokem	S N
7	Silné svědění nohou v důsledku plísňové infekce	S N
8	Pozdní hojení rány v důsledku nesprávné výživy	S N
9	Ztráta orientace v čase a prostoru z důvodu zmatenosti	S N
10	Těžkosti s komunikací související s cizím rodným jazykem	S N
11	Strach podmíněný nervovým vypětím	S N
12	Náchylnost k infekci související se základní lékařskou diagnózou (popáleniny)	S N
13	Pacient je vzrušený a má strach	S N
14	Těžkosti schůzí z důvodu dlouhodobé imobility na lůžku	S N
15	Tromboflebitida vztahující se k dlouhodobému upoutání na lůžko	S N

3.Fáze ošetřovatelského procesu



PLÁNOVÁNÍ OŠ. PÉČE ZAHRNUJE

- Stanovení priorit v řešení problémů
- Stanovení ošetřovatelských činností (intervencí), kterými lze očekávaných výsledků dosáhnout
- Zápis do ošetřovatelské dokumentace

PLÁN OŠ.ČINNOSTÍ - INTERVENCÍ

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

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

CÍL:

pacient nebude udávat do 24 hodin bolesti v krku

INTERVENCE:

aplikuj O_2 dle potřeby

- Zvlhčuj prostředí
- Aplikuj 3xdenně inhalace Vincentky
- Přikládej studený obklad na krk á 4 hod., sleduj účinnost

Naplánujte intervence - DÚ

Č.	FORMULACE	VOLBA
1	Ztráta chuti k jídlu v důsledku chemoterapie	S N
2	Rakovina prsu ve vztahu k primárnímu místu výskytu	S N
3	Změna vzhledu v souvislosti s amputací LHK	S N
4	Náchylnost ke změněné sexualitě a sexuálnímu chování ve vztahu k manželovi a přátelům na základě rakoviny prsu	S N
5	Střídavý tlak na hrudníku při dýchání	S N
6	Bolest a strach v souvislosti s operačním zákrokem	S N
7	Silné svědění nohou v důsledku plísňové infekce	S N
8	Pozdní hojení rány v důsledku nesprávné výživy	S N
9	Ztráta orientace v čase a prostoru z důvodu zmatenosti	S N
10	Těžkosti s komunikací související s cizím rodným jazykem	S N
11	Strach podmíněný nervovým vypětím	S N
12	Náchylnost k infekci související se základní lékařskou diagnózou (popáleniny)	S N
13	Pacient je vzrušený a má strach	S N
14	Těžkosti schůzí z důvodu dlouhodobé imobility na lůžku	S N
15	Tromboflebitida vztahující se k dlouhodobému upoutání na lůžko	S N

Využitelnost oš. procesu

- veškerá zdravotnická zařízení a instituce **poskytující ošetřovatelkou péči** a **péči porodní asistence:**

- lůžková zařízení
- agentury domácí péče
- agentury péče o matku a dítě
- praxe praktických a odborných lékařů
- zařízení poskytující hospicovou péči
- stacionáře zdravotní péče
- ošetřovatelské domy
- domovy důchodců
- další instituce zdravotnických zařízení v České republice

KONEC

MODEL dle HENDERSONOVÉ

- Sestra pomáhá člověku nemocnému nebo zdravému vykonávat ty činnosti, které přispívají k jeho zdraví (nebo pokojné smrti), které by vykonával bez pomoci, kdyby měl potřebnou sílu, vůli nebo potřebné znalosti. Zvl.problémy můžou být způsobeny věkem, psychickými nebo fyzickými faktory, vliv může mít temperament a emocionální stav, mentální kapacita, intelekt, pohybový handicap.
- Př.: úzkostný a vystrašený pacient může mít problém s jídlem, příjmem tekutin, spaním i komunikací.

Jedinec má 14 základních potřeb

Normálně dýchat – přiměřeně jíst a pít – vylučovat tělesné zplodiny – pohybovat se a zaujímat postoje,pozice dle vlastní volby – odpočívat – volit si vhodný oděv , oblékat se a svlékat – udržovat tělesnou teplotu – udržovat tělesnou čistotu a být upravený – vyhýbat se změnám prostředí – komunikovat s druhými – účastnit se pobožností a modliteb s souladu s vlastní vírou – vykonávat smysluplnou práci – hrát si nebo se účastnit zábavy – učit se objevovat nové poznatky a uspokojovat zvídavost.

MODEL dle ROPEROVÉ

- Vychází z životních aktivit člověka, zdůrazňuje pacientovy schopnosti provádět samostatně činnosti denního života.
- V průběhu života se člověk pohybuje od úplné závislosti k úplné nezávislosti, vzhledem k věku, zdravotnímu stavu a dalším okolnostem.
- Platí: poskytnout jen tolik pomoci, kolik je nutné, současně tak málo, jak je to jen možné.

12 základních aktivit denního života jedince

- Udržování bezpečného okolí – komunikace s okolím – dýchání – jídlo a pití – vylučování – osobní hygiena a oblékání – kontrola tělesné teploty – pohyb – práce a hry – projevy sexuality – spánek – umírání.
- Tyto aktivity jsou odrazem lidských potřeb a vytvářejí typické lidské chování.

MODEL dle GORDONOVÉ

- Označován také jako „model fungujícího zdraví“. Slouží k celkovému zhodnocení stavu jedince sestrou, zjišťuje zda je funkční nebo dysfunkční.
- Odvozuje se od interakce jedince a prostředí, je vyjádřením jeho bio-psycho-sociální integrace.

Funkční a dysfunkční typ zdraví

- Funkční typ: je ovlivněn biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a duchovními faktory.
- Dysfunkční typ: je popisován oš.diagnózami, může se objevit jako součást chorobného stavu, nebo naopak u relativně zdravého jedince může vést ke vzniku choroby.

Posouzení typu zdraví

Provádí se na základě srovnání získaných informací s jednou či více následujícími položkami:

- Individuální výchozí stav (tzv.báze)
- Normy pro konkrétní věkovou skupinu
- Normy kulturní, společenské,...

Oblasti sledované v modelu Gordonové v anamnéze

- Vnímání zdraví, snaha o udržení zdraví
- Výživa, metabolismus
- Vylučování
- Aktivita, cvičení
- Spánek a odpočinek
- Vnímání, citlivost, poznávání
- Sebepojetí, sebeúcta
- Role a mezilidské vztahy
- Sexualita a reprodukční schopnost
- Stres, zátěžové situace, jejich zvládání
- Víra, přesvědčení, životní hodnoty
- Jiné,…