

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Používání společného ošetrovatelského jazyka

Bakalářská práce

Autor práce: Lucie Klofáčová

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. František Dolák, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 2. května 2013 Zdravotně sociální fakulta

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá užíváním společného ošetřovatelského jazyka. Ošetřovatelský jazyk představuje standardní terminologii sester. Používá se také při stanovování ošetřovatelských diagnóz.

Ošetřovatelská diagnóza vyjadřuje odpověď jednotlivce na chorobný proces, stav či situaci, kterou sestra identifikovala na základě zhodnocení jeho zdravotního stavu a kterou může v rámci svých profesionálních kompetencí řešit. Ošetřovatelská diagnóza se mění spolu s odpovědí jednotlivce na chorobný proces. Popisuje všechny tělesné, sociální, kulturní a psychické změny vznikající vlivem chorobného procesu. Ošetřovatelská diagnóza je doplňkem k lékařské diagnóze. Nemá všeobecně přijatý klasifikační systém. Skládá se buď ze dvou částí (problém a etiologie) nebo ze tří částí (problém, etiologie, projev). Cíle ošetřovatelské diagnózy pomáhají sestře vymezit intervence, díky nimž bude problém odstraněn.

Ošetřovatelský jazyk zahrnuje především klasifikace, mezi které patří mimo jiné i NANDA taxonomie. NANDA taxonomie je profesionální organizace sester, zabývající se standardizací sesterské terminologie.

Byla založena roku 1982 v USA. Hlavním úkolem této organizace je uspořádání ošetřovatelských diagnóz dle určitého principu. Cílem je vytvořit jednotné standardní názvy. Skládá se ze 13 diagnostických domén, 47 tříd a 172 ošetřovatelských diagnóz. Diagnózy se dělí do tří základních skupin. Jejich rozčlenění je založeno na časové závislosti, naléhavosti jejich řešení ve vztahu s celkovým stavem pacienta, hierarchii prioritní kategorie potřeb běžného života a v omezení nemocí, jež je potřeba řešit. Sestra tak musí na základě svých znalostí, dovedností a schopností rozhodnout o aktuálnosti problému, stanovit pořadí v jakém budou řešeny a především jakým způsobem.

První z nich je aktuální ošetřovatelská diagnóza, kdy je určena dysfunkce nějaké potřeby. Je doprovázena projevy. Má svůj název, definici, charakteristiku a související faktory. Potencionální ošetřovatelská diagnóza se stanovuje v situaci, kdy je pacient ohrožen možným vznikem problémů. Rizikové faktory se připojují k diagnóze. Třetí skupinou jsou diagnózy edukační, která pomocí edukace a podpory slouží ke zlepšení

zdravotního stavu pacienta. Svou významnou úlohu sehrávají zejména při stanovování edukačního plánu, kdy si žádáme pozornost a pochopení pacienta k dané problematice, aktivní přístup a zájem o dosažení plné kompenzace stavu.

V bakalářské práci byly stanoveny tři cíle. První cíl měl zjistit požadavky sester na používání ošetrovatelských diagnóz. Druhý cíl mapoval informovanost sester o používání ošetrovatelských diagnóz. Poslední cíl zjišťoval, zda sestry pracují s ošetrovatelskými diagnózami.

Pro splnění těchto cílů, bylo sestrám na vybraných odděleních Nemocnice České Budějovice, a.s. rozdáno 100 anonymních dotazníků. Dotazník obsahoval celkem 26 otázek. Z toho 19 uzavřených, 4 otázky polootevřené a 2 otázky otevřené. Mnou vybraná oddělení byla interní, chirurgické, kožní, oddělení následné péče a gynekologické oddělení. Pro vyhodnocení sloužilo 83 dotazníků.

Po následném zpracování údajů z dotazníků, vyšlo najevo, že mezi hlavní požadavky sester patří zejména méně administrativy v rámci ošetrovatelských diagnóz a srozumitelnější formulace ošetrovatelských diagnóz. To je také jedním z důvodů proč se v praxi využívají stále stejné opakující se ošetrovatelské diagnózy. Vzhledem k tomu, že celkové množství ošetrovatelských diagnóz je 172, v praxi jich je používáno jen zlomek z této bohaté škály. Celková informovanost sester o ošetrovatelských diagnózách se ukázala jako průměrná. Informovanost sester o ošetrovatelských diagnózách ne však vždy korespondovala s jejich nejvyšším dosaženým vzděláním. Ale přes to se na všech vybraných odděleních s ošetrovatelskými diagnózami pracovalo.

Získané údaje z bakalářské práce svědčí o rozdílné informovanosti sester o ošetrovatelských diagnózách, a s tím související také jejich vnímání pozitivního či negativního přínosu do praxe. Výsledky výzkumné části bakalářské práce by mohly být inspirací k zjednodušení práce všeobecným sestrám a jejich hlubší informovanosti o společném ošetrovatelském jazyce, například o NANDA taxonomii. Tato práce by také mohla sloužit jako impuls pro vedení nemocnice, aby sestrám zajistilo semináře týkající se problematiky zaměřené na ošetrovatelské diagnózy. Velice přínosným krokem by dále byly odpovídající počítačové kurzy, které by sestrám pomohly lépe pracovat s ošetrovatelskými diagnózami.

Abstract

This written work is about the usage of a common nursing language. Nursing language is the standardized terminology used by nurses and is also used to determine nursing diagnoses.

A nursing diagnosis expresses the answer to a pathological process, state or situation, which has been identified by a nurse based on the determination of a health state of a patient. The nurse can use her professional knowledge to look for a solution to this nursing diagnosis. Nursing diagnosis is also changing together with the answer to the pathological process. It also describes all physical, social, cultural and psychological changes caused by the pathological process. Nursing diagnosis is the supplement of a diagnosis made by a doctor. It does not have a commonly used classification system. It is either composed of two (problem and etiology) or three parts (problem, etiology and manifestation). The aim of the nursing diagnosis is to help a nurse to define responses, which will solve any medical problems.

The nursing language defines standardized terminology used by nurses and is also used to decide the nursing diagnosis. In the most cases, the nursing language includes classifications and one of these is the NANDA taxonomy. NANDA taxonomy is a professional nursing organization focused on standardization of nursing terminology.

It was founded in 1982 in the USA. The main purpose of this organization is to arrange nursing diagnoses according to a certain principle. The key is to create unified standardized naming convention. NANDA taxonomy consists of 13 diagnostic domains, 47 classes and 172 nursing diagnoses. These diagnoses are divided into three basic groups. The differentiation of these groups is based on a time dependency, urgency of finding a solution related to the state of a patient, hierarchy of categorized and prioritized needs in common life and on restriction of illnesses that need to be solved. A nurse must use her knowledge, skills and abilities to decide about a current medical problem, create an order in which the problem will be solved and find a solution to the problem.

The first group is an actual nursing diagnosis, when a dysfunction of a certain bodily need is determined. It has manifestations and it has its own name, definition, characteristics and related factors. Diagnosis belongs into the second group when a potential nursing diagnosis is given in a situation, in which there is a risk for the patient caused by a development of a subsequent problem. These risk factors are added to the diagnosis. The third group are educational diagnoses. This group is supposed to educate and support the nurses to improve a patient's health state. The most important role of this group is when creating an educational plan, when we ask for an attention and for an understanding of a patient, his/her active attitude and interest to achieve full state compensation.

This work had three main goals. The first goal was to find the needs of a nursing staff in order to use the nursing diagnoses. The second goal was to map the knowledge of nursing diagnoses. The final goal was to determine the actual usage of nursing diagnoses.

To fulfil these goals, 100 questionnaires were given to the nursing staff of Nemocnice České Budějovice, a.s. Each questionnaire contained 26 questions; 19 closed, 4 semi closed and 2 open questions. I chose the following hospital wards: internal medicine ward, surgery ward, dermatology ward, aftercare ward and gynaecology ward. 83 questionnaires were used to obtain the results.

The final results showed that the main demands of nurses are less administrative in usage of nursing diagnoses and improvement of the formulation of nursing diagnoses. That is the main reason why in the actual practice the same nursing diagnoses are used repeatedly. When considered that there are 172 diagnoses in total, this shows that only small fraction is actually used. Overall, the knowledge of the nursing diagnoses of a nursing staff was revealed to be on an average level. Also, the knowledge of nurses not always corresponded with their accomplished education level. However, nursing diagnoses were used in all monitored departments.

The final results of this work show the difference between nurses in usage of nursing diagnoses and consequences of this fact, which are either positive or negative views on real life application. The results of the survey could be used as an inspiration,

to make work easier for nurses and to give them more information about common nursing language, for example, NANDA taxonomy. This work could also be used as an impulse to the hospital, so that there are seminars focused on the issues involving nursing diagnoses. Another helpful step could be computer courses which could also help the nursing staff working with these diagnoses.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. května 2013

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Děkuji tímto panu Mgr. Františkovi Dolákovi, Ph.D., za odborné vedení, trvalý zájem a cenné rady při psaní bakalářské práce. Zvláštní poděkování za podporu a trpělivost patří také mé rodině.

Obsah

Úvod	11
1. Definice ošetrovatelství.....	12
1.1 Definice ošetrovatelského procesu.....	12
1.1.1 První fáze – ošetrovatelská anamnéza	13
1.1.2 Druhá fáze – tvorba ošetrovatelské diagnózy	14
1.1.3 Třetí fáze – plánování ošetrovatelské péče	14
1.1.4 Čtvrtá fáze – realizace ošetrovatelského plánu.....	15
1.1.5 Pátá fáze – Vyhodnocení ošetrovatelského plánu.....	16
1.2 Definice ošetrovatelské diagnózy	17
1.2.1 Rozdíl mezi lékařskou a sesterskou ošetrovatelskou diagnózou	18
1.2.2 Výhody ošetrovatelských diagnóz	18
1.3 Klasifikace ošetrovatelských diagnóz.....	19
1.3.1 Systém klasifikace ošetrovatelských diagnóz.....	20
1.3.2 Vznik NANDA Taxonomie I.....	21
1.3.3 Vznik NANDA Taxonomie II.	22
1.3.4 Aliance NNN	23
1.3.5 NIC – Nursing Interventions Classification.....	23
1.3.6 NOC – Nursing Outcomes Classification.....	25
1.4 Ošetrovatelská dokumentace	25
1.4.1 Zásady ošetrovatelské dokumentace.....	27
1.4.2 Součásti ošetrovatelské dokumentace.....	27
1.4.3 Legislativa ošetrovatelské dokumentace	29
2. Cíle práce a hypotézy.....	32
2.1 Cíle práce	32
2.2 Hypotézy práce.....	32
3. Metodika	33
3.1 Metodika práce	33
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	33
4. Výsledky.....	34
5. Diskuze.....	47
6. Závěr	52

7. Seznam použitých zdrojů	54
8. Klíčová slova.....	58
9. Přílohy.....	59

Úvod

Ošetrovatelství je relativně mladý obor, i když jeho kořeny sahají do hluboké minulosti. V dřívějších dobách o nemocné pečovali především rodinní příslušníci, později církevní organizace a nakonec se ošetrovatelství dočkalo, díky rozvoji biomedicínských znalostí a technologií, organizované zdravotní péče. Až do začátku 19. století si sestry nevedly o provedených ošetrovatelských výkonech žádné záznamy ani spisy. Teprve příchodem anglické ošetrovatelky Florence Nightingalové nabralo ošetrovatelství profesionální úroveň. Tato pozoruhodná žena vedla pečlivé záznamy o průběhu zdravotního stavu svých pacientů, zejména vojáků v Krymské válce. Napsala také velice užitečnou knihu s názvem: *Poznámky o ošetrovatelství*, která později sloužila sestřím jako návod na uspokojení fyzických a psychických potřeb pacientů.

S postupem času se ošetrovatelské dokumenty neustále zdokonalují a přibývá zejména jejich množství. Tento fakt, přirozeně v sestřích vyvolal inspiraci k vytvoření si jednotného, srozumitelného jazyka. Tímto jazykem je myšlena klasifikace ošetrovatelských diagnóz. Tato klasifikace by měla sestřím ulehčit komunikaci mezi sebou a ostatním zdravotnickým personálem. Dále šetří čas při sdělování informací o pacientech mezi členy zdravotního týmu. Dle mého názoru je tematika ošetrovatelské dokumentace stále aktuální a s největší pravděpodobností se bude neustále vyvíjet a modernizovat. Tím pádem bychom se o tuto oblast ošetrovatelské administrativy měli neustále zajímat a průběžně sledovat její aktualizaci a novinky.

Zamysleme se nad tím, zda je ve skutečnosti takové množství administrativy nezbytné v oblasti ošetřování pacienta? Nevyžadují tyto ošetrovatelské dokumenty mnohdy více času a energie sestry než samotná péče o pacienta?

1. Definice ošetřovatelství

Ošetřovatelství je definováno Světovou zdravotnickou organizací jako: „Systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu.“ (1, s. 31)

Ošetřovatelství se významnou měrou podílí na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci. Metodou moderního ošetřovatelství je ošetřovatelský proces, což je způsob, jakým sestra péči o pacienta vykonává. Tato péče nesmí být intuitivní, ale měla by být založená na uváženém a organizovaném uspokojování potřeb a řešení problémů. V současném ošetřovatelství je pacient chápán jako celek, na který působí řada faktorů ovlivňující jeho prožívání zdraví a nemoci, včetně sociálního a ekologického pojetého prostředí, které ho obklopuje. Pacient je chápán jako holistická bytost (2). Současná ošetřovatelská péče klade důraz především na podporu a udržení zdraví. Toho lze dosáhnout pouze tehdy, stane-li se hlavním elementem ošetřovatelského procesu aktivní účast každého člověka v rozhodování o své péči. Pacienti jsou tedy chápáni jako aktivní účastníci ošetřovatelské péče. Míra jakou se mohou podílet na tomto interaktivním procesu, je ovlivňována jejich vlastním pohledem na zdraví, stupněm sebepoznání, aktivitou a jejich vnímáním potřeby péče (3).

K tomu, abychom porozuměli dnešnímu ošetřovatelství a mohli jej dále rozvíjet, musíme znát i jeho historii. Je známo, že ošetřovatelství bylo a stále je ovlivňováno náboženskými, kulturními, politickými, sociálními a ekonomickými faktory. Značný význam měly rovněž různé válečné konflikty, vědecké objevy a některé významné osobnosti, které si uvědomovaly potřebu změn a našly cestu, jak jich docílit. Všechny tyto zmiňované faktory působí vždy v určitém vzájemném vztahu, proto není možné jejich vliv chápat zcela odděleně (4).

1.1 Definice ošetřovatelského procesu

Jedná se o sérii předem naplánovaných kroků či postupů, jenž vede ke splnění určitých cílů. Hlavním úkolem ošetřovatelského procesu je zajistit klientům péči, která

by byla pro každého individuální, efektivní a účinná. Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánovitě uspokojování potřeb nemocného či zdravého člověka. Toto uspokojování potřeb se realizuje pomocí ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces je nepřetržitý a opakující se postup, který mezi sestrou a pacientem nikdy nekončí (5).

Ošetrovatelský proces je cyklus vzájemně propojených aktivit, které se provádějí ve prospěch pacienta. Tyto činnosti provádíme buď sami, nebo je-li to možné, i za aktivní spolupráce klienta. Zmiňované činnosti umožňují, aby se sestra samostatně rozhodovala pro co nejvhodnější způsob péče, dosáhla stanovených cílů a byla schopna změřit pokrok, kterého pacient jejím přičiněním dosáhl. V České republice se začal používat v roce 2005. Ošetrovatelská péče musí být uplatněna jako celek. To znamená, že jednotlivé kroky na sebe vzájemně navazují (4).

1.1.1 První fáze – ošetrovatelská anamnéza

V této fázi je nejdůležitější, aby sestra provedla kvalitní zhodnocení pacienta s cílem získat co nejvíce potřebných informací. Zhodnocení pacienta je možné pomocí rozhovoru, pozorování či testování (5). Nejvíce využívaná metoda je rozhovor, který se musí s pacientem provést nejpozději hodinu po jeho přijetí na oddělení. Další informace získává sestra o pacientovi z pozorování, z předešlé dokumentace, od lékaře a z dalších dostupných zdrojů (6). Nejzákladnější informace jsou identifikační údaje (věk, jméno), které sestře pomohou ihned s pacientem navázat osobní kontakt. Dále současný zdravotní stav, který může ovlivnit naléhavost další ošetrovatelské péče. V neposlední řadě jsou důležité také anamnestické údaje z oblasti zdravotní, psychologické i sociální, zjišťující běžný způsob pacientova života. V případě, že sestra přijímá do ošetrovatelského procesu člověka, který není schopen adekvátní komunikace, trpí například poruchou vědomí, je amentní, je v nízké věkové kategorii, komunikuje znakovou řečí či nezná náš rodný jazyk, je nutné anamnestický rozhovor modifikovat. V takové situaci je třeba získat či doplnit informace od jeho příbuzných. Na základě zhodnocení pacienta může sestra stanovit nejzávažnější poruchy potřeb, problémy

ošetřovatelské péče, případně ošetřovatelskou diagnózu a plánovat uspokojení těchto potřeb (5).

1.1.2 Druhá fáze – tvorba ošetřovatelské diagnózy

Slovo diagnóza je odvozeno od řeckého dia – skrz, gnosi – poznání. Ošetřovatelská diagnóza je závěr provedený sestrou na základě pečlivého a systematického sběru informací o pacientovi. Diagnostikován je pacientův současný zdravotní stav. Diagnóza může popisovat jak současný zdravotní stav pacienta, tak i další zdravotní problémy, které mohou teprve nastat (6). Ošetřovatelské diagnózy provádí primární sestra za účasti pacienta, dále je nutné jejich systematické zařazení dle naléhavosti. Cílem této fáze ošetřovatelského procesu je společně najít, co pacienta trápí a čím je ohrožen. Celý proces má smysl, jestliže se o ošetřovatelských diagnózách bavíme společně s celým ošetřujícím kolektivem a společnými silami pomáháme k jejich uspokojení (5).

1.1.3 Třetí fáze – plánování ošetřovatelské péče

V ošetřovatelském plánu na základě ošetřovatelských diagnóz stanovíme cíle ošetřovatelské péče, způsoby jakými budeme jednotlivé problémy pacienta společně řešit a pořadí v jakém budeme dále postupovat. Celý ošetřovatelský plán má být konstruován tak, aby ho bylo možné dle potřeby měnit a doplňovat. Kvalita plánu závisí na profesionálních znalostech a praktických dovednostech sestry, na očekávání pacienta či jeho rodiny a na dostupných možnostech. Pro fázi plánování jsou velice důležité následující kroky.

Za prvé, sestra spolu s pacientem stanoví krátkodobé a dlouhodobé cíle, kterých chtějí v nejbližší době společně dosáhnout. Dále si sestra zvolí vhodné ošetřovatelské výkony, které povedou k dosažení předem vytyčených cílů. Následně celý ošetřovatelský plán prodiskutuje s pacientem a zodpoví mu všechny jeho dotazy, vztahující se k ošetřovatelskému procesu. Nakonec, sestra v rámci zajištění kontinuity

ošetřovatelské péče seznámí s plánem ostatní zdravotníky, kteří se budou na ošetřovatelském procesu také podílet. Ošetřovatelské plány se mohou lišit obsahem i grafickou úpravou, protože pro různé typy pacientů je třeba vypracovat rozdílné typy plánů. Tím pádem neexistuje žádný univerzální tiskopis pro ošetřovatelský plán.

Ošetřovatelský plán se skládá ze dvou částí. První z nich je stanovení cílů péče. Sestra učiní hypotézu o cíli ošetřovatelské péče, kterého by chtěla docílit. Druhým úkolem je plán ošetřovatelských činností. Po stanovení cílů si sestra vytvoří vlastní plán ošetřovatelské péče, navrhne vhodné ošetřovatelské intervence. Také v této fázi plánování sestra aktivně spolupracuje s pacientem a jeho rodinou.

Standardizace ošetřovatelských plánů – je plán, který není zaměřen na konkrétního pacienta, ale vychází ze specifické problematiky ošetřovatelského procesu u vymezené skupiny pacientů, např. nemocných po transplantaci ledvin, nemocných s cukrovkou. Tento typ ošetřovatelského plánu sestře ušetří mnoho času. Plán se průběžně individualizuje, provádí se záznam o realizaci plánu a hodnotí se účinek poskytnuté péče (5, 7).

1.1.4 Čtvrtá fáze – realizace ošetřovatelského plánu

V této fázi je činnost sester zaměřena na dosažení naplánovaných cílů individualizované péče. Fáze realizace je sestřám z celého ošetřovatelského procesu nejbližší, protože je spojena s konkrétní péčí o pacienta. Sestry se v ní tak cítí jistější a bezpečnější, než v předešlých fázích, kde se od nich očekává spíše odbornost, samostatnost a tvořivost. V realizaci se můžeme setkat se třemi okruhy ošetřovatelské péče:

Prvním z okruhů je ošetřovatelský tým pod vedením skupinové nebo primární sestry poskytuje pacientovi individuální péči dle předem stanoveného plánu a dokumentuje její provedení.

Druhý okruh plánu může být správně přehodnocen a upraven dle momentální situace. Ošetřovatelský tým dokumentuje péči, která byla původně naplánovaná, ale z různých důvodů nebyla poskytnuta.

Třetí okruh spočívá v poskytnutí neplánované péče, neboť pacientův zdravotní stav se může náhle změnit. I o této neplánované péči je zapotřebí provést záznam.

Mezi tradičním a novým způsobem realizace ošetrovatelské péče jsou dva zjevné rozdíly:

Za prvé, péče poskytovaná v rámci ošetrovatelského procesu je založena na zhodnocení potřeb pacienta a odborných znalostí sestry. V minulosti sestry nemusely příliš přemýšlet o tom, z jakých důvodů poskytují určitou péči. Poskytovaly ji proto, že jim to někdo výše postavený uložil, nebo že se to tak vždy dělalo.

Druhým značným rozdílem je, zapojení rodiny do ošetrovatelské péče. V dnešní době je pacient se svou rodinou více zapojen do ošetrovatelského postupu, jsou více informováni o postupu léčby a možnostech terapie. Tím pádem se pro nás stávají většími partnery, kteří jsou schopni se o svého příbuzného postarat i po propuštění do domácího ošetřování (6).

1.1.5 Pátá fáze –Vyhodnocení ošetrovatelského plánu

Hodnocení je dle SZO založeno „na použití specifických kritérií, která umožní určit stupeň dosažení vytyčených cílů. Hodnocení poskytuje zpětnou vazbu, kterou můžeme využít k identifikaci dalších potřeb jedince. Týká se výsledků, tj. stavu, kterého dosáhl pacienta na základě ošetrovatelských zákroků, stanovených v ošetrovatelských plánech.“ (6, s.15) Poslední fáze procesu je velice důležitá. Sestra provádí zhodnocení účinnosti péče, která byla poskytnuta dle individuálního plánu pacienta. Sestra musí zjistit, zda a do jaké míry byly cíle pacienta splněny (4).

Hodnocení je nezbytné k uzavření celku ošetrovatelského procesu. Zda byla plánovitě poskytnutá péče skutečně účinná, se dozvíme, porovnáme-li její výsledek s jednotlivými fázemi ošetrovatelského procesu. Hodnocení péče provádí jak sestra, tak i pacient.

Sestra se především snaží získat objektivní hodnoty, které vypovídají o pozitivním, žádném či negativním efektu péče. Při hodnocení si sestra všímá, do jaké míry se na účinnosti poskytnuté péče podílel pacient, případně jeho rodinní příslušníci.

Pacient při hodnocení vyjadřuje zejména své subjektivní pocity. Pro sestru je velice důležité mít zpětnou vazbu od pacienta a vědět tak, do jaké míry byly cíle splněny. Jestliže má pacient pocit, že cíle dosaženo nebylo, může sestře účinně pomoci najít jiné vhodné způsoby řešení.

Při hodnocení dodržuje sestra několik bodů, kterými jsou: dosažené výsledky porovnává s plánovanými cíli. Je-li to možné, změní efekt plánovaných ošetrovatelských zákroků pomocí specifických ošetrovatelských metod. Jestliže cíl nebyl dosažen, změní sestra na základě výsledku hodnocení ošetrovatelský plán.

Během celého ošetrovatelského procesu jsou k dispozici různé druhy hodnocení:

Termínované hodnocení, které se provádí na konci prvního cyklu ošetrovatelského procesu. V základním plánu jsou stanoveny konkrétní krátkodobé cíle a předpokládaný termín, kdy jich bude dosaženo. Termínované hodnocení by mělo ukázat, jakého pokroku bylo dosaženo, čeho ještě dosaženo nebylo a kde se skutečný výsledek lišil od plánovaných cílů.

Průběžné hodnocení, při kterém sestra hodnotí poskytovanou péči v průběhu všech fází procesu, protože součástí každé fáze je také hodnocení.

Závěrečné hodnocení provádí sestra v případě, kdy pacienta předává do péče jiné instituce či osobě, např. před ukončením hospitalizace. Součástí hodnocení je jak ošetrovatelský souhrn, který slouží pro lepší informovanost příští sestře. Tak přehled dlouhodobých cílů, na které by se měli příští ošetrovatelé zaměřit (6).

1.2 Definice ošetrovatelské diagnózy

„Sesterská diagnóza je klinický závěr o odpovědích jednotlivce, rodiny, či komunity na skutečné nebo potenciální zdravotní problémy či životní proces. Ošetrovatelské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetrovatelských zásahů na dosažení výsledků, za které je sestra zodpovědná.“ (4, s. 65)

Za vypracování ošetrovatelských diagnóz jsou zodpovědné profesionální sestry. Zdravotní problém znamená jakýkoli stav, ve kterém pacient potřebuje pomoc

při upevňování, udržení či navrácení zdraví nebo při zabezpečení klidné smrti. Tuto pomoc může pacient potřebovat nejen v období nemoci. Oblast diagnózy zahrnuje pouze takové stavy, které jsou sestry oprávněné v rámci svých kompetencí zvládnout. Ošetrovatelské diagnózy uvádějí jak skutečné zdravotní potíže pacienta, tak i potenciální zdravotní potíže, neboli rizikové faktory (4, 8).

1.2.1 Rozdíl mezi lékařskou a sesterskou ošetrovatelskou diagnózou

Lékařská diagnóza, vyjadřuje chorobu, kterou lékař stanovil na základě objektivních a subjektivních příznaků a na základě různých diagnostických vyšetření. Lékař má právo tyto choroby léčit, buď invazivními či neinvazivními zákroky. Centrem lékařské diagnózy je zejména chorobný proces a jeho léčení. Má velice dobře vytvořený klasifikační systém přijatý lékařskou profesí. Nejčastěji obsahuje dvě až tři slova. Zpravidla se v průběhu léčby nemění.

Ošetrovatelské diagnóza, vyjadřuje odpověď jedince na chorobný proces, stav či situaci. Je zaměřena na jednotlivce a mění se tak, jak se mění jeho odpověď na chorobný proces. Popisuje všechny tělesné, sociální, kulturní a psychické změny vznikající vlivem chorobného procesu. Ošetrovatelská diagnóza je doplňkem k lékařské. Nemá všeobecně přijatý klasifikační systém. Skládá se buď ze dvou (problém a etiologie) nebo ze tří částí (problém, etiologie, projev). Cíle ošetrovatelské diagnózy pomáhají sestře vymezit intervence, díky nimž bude problém odstraněn.

1.2.2 Výhody ošetrovatelských diagnóz

Ošetrovatelské diagnózy mají výhody jak pro zdravotnické pracovníky, tak pro pacienty. Výhodou ze strany klienta je kvalitní plánovaná péče, která uspokojuje potřeby jednotlivce, rodiny, komunity či společnosti. Dalším přínosem je návaznost a kontinuita ošetrovatelské péče. Neméně důležitou výhodou je aktivní účast samotného klienta na ošetrovatelské péči. Ze strany sestry nese ošetrovatelský proces výhody zejména v oblasti důsledného a systematického ošetrovatelského vzdělání. Dále vyhnutí

se rozporu se zákonem. V neposlední řadě spokojenost v zaměstnání a odborný růst. Ulehčují komunikaci mezi sestrami a ostatními členy zdravotnického týmu a jednak mezi sestrami a pacienty (4, 5).

Diagnózy posilují ošetrovatelský proces a poskytují plánování nezávislých sesterských zásahů. Ulehčují ošetrovatelské činnosti, jestliže pacient přechází do jiné nemocnice. Sesterské diagnózy dále určují ošetrovatelské postupy, které vyžaduje pacient po propuštění z nemocnice. Slouží jako podklad pro financování ošetrovatelské péče (9).

1.3 Klasifikace ošetrovatelských diagnóz

Rozlišujeme tři druhy ošetrovatelských diagnóz: aktuální, potenciální a diagnózy na podporu zdraví. Jejich rozčlenění je založeno na časové závislosti, naléhavosti jejich řešení ve vztahu s celkovým stavem pacienta hierarchii prioritní kategorie potřeb běžného života a v omezení nemocí, jež je třeba řešit. Sestra tak musí na základě svých znalostí, dovedností a schopností rozhodnout o aktuálnosti problému, stanovit pořadí v jakém budou řešeny a především jakým způsobem (10).

Aktuální ošetrovatelská diagnóza je odpovědí pacienta, rodiny či komunity na zdravotní stav či problém. Je doprovázená projevy. Aktuální diagnóza má svůj název, definici, charakteristiku a související faktory. Název by měl být stručný, jasně oznamující význam diagnózy. Za názvy diagnóz, které jsou v taxonomii NANDA, zodpovídá asociace NANDA International. Definice by nám měla pomoci k rozlišení jednotlivých diagnóz (4).

Potenciální ošetrovatelská diagnóza odráží odpověď člověka, která může vzniknout u oslabených pacientů, rodin či komunit. Rizikové faktory, které se připojují k diagnóze. Rizikové ošetrovatelské diagnózy jsou klinicky velice důležité. Ošetrovatelská péče je tak zaměřená na prevenci problému.

Diagnózy na podporu zdraví ukazují připravenost jedince, rodiny či komunity zvýšit úroveň svého zdraví. Cílem je ovlivnit činitele působící na jejich zdraví

a tím zlepšit celkový zdravotní stav. Svou významnou úlohu sehrávají zejména při sestavování edukačního plánu, kdy si žádáme pozornost a pochopení pacienta k dané problematice, aktivní přístup a zájem o dosažení plné kompenzace stavu. Wellness diagnózy se staly významnou součástí NANDA taxonomie 2, jež upozorňují zdravotníky na opomíjení významu edukační složky (11, 12).

1.3.1 Systém klasifikace ošetrovatelských diagnóz

Poprvé se pojem ošetrovatelská diagnóza objevil v zahraniční literatuře v roce 1950. Do té doby byla ošetrovatelská péče popisována pouze jako série úkonů sester vedených

a hodnocených lékařem. Samostatnost sester s typickým zaměřením na holistickou lidskou bytost se specifickými tělesnými, psychologickými, sociálními a spirituálními potřebami ovlivněnými prostředím a kulturou, chyběla (11).

Potřeba efektivnější a snadnější komunikace mezi sestrami a názvosloví ošetrovatelských problémů pacientů vedlo k vytvoření standardní terminologie ošetrovatelských diagnóz. Touto problematikou se jako první začala zabírat Národní konference o klasifikaci ošetrovatelských diagnóz v roce 1973 (4). V jejímž čele byly Kristine Gebbieová a Mary Ann Lavinová. Pozdější předsedkyní se stala Marjory Gordonová.

V roce 1974 byl publikován první konferenční sborník, který je ve dvouleté frekvenci vydáván doposud. V roce 1982 byl schválen nový název - Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy – NANDA.(Tothová) NANDA v dnešní době začleňuje sestry ze Severní a Jižní Ameriky, Kanady, Evropy a Asie (13).

Cílem tohoto sdružení je definovat a zvýšit taxonomii sesterské diagnostické terminologie na všeobecné použití u profesionálních sester. NANDA se skládá z nemocničních sester, ředitelek ošetrovatelství, děkanek, fakultních sester, teoretiček a výzkumnic (14).

1.3.2 Vznik NANDA Taxonomie I.

V roce 1977 byla pod vedením Calisty Royové zahájena skupinová práce sester teoretiček. Jejich hlavním zaměřením byl vývoj organizačního systému.

NANDA taxonomie 1 vznikla seřazením sesterských diagnóz do skupin dle devíti lidských reakcí. Tvořily je tyto vzorce: výměna, komunikace, vztahování, oceňování, výběr, pohyb, vnímání, vědění a cítění (4). V poslední vývojové verzi bylo zařazeno 148 diagnóz. S postupem času se přišlo na to, že NANDA 1 byla pro klinickou praxi nedostatečná a až příliš komplikovaná a nepřehledná. V tomto důsledku byla M. Gordonová motivována k tvorbě *Funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví*.

Funkční vzorce zdraví (Functional Health Patterns). Vzorec zdraví je definován jako „*sled chování či vystupování směrem ke zdraví napříč časem*“. Komplex vzorců zdraví pak dle ní představuje sumu možností chování, která je ovlivněna životním stylem jedince, rodiny či komunity. Posouzení konkrétních vzorců zdraví u pacienta má sestře pomoci k identifikaci funkčních vzorců zdraví, dysfunkčních vzorců zdraví popřípadě potenciálních dysfunkčních vzorců zdraví.

Funkční vzorce zdraví představují optimální účelné vzorce chování člověka (jedince, rodiny, komunity), jež při zohlednění věku, kulturních faktorů a faktorů prostředí přispívají ke zdraví, kvalitě života a k využití lidského potenciálu. Prezентují pacientovu sílu i schopnosti a jsou využitelné při případných ošetrovatelských intervencích.

Dysfunkční vzorce zdraví jsou takové, které se s očekávanou normou funkčních vzorců neseťkávají. Spíše generují ošetrovatelský zájem sestry o pacienta. Dysfunkční vzorce zdraví mají negativní vliv na pacientovo konání a fungování. V důsledku toho se mohou měnit. Gordonová uvádí tři typy dysfunkčních vzorců zdraví. Prvním z nich je, *prudce změněný vzorec*, kdy došlo ke změně vzorce zdraví nedávno či velice prudce. Druhým typem je *stabilizovaný vzorec*, kde dysfunkční vzorec zdraví má dlouhodobý průběh a jedná se o trvalou přeměnu. Posledním typem je *vývojový vzorec*, ve kterém zaznamenáváme opožděný či přerušovaný vývoj pacienta.

Potenciální dysfunkční vzorec zdraví – je soubor rizikových faktorů, které pacienta k rozvoji dysfunkčních vzorců zdraví predisponují. Je tak možné konstatovat potenciální ošetrovatelské diagnózy pacienta s typickými rizikovými faktory (11, 12, 14).

1.3.3 Vznik NANDA Taxonomie II.

Na rozdíl od taxonomie 1, kde byly diagnózy řazeny do devíti skupin podle základních lidských reakcí, jsou v taxonomii 2 diagnózy seřazeny dle dvanácti oblastí modelu „Funkčního modelu zdraví“ M. Gordonové. Taxonomie II se skládá ze tří úrovní: domény, třídy, ošetrovatelské diagnózy. Obsahuje 13 domén, 47 tříd a množství ošetrovatelských diagnóz.

Pro zjednodušení komunikace a sjednocení informačních systémů nejen u nás, ale na mezinárodní úrovni, vedlo sestry k zdokonalování klasifikace ošetrovatelských diagnóz. Bylo také nutné vytvořit standardní terminologii, jakého si společného ošetrovatelského jazyka, zejména pro jasnou a přesnou komunikaci. Hlavním cílem bylo, aby tato klasifikace splňovala nejen náročná teoretická kritéria, ale aby byla snadno splnitelná i v klinické praxi. Na nové taxonomické struktúře ošetrovatelských diagnóz NANDA pracovala skupina teoretiků, členové Výboru pro taxonomii, Výbor pro revizi diagnóz, samostatní revizoři a navrhovatelé nových diagnóz. Navržená nová taxonomie byla formálně prezentována účastníkům NANDA v roce 2000 v Orlando.

V roce 2002 byla NANDA znovu obnovena jako NANDA International, aby odrážela rostoucí celosvětový zájem v oboru vývoje ošetrovatelské terminologie. NANDA International má mezinárodní síť v Brazílii, Argentíně, Columbii, Peru a Venezuele. NANDA International také spolupracuje se společnostmi pro ošetrovatelskou terminologii po celém světě, jako jsou Japonská společnost pro ošetrovatelské diagnózy (JSND), Evropská asociace pro společné ošetrovatelské diagnózy, intervence a výsledky (ACENDIO), Španělské asociace pro názvosloví a taxonomii v ošetrovatelství (AENTDE) a v neposlední řadě Evropská frankofonní asociace pro diagnostiku, intervence a výsledky v ošetrovatelství (AFEDI).

V České republice se začala zavádět NANDA taxonomie II od roku 2005. Pro použití v českém zdravotnictví bylo nutné tuto taxonomii přizpůsobit našim poměrům - způsobu ošetřování, ekonomice, personálu a pacientům. Musíme dodržovat číselné označení diagnóz.

Taxonomie II má 3 úrovně: domény, třídy, ošetřovatelské diagnózy (11, 14).

1.3.4 Aliance NNN

V roce 1997 se uskutečnilo první pracovní setkání týmů NANDA, NIC (klasifikace ošetřovatelských intervencí) a NOC (klasifikace ošetřovatelských cílů). To znamenalo propojení výsledků tří zmiňovaných klasifikací. Rodí se produkt se standardními názvy ošetřovatelských diagnóz, ke kterým jsou připojeny vhodné ošetřovatelské cíle a intervence. Hovoří se o vzniku unifikovaného ošetřovatelského jazyka. (CLOSKEY DOCHTERMAM, J., JONES, D. 2003. Unifying Nursing Language. The Harmonization of NANDA, NIC and NOC). Propojení činností zastřešuje Aliance NNN. Její název je odvozen od prvních písmen projektů NANDA, NIC a NOC. NANDA vyvíjí materiál pro přesnou ošetřovatelskou diagnostiku, NIC vyvíjí rozsáhlý soubor ošetřovatelských intervencí a NOC se zabývá vývojem cílů ošetřovatelské péče. Pro každý cíl jsou zpracována hodnotící kritéria (15).

1.3.5 NIC – Nursing Interventions Classification

Klasifikace ošetřovatelských intervencí NIC patří mezi projekty vedené Centrem pro ošetřovatelskou klasifikaci a klinickou efektivnost Univerzity Iowa ve Spojených státech Amerických. Založena byla v roce 1995 na podporu již od roku 1987 probíhajícího výzkumu v oblasti ošetřovatelských klasifikací NIC a NOC. Jednotlivé NIC ošetřovatelské intervence navazují na diagnostické konstatování vyjádření NANDA terminologií. Intervence jsou seřazeny do tří úrovněvé taxonomické struktury. K sedmi doménám patří: doména fyziologická základní, fyziologická komplexní, behaviorální, bezpečí, rodiny, zdravotního systému, doména komunity. Uvnitř domén je

strukturováno 30 tříd a v nich se dále nachází jednotlivé ošetrovatelské intervence. Domény, třídy i intervence jsou opatřeny definicemi a každá intervence má specifický čtyřčíselný kód. Klasifikace může být použita na jakémkoli oddělení, od akutní péče, JIP, k péči domácí, hospicové či primární. Je aplikovatelná pro jakoukoli specializaci od gerontologie přes onkologii, péči o matku a dítě až kupříkladu k psychiatrii. Smysluplnost NIC je seřazena do třinácti bodů:

Zevrubnost, která zahrnuje intervence celé oblasti ošetrovatelské péče.

Výzkumný základ spočívá v užívání řadě metodických přístupů od analýz, přes dotazníky, analýzu osobnosti až po klinické testování.

Vývoj založený na praxi, kde vstupními zdroji byly odborné texty a informační systémy vycházející z klinické praxe.

Reflex klinické praxe a výzkumu zahrnuje všechny intervence, které byly posouzeny odborníky z klinické praxe, a byl vytvořen proces zpětné vazby.

Jednoduchá organizační struktura, spočívá v definování a číselném kódování všech intervencí a domén.

Pro Jednoduchost jazyka a jasný klinický význam byly zvoleny nejvhodnější formulace.

Tvorba multidisciplinárního týmu má čtyřicet členů z různých klinických a metodologických odborností.

Získané granty, například národní ústav zdraví, Rockefellerova nadace.

Kontinuální testování implementace do praxe je testována na pěti klinických místech.

Dosažitelnost ve smyslu vydání 4 knih NIC a série odborných článků.

Propojenost k NANDA diagnózám od roku 2000.

Uznání Americkou ošetrovatelskou asociací, Meta slovníkem medicínského jazyka Národní lékařské knihovny, Národní ligu pro ošetrovatelství, Mezinárodní radou sester, Mezinárodní klasifikací ošetrovatelské praxe.

Společný rozvoj s NOC tvorba klasifikace ošetrovatelských výsledků, propojenost s klasifikací NIC (14).

Klasifikace NIC je používána v mnoha státech na světě je toho důkazem i její překlad do holandštiny, čínštiny, francouzštiny, korejštiny, islandštiny, němčiny

a španělštiny. V současné době se pracuje na překladu do japonštiny a portugalštiny.
(16)

1.3.6 NOC – Nursing Outcomes Classification

Klasifikace očekávaných výsledků ošetřovatelské péče. Slouží jako zevrubná standardizovaná klasifikace výsledků ošetřovatelské péče, která je vyvíjena pro vyhodnocení efektu ošetřovatelských výsledků. Standardizované výsledky jsou použitelné v elektronické ošetřovatelské dokumentaci, jež má být součástí klinických informačních systémů. V nich je tak možné dohledávat a vyhodnocovat efektivitu provedených intervencí, které ke splnění cílů konáme. Standardizované výsledky jsou vyvíjeny pro všechna zdravotnická zařízení s rozmanitou skladbou pacientů. Včetně klientů terciální péče, komunitní péče a klientů v ošetřovatelských domech. V posledním vydání NOC klasifikace, které bylo v roce 2008, je zaznamenáno 330 standardizovaných výsledků péče. 311 z nich je směřováno na jedince, 10 na rodinu a 9 na komunitu. Výsledky jsou seřazeny v sedmi doménách: 1) fyzické zdraví, 2) fyziologické zdraví, 3) psychosociální zdraví, 4) znalosti o zdraví, 5) chování, 6) pochopení zdraví, 7) komunitní zdraví. Domény obsahují 31 tříd a výsledky v nich jsou seřazeny abecedně a označeny číselným kódem (14).

1.4 Ošetřovatelská dokumentace

Ošetřovatelská dokumentace je chápána jako komplexní uchování dat, týkajících se ošetřovatelské péče o dotyčného pacienta. V ošetřovatelské dokumentaci se mohou vyskytovat jak písemné nebo grafické záznamy, tak dokonce i zvukové nahrávky od sester, které prováděly ošetřovatelskou činnost u pacienta. Údaje obsažené ve zdravotnické dokumentaci jsou vedeny v listinné nebo také v elektronické podobě. Dokumentace je pochopitelně součástí celého ošetřovatelského procesu.

Tyto údaje neslouží jen sestřám, které se o pacienta starají, ale také všem lékařům a celému zdravotnickému týmu. Dále dokumentace slouží také samotnému

pacientovi, pro lepší následnou rekapitulaci změny jeho zdraví a poskytuje přehled zdravotních výkonů, které mu byly provedeny. Dokumentace hraje značnou roli při řešení různých stížností a připomínek v oblasti poskytnuté péče, stejně jako důkaz v řízení proti pachateli trestného činu, který způsobil jinému škodu na zdraví. Ošetřovatelská dokumentace slouží jako názorná ukázka studentům zdravotnických oborů. Ošetřovatelská anamnéza musí být pro svou snadnou využitelnost a přehlednost jednoduchá, dobře přístupná a srozumitelná. Hlavním účelem dokumentace není, jak je většinou myšleno, prodlužování času administrativní prací, ale slouží k usnadnění ošetřovatelské péče a zaměření se na hlavní problémy pacienta. Sestra by díky této dokumentaci, měla pacientovi problémy řešit rychle a účelně (17, 18).

Zdravotnická dokumentace se v současné době vyskytuje ve třech formách, které se vzájemně doplňují. První z nich je zdravotnická dokumentace, kterou vedou lékaři, zaznamenává informace o zdravotním stavu pacienta, to znamená veškeré výsledky vyšetření, ordinace lékaře a průběh onemocnění. Druhou dokumentací je ošetřovatelská dokumentace, kterou vede ošetřovatelský personál a vypovídá o ošetřovatelské péči o konkrétního pacienta. Patří sem například ošetřovatelská anamnéza, ošetřovatelský plán. Poslední dokumentací je provozní dokumentace. Tato dokumentace zaznamená fakta, týkající se správné organizace provozu zdravotního zařízení ukládá se zde například kniha: „Evidence návykových látek.“ (19)

V § 67b zákona č. 20/1966 Sb. je přesně uvedeno, jaké náležitosti má zdravotnická dokumentace obsahovat. Jedná se o „Osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro identifikaci pacienta a zajištění anamnézy. Informace o onemocnění pacienta, výsledky vyšetření, léčení a dalších významných okolnostech související se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotní péče. Každá samostatná část zdravotnické dokumentace musí obsahovat osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro jeho identifikaci a označení zdravotnického zařízení, které ji vyhotovilo. Zápis v dokumentaci musí být veden průkazně, pravidelně a čitelně, je průběžně doplňován a musí být opatřen datem zápisu, identifikací a podpisem osoby, která ho provedla. Opravy se provádějí novým zápisem s uvedením dne opravy,

identifikací a podpisem osoby, která opravu provedla. Původní záznam musí být čitelný.“ (20, 21, 22)

1.4.1 Zásady ošetrovatelské dokumentace

Na jednotlivých odděleních dohlíží na kvalitu a pečlivost ošetrovatelské dokumentace vrchní či staniční sestra. Záznamy se do dokumentace píše nesmazatelným psacím prostředkem, zdůraznění důležitých údajů jako např. alergie, je možné provést barevně. Používání barev a zvýrazňovačů je možné pouze po dohodě na stanici, musí však být všem členům týmu jasné, za jakých určitých podmínek a pro jaký účel se barvy používají. Nevyplněné kolonky by měly být proškrtnuty, aby nedošlo k jejich pozdějšímu neoprávněnému doplnění. Údaje v dokumentaci musí být pravdivé, srozumitelné a čitelné. Každý záznam musí obsahovat datum, popřípadě i čas a je třeba ho autorizovat, to znamená označit ho podpisem a jmenovkou. K tomu slouží vlastní razítko každé sestry, či napsání jména hůlkovým písmem. Do dokumentace se zaznamenává stav pacienta, náhlé a neočekávané změny. Mezi podstatné informace řadíme, změny chování, změny vědomí, změny ve fyziologických funkcích, jakýkoli symptom, který vybočuje v mezích normy (horečka, silná bolest). V žádném případě nesmí ošetrovatelská dokumentace obsahovat subjektivní pocity sestry, vulgarismy, slangové výrazy a nesprávné použití ošetrovatelských diagnóz. Všechny tyto případy by jen svědčily o neprofesionalitě sestry a jejich odborných neznalostech (23, 24).

1.4.2 Součásti ošetrovatelské dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace se skládá z několika stálých součástí: Základní částí ošetrovatelské dokumentace je *ošetrovatelská anamnéza*. Zaznamenávají se do ní informace o zdravotním stavu klienta, dřívější a současné obtíže pacienta, příznaky nemoci. Sestra veškeré údaje zjistí od pacienta pomocí rozhovoru. Již v tomto okamžiku je velice důležité získat si pacientovu důvěru, aby poskytnuté informace byly pravdivé. Zejména otázky vztahující se k víře a náboženství vyvolávají u mnohých

pacientů rozpaky a nerozvážnost jak na tuto otázku odpovědět. Jestli nám pacient nechce sdělit své náboženské vyznání, budeme toto jeho rozhodnutí respektovat a provedeme zápis do dokumentace, že nám pacient odmítá tuto skutečnost sdělit. Sestra zapisuje informace do předem vyplněného formuláře, který jí značným způsobem usnadní práci a pomáhá jí tak zjistit všechny potřebné informace. Tuto dokumentaci sestra vyplňuje při příjmu pacienta do nemocničního zařízení, nejpozději do osmi hodin po přijetí. Dále se uvádějí obtíže při vylučování moče, stolice, spánkové zlozvyky, případné alergie na léky. Také nám pacient sdělí jméno a telefonní číslo na osobu, které můžeme sdělovat informace o pacientovu zdravotním stavu.

Dalším neméně důležitým dokumentem je *ošetřovatelská diagnóza*. Ta obsahuje pacientovi problémy a příčiny jejich vzniku. V dnešní době se k tomuto účelu využívá třísložková strukturální ošetřovatelská diagnóza, která se skládá ze standardního názvu a definice – v současnosti dle taxonomie NANDA – International II. Která se skládá z příčin a souvisejících faktorů a charakteristických projevů. Jedná se o formulář, do kterého sestra запиše diagnózu, stanoví si pro ni očekávaný výsledek a ošetřovatelské intervence, kterých je zapotřebí k dosažení cílů u stanovených diagnóz. Posledním bodem této dokumentace je vyhodnocení, kde sestra zhodnotí úspěch dosaženého cíle. Stvrdí ho datem, časem a podpisem.

Mezi další součást ošetřovatelské dokumentace patří také *záznam o hodnocení bolesti a plán péče o dekubity*. Tento záznam slouží k průběžnému sledování intenzity a charakteru bolesti. Následné informace slouží k ordinaci analgetik lékaři. Důležitým záznamem je plán péče o dekubity. Tento dokument se u pacienta vyplňuje v případě, zdali je u něj zvýšené riziko vzniku dekubitů, či s ním byl již přijat do nemocnice, nebo vznikly v průběhu hospitalizace na oddělení. Do dokumentace se zakresluje lokalizace dekubitu, jeho velikost a stupeň poškození kůže. Dále se zapisuje způsob léčby a léků aplikovaných na dekubity.

Do ošetřovatelské dokumentace také neodmyslitelně spadají *informované souhlasy*. Slouží nám především jako právní ochrana zdravotních pracovníků. Formuláře obsahují informace o konkrétním vyšetření, průběhu, možných vzniklých komplikacích, operačních zákrocích a ošetřovatelskou péčí. Podpisem tohoto souhlasu

pacient stvrzuje, že byl s celým výkonem řádně seznámen, poučen a byl taktéž plně informován o všech rizicích spojených s výkonem. Při příjmu pacienta se dále vyplňuje také doklad o převzetí oblečení pacienta, ve kterém k nám přišel. Sestra provede trojí zápis, na speciálním formuláři. Originál se vloží do dokumentace, jednu kopii dá na oblečení a druhou předá samotnému pacientovi. Jestliže si pacient přeje uložit cenné předměty u nás v trezoru, musí se o tom také sepsat doklad. V něm se uvede počet peněz, u šperků se upřesní, o jaký druh kovu se jedná, počet klíčů, a konkrétní pojmenování dokladů. Všechny tyto věci se ukládají do trezoru, který je řádně uzamčen a zabezpečen. Originální doklad sestra vloží do dokumentace a jednu kopii předá pacientovi. Poslední součástí dokumentace je Propouštěcí či Překládová zpráva. Vypisuje se tehdy, je-li pacient předáván do péče sestřám na jiném oddělení, jiné zdravotnické instituci či osobě. Zpráva obsahuje nejdůležitější informace, které zajistí kontinuitu ošetrovatelské péče. Obsahuje zdravotní stav pacienta, průběh lékařské a ošetrovatelské péče (22, 23, 24).

1.4.3 Legislativa ošetrovatelské dokumentace

Prvním předpisem regulující poskytování zdravotní péče v České republice je v zákoně č.372/2011Sb., *o péči o zdraví lidu*. Tento zákon upravuje hlavní zásady péče o zdraví obyvatelstva. Stanovuje práva a povinnosti občanů v oblasti zdravotnictví, povinnosti zdravotníků, zejména lékařů a určuje základní atributy vztahu lékař a pacient. Článek II hovoří o nutné snaze každého jednotlivce žít zdravě a o povinnosti každého občana aktivně přispívat k vytváření zdravých podmínek a zdravého způsobu života a práce. Další povinností občana je poskytnutí či zajištění pomoci člověku, který je v nebezpečí smrti či při podezření na vážné poškození zdraví.

Zákon garantuje právo pacienta na informace o svém zdravotním stavu a léčbě, dále zavazuje lékaře poskytovat péči pouze se souhlasem pacienta. Jsou zde však uvedené i případy, ve kterých lékař poskytuje péči i bez pacientova souhlasu, jedná se zejména o život zachraňující výkony. Zákon také stanovuje ochranu osobních údajů pacientů. Zákon dělí zdravotnické služby na ty, které jsou poskytovány pacientům

na základě veřejného zdravotního pojištění, tj. bez přímé úhrady a na služby, které jsou ze zdravotního pojištění vyloučeny. Dále je zde zmiňována nutnost rozvoje vědy a techniky a uplatňování tohoto rozvoje v praxi a kladen důraz na prevenci a ochranu zdraví. Zákon se dále zabývá problematikou „odnímání částí lidského těla v souvislosti s léčebně preventivní péčí, lékařskou vědou, výzkumem a výukovými účely, odběr krve, tkání a orgánů.“ (§26), kde definuje obecně platné principy. V některých případech dává ministerstvo zdravotnictví ČR pravomoc řešit věci vyhláškou. A řeší problematiku tzv. speciálních výkonů. Kterými jsou například pitva či sterilizace. Takovéto úkony mohou být prováděny na vlastní žádost, někdy i v souladu s vyhláškou ministerstva zdravotnictví. Část zákona se věnuje pravomocím ministerstva zdravotnictví ČR a orgánů státní zdravotní správy, dále zde nalezneme řešení problematiky posudků a odvoláním proti nim (25, 26).

Zákon č.98/2012Sb. O zdravotnické dokumentaci, tato vyhláška vstoupila v platnost 1. dubna 2007. Tento zákon nám stanovuje, co by vše měla zdravotnická dokumentace obsahovat, jak by měla být vedena, na jakém místě by měla být bezpečně uložena, dále určuje způsobilé osoby, které mohou do dokumentace nahlížet a zapisovat potřebné údaje. Ukládá povinnost uchovávat zdravotnickou dokumentaci po dobu pěti let v archivu a velkým písmenem „S“, po této době se skartuje (27).

Listina základních práv a svobod je součástí ústavního pořádku České republiky. Základní práva a svobody obsažené v Listině v zásadě vyjadřují vztah mezi státem a občanem. Práv a svobod zakotvených v Listině se zpravidla může domáhat každý, jen některá práva a svobody jsou vázané na státní občanství. Oddíl první článek 6 se zabývá právem na život a na zdraví. Z ustanovení, které poskytuje výkladové pravidlo k přístupu k ochraně těhotné ženy a plodu, však není možné dovozovat zákaz umělého přerušení těhotenství. Článek dále stanovuje, že nikdo nesmí být zbaven života. Toto ustanovení však nezahrnuje případy umělého přerušení těhotenství, sebevraždy a dalších případů, kdy se jednání osob nepovažuje za trestné například při sebeobraně. Článek 6 také stanovuje na ústavní rovině nepřípustnost a nepřijatelnost trestu smrti. Na základě článku 10 má každý občan České republiky právo na zachování své důstojnosti. Zejména ve zdravotnictví je mnoho situací, kdy by toto právo, mohlo

být, ač neúmyslně, nesplněno. Článek 15 každému zaručuje svobodu myšlení, rozhodování se a výběr víry a náboženství (28).

Úmluva o lidských právech a biomedicině č.96/2001Sb. Smlouva vstoupila v platnost v České republice 1. října 2001. V souladu s podmínkami stanovenými v zákonu na ochranu osob s duševní poruchou včetně právní úpravy pro dohled, kontrolu a odvolání, může být osoba s vážnou duševní poruchou podrobena zákroku bez svého souhlasu, je-li zákrok zaměřen na léčbu její duševní poruchy, pouze v případě, že by bez takovéto léčby se vší pravděpodobností došlo k závažnému ublížení jeho zdraví (článek 7). Pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoliv nutný lékařský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro zdraví dané osoby (článek 8). Zásah směřující ke změně lidského genomu, lze provádět pouze pro preventivní, diagnostické nebo léčebné účely, a to pouze tehdy, pokud není jeho cílem jakákoliv změna genomu některého z potomků (článek 13). Použití postupů lékařsky asistované reprodukce nebude dovoleno za účelem volby budoucího pohlaví dítěte, ledaže tak lze předejít vážné dědičné nemoci vázané na pohlaví (článek 14). Odběr orgánů nebo tkání od žijící osoby pro účely transplantace lze provádět výhradně v zájmu léčebného přínosu pro příjemce, a pouze pokud není k dispozici žádný vhodný orgán nebo tkáň ze zemřelé osoby nebo jiná alternativní léčebná metoda srovnatelného účinku (29, 30).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit požadavky sester na používání ošetrovatelských diagnóz.

Cíl 2: Zjistit informovanost sester o používání ošetrovatelských diagnóz.

Cíl 3: Zjistit, zda sestry pracují s ošetrovatelskými diagnózami.

2.2 Výzkumné otázky práce

Výzkumná otázka 1: Požadují sestry zjednodušení práce s ošetrovatelskými diagnózami?

Výzkumná otázka 2: považují sestry ošetrovatelské diagnózy za společný ošetrovatelský jazyk?

Výzkumná otázka 3: mají sestry dostatek informací o používání ošetrovatelských diagnóz?

Výzkumná otázka 4: Pracují sestry s ošetrovatelskými diagnózami?

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Ke sběru dat byla použita metoda dotazování, technikou sběru dat byl dotazník. Dotazník byl rozdán sestřám pracujících na vybraných odděleních nemocnice v Českých Budějovicích a.s. O spolupráci bylo požádáno celkem 100 sester. Dotazníků, které se vrátily, bylo 89 a z toho 6 dotazníků nevyhovovalo z důvodu neúplného vyplnění. K výzkumu šetření tedy plně vyhovovalo 83 dotazníků (83%). Výzkumný soubor tak tvořilo 83 respondentů (100%).

Dotazník byl anonymní a obsahoval 26 otázek. Z toho 19 uzavřených, 4 polootevřené a 2 otázky otevřené. V úvodu dotazníku byly použity identifikační otázky a dále pak konkrétní otázky, které se vztahovaly k tématu práce. Respondenti označovali jednu jimi vybranou odpověď. U některých otázek byla možnost uvést vlastní názor, pokud nevyhovovala žádná z nabízených odpovědí. A u dvou otázek se respondenti mohli vyjádřit libovolně.

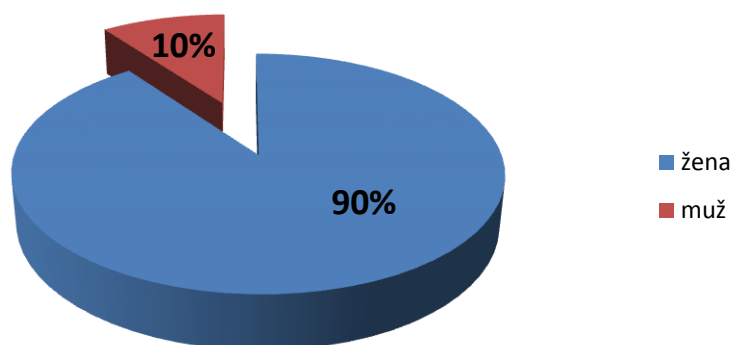
Data získaná z odpovědí byla zpracována ve formě popisné statistiky.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na vybraných odděleních v nemocnici v Českých Budějovicích a.s. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků. Návratnost dotazníků byla 89, z toho musely být pro neúplnost údajů vyřazeno 6 dotazníků. Celkem bylo ke zpracování práce použito 83 dotazníků.

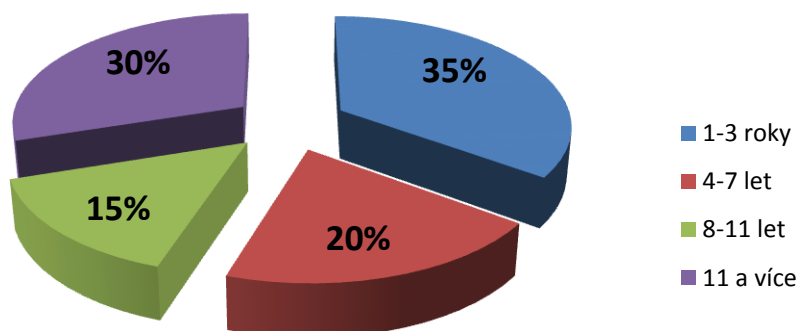
4. Výsledky

Graf 1 Pohlaví respondentů



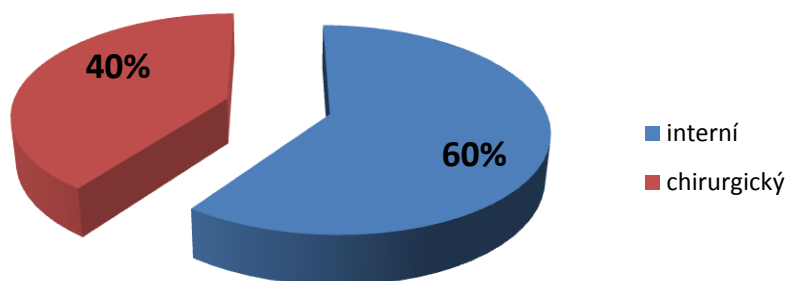
Z celkového počtu 83 respondentů (100%) označilo 75 respondentů (90%) žena, zbylých 8 respondentů (10%) označilo odpověď muž.

Graf 2 Délka praxe ve zdravotnictví



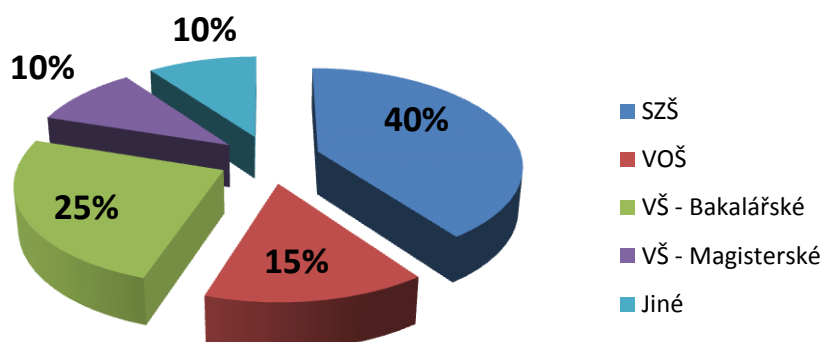
Z celkového počtu 83 respondentů (100%) označilo 29 respondentů (35%) délku praxe 1 - 3 roky, dalších 17 respondentů (20%) označilo 4 - 7 let délky praxe, 12 respondentů (15%) označili 8- 11 let délky praxe a zbylých 27 respondentů (30%) označilo 11 a více let praxe.

Graf 3 Charakter zdravotnického zařízení



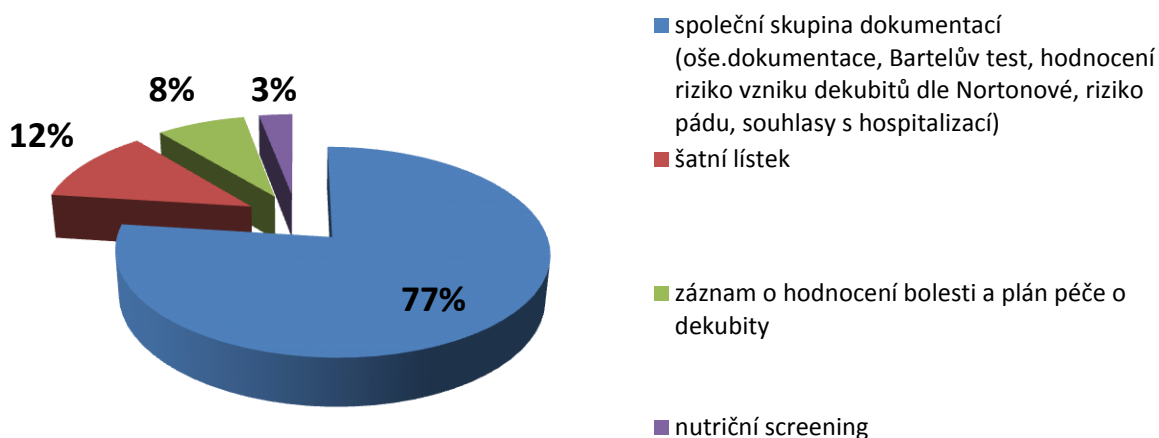
Z celkového počtu 83 respondentů (100%) označilo 50 respondentů (60%) odpověď interní a 33 respondentů (40%) označilo odpověď chirurgickou.

Graf 4 Nejvyšší dosažené vzdělání



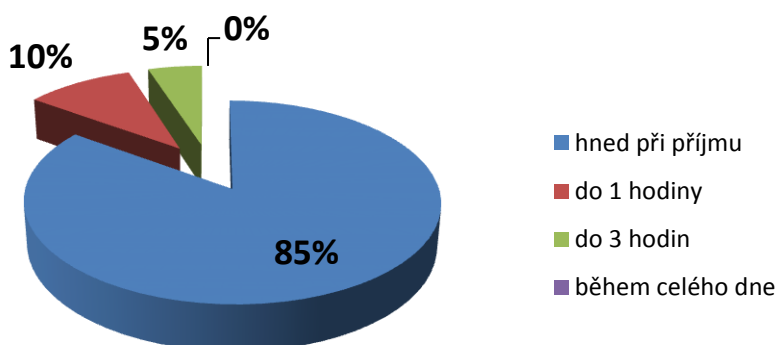
Z celkového počtu 83 respondentů (100%) odpovědělo 33 respondentů (40%) SZŠ, dalších 21 respondentů (25%) označilo odpověď VŠ – Bakalářské, 12 respondentů (15%) odpovědělo VOŠ, dalších 8 respondentů (10%) označilo odpověď VŠ – Magisterské a zbylých 9 respondentů (10%) odpovědělo, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je jiné – specializace.

Graf 5 S jakými ošetrovatelskými dokumentacemi pracujete na oddělení



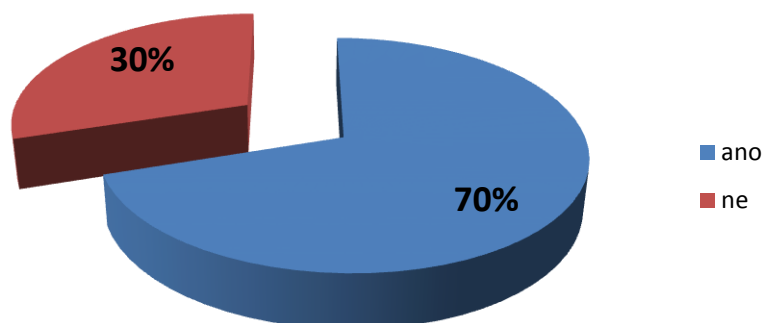
Z celkového počtu 83 respondentů (100%) odpovědělo 64 respondentů, že pracují se společnou skupinou dokumentací, dalších 10 (12%) respondentů pracuje navíc také se šatním lístkem, 7 respondentů (8%) vyplňuje záznam o hodnocení bolesti a plán o péče o dekubity a zbylí 2 respondenti (3%) vyplňují ještě nutriční screening.

Graf 6 Zpracování dokumentace týkající se příjmu pacienta



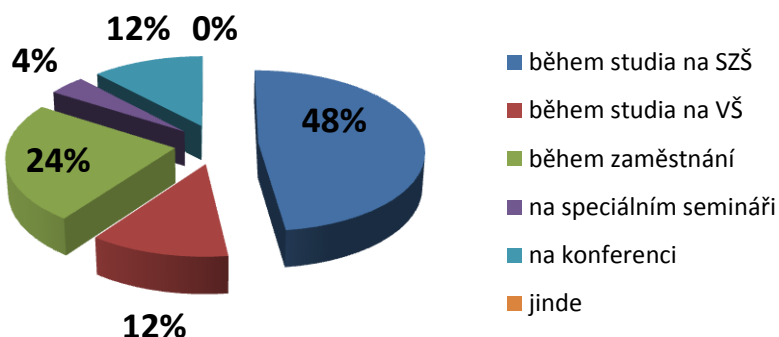
Z celkového počtu 83 respondentů (100%) odpovědělo 71 respondentů (85%) hned při příjmu, dalších 8 respondentů (10%) označilo do 1 hodiny, další 4 respondenti (5%) odpověděli do 3 hodin a žádný z respondentů neoznačil odpověď během celého dne.

Graf 7 Znalost klasifikace NANDA taxonomie II



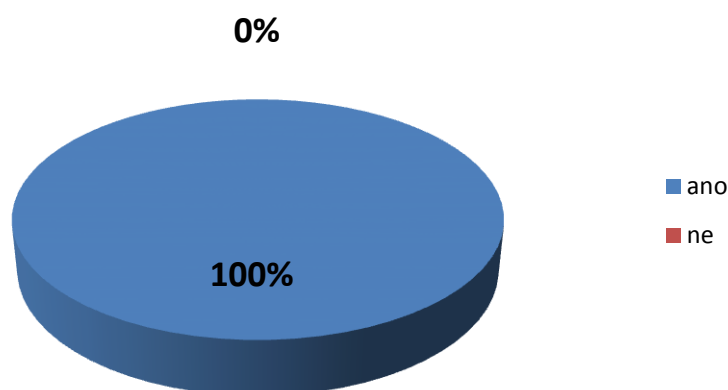
Z celkového počtu 83 respondentů (100%) odpovědělo 58 respondentů (70%), že NANDA taxonomii II zná, zbytek 25 respondentů (30%) odpovědělo, že NANDA taxonomii II nezná.

Graf 8 První setkání s ošetřovatelskými diagnózami



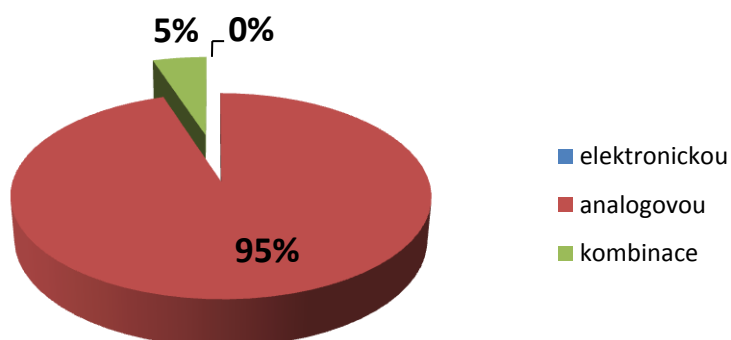
Z celkového počtu 83 respondentů (100%) odpovědělo 40 respondentů (48%), že se poprvé s NANDA taxonomii setkali během studia na SZŠ, dalších 20 respondentů (24%) označilo možnost během zaměstnání, 10 respondentů (12%) označilo jako první setkání s NANDA taxonomii na konferenci, 10 respondentů (12%) odpovědělo, že první setkání s ošetřovatelskými diagnózami bylo během studia na VŠ a zbylí 3 respondenti (4%) označili první setkání na speciálním semináři.

Graf 9 Používání ošetrovatelských diagnóz



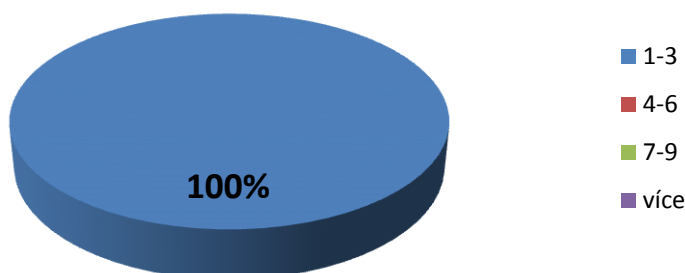
Z celkového počtu 83 respondentů (100%) odpovědělo všech 83 respondentů (100%), že s ošetrovatelskými diagnózami na oddělení pracují.

Graf 10 Forma zpracování ošetrovatelských diagnóz



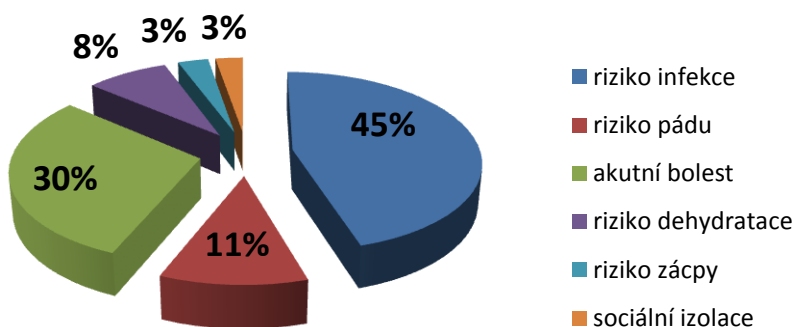
Z celkového počtu 83 respondentů (100%) odpovědělo 79 respondentů (95%), že používají analogovou formu zpracování, další 4 respondenti (5%) označilo elektronickou formu zpracování ošetrovatelských diagnóz a kombinaci obou variant nepoužívá nikdo z respondentů.

Graf 11 Počet průměrně stanovených ošetrovatelských diagnóz u jednoho pacienta.



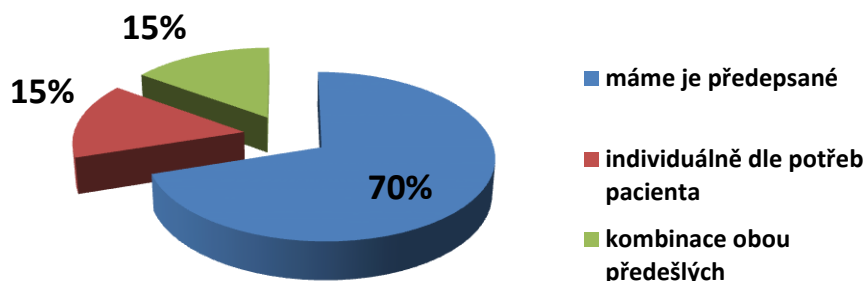
Z celkového počtu 83 respondentů (100%) odpovědělo všech 83 respondentů (100%), že u jednoho pacienta stanoví průměrně 1 – 3 ošetrovatelské diagnózy.

Graf 12 Nejčastěji užívaná ošetrovatelská diagnóza na oddělení.



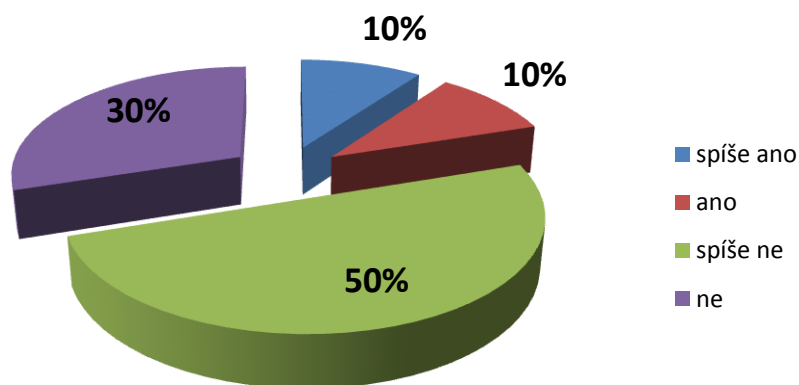
Z celkového počtu 83 respondentů (100%) odpovědělo 39 respondentů (45%), že nejčastěji užívaná oše. diagnóza je riziko infekce, dalších 24 respondentů (30%) označilo oše. diagnózu akutní bolest, 10 respondentů (11%) odpovědělo, že nejčastější oše. diagnózou je riziko pádu, 8 respondentů (8%) nejčastěji užívá diagnózu riziko dehydratace, 2 respondenti (3%) označili nejčastěji užívanou diagnózu riziko zácpy a zbylí 2 respondenti (3%) odpověděli, že nejčastější diagnózu na jejich oddělení je sociální izolace.

Graf 13 Sestavení intervencí o ošetřovatelských diagnóz



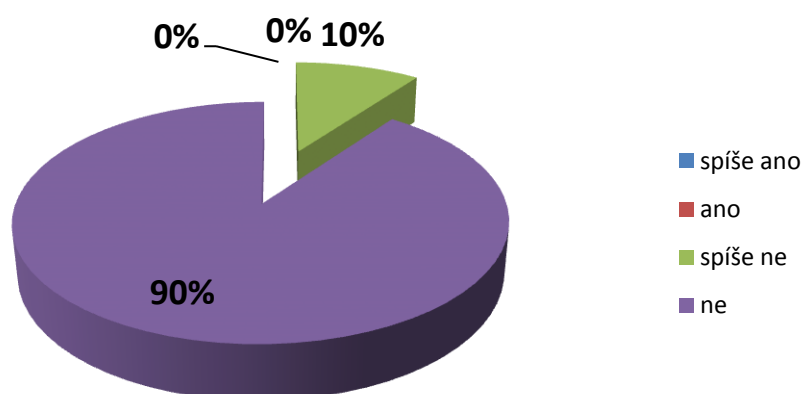
Z celkového počtu 83 respondentů (100%) odpovědělo 59 respondentů (70%), že mají intervence předem předepsaná, dalších 12 respondentů (15%) sestavují intervence dle potřeb pacienta a zbylých 12 respondentů (15%) označilo kombinaci obou předešlých variant.

Graf 14 Sdělení ošetřovatelských diagnóz



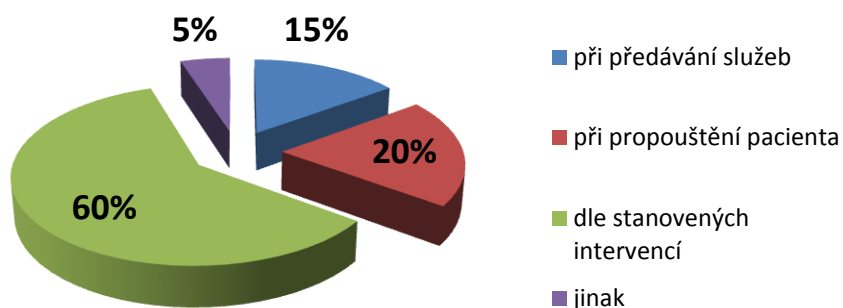
Z celkového počtu 83 respondentů (100%) odpovědělo 41 respondentů (50%), že si oše. diagnózy spíše nepředávají při předávání služby, 26 respondentů (30%) označilo, že si pacientovi oše. diagnózy nepředávají, dalších 8 respondentů (10%) si oše. diagnózy při předávání služeb spíše předávají a zbylých 8 respondentů (10%) si oše. diagnózy při předávání služby předávají.

Graf 15 Ošetrovatelské diagnózy v prekladových zprávách



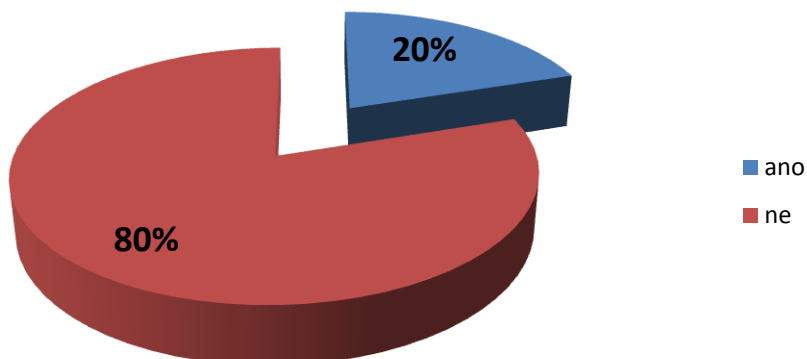
Z celkového počtu 83 respondentů (100%) odpovědělo 75 respondentů (90%), že do prekladové zprávy nepišou pacientovi ošetrovatelské diagnózy a zbylých 8 respondentů (10%) odpovědělo, že ošetrovatelské diagnózy do prekladové zprávy spíše nepišou.

Graf 16 Vyhodnocení plánu ošetrovatelské péče



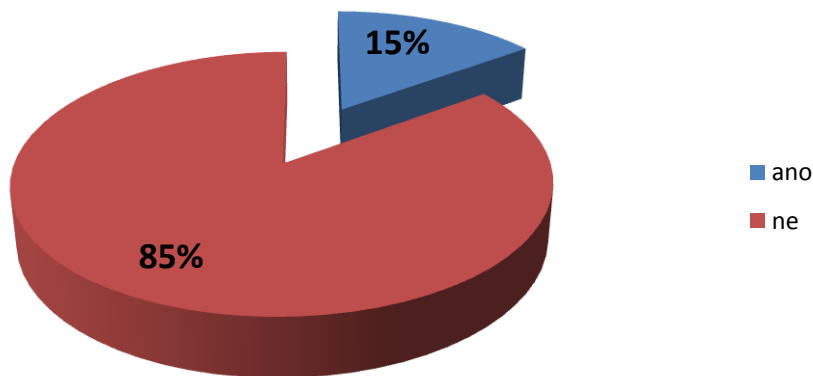
Z celkového počtu 83 respondentů (100%) odpovědělo 50 respondentů (60%), že plán oše. péče vyhodnocují dle stanovených intervencí, dalších 17 respondentů (20%) uvedlo možnost, že plán oše. péče vyhodnocují při propouštění pacienta, 12 respondentů (15%) označilo, že plán oše. péče vyhodnocují při předávání služeb a zbylí 4 respondenti (5%) uvedlo jinou variantu.

Graf 17 Stanovení příznakových projevů u rizikové ošetrovatelské diagnózy



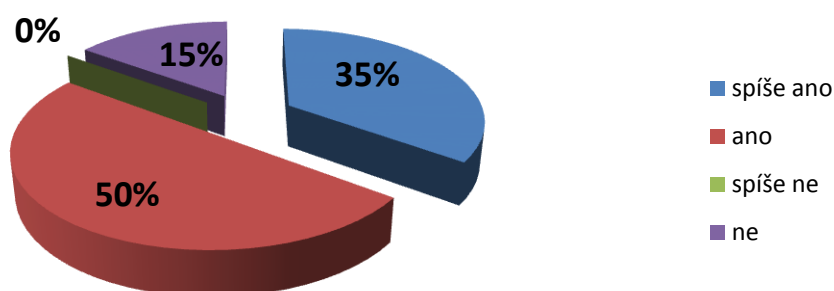
Z celkového počtu 83 respondentů (100%) odpovědělo 66 respondentů (80%), že u rizikových diagnóz nestanovují příznakové projevy a zbylých 17 respondentů (20%) uvedlo, že u rizikových oše. diagnóz stanovují příznakové projevy.

Graf 18 Znalost zkratky PES



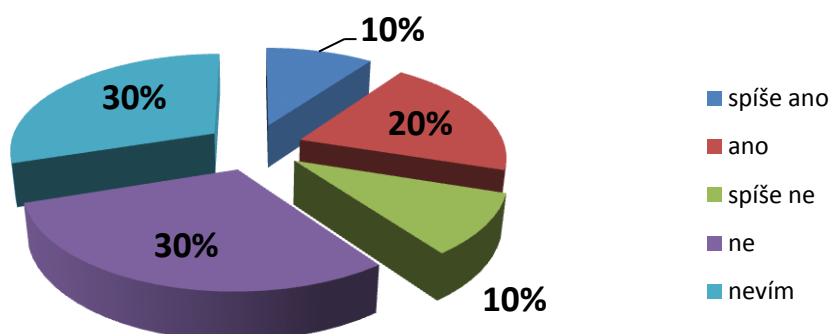
Z celkového počtu 83 respondentů (100%) odpovědělo 71 respondentů (85%), že zkratku PES neznají a zbylých 12 respondentů (15%) zkratku PES znají.

Graf 19 Rizikové diagnózy



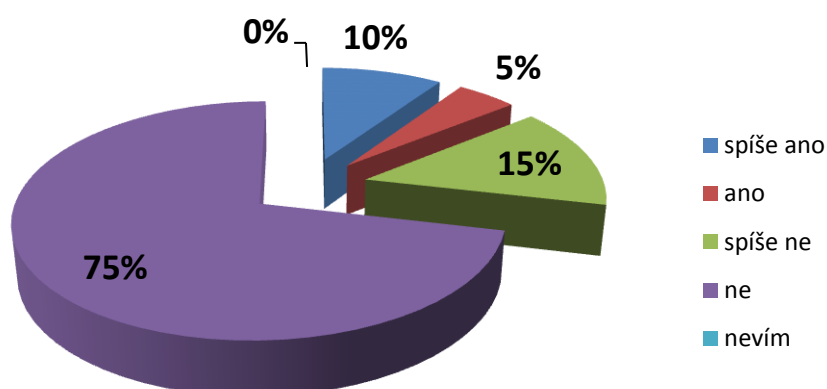
Z celkového počtu 83 respondentů (100%) odpovědělo 52 respondentů (50%), že stanovují rizikové diagnózy, dalších 29 respondentů (35%) uvedlo, že rizikové diagnózy spíše stanovují a posledních 12 respondentů (15%) uvedlo, že rizikové diagnózy nestanovují.

Graf 20 Identifikace pacientova ošetrovatelského problému.



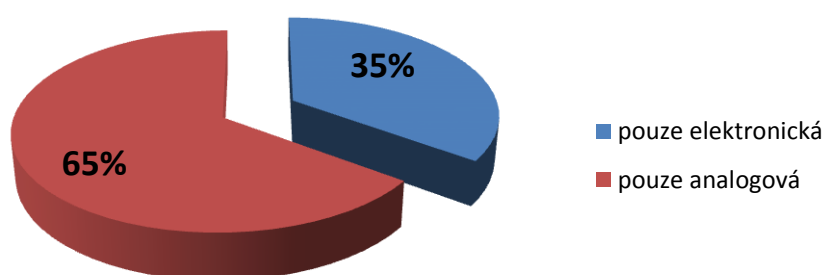
Z celkového počtu 83 respondentů (100%) odpovědělo 25 respondentů (30%), že jim diagnózy nepomáhají v lepší identifikaci pacientových oše. problémů. Dalších 25 respondentů (30%) neví, zda jim diagnózy napomáhají v lepší identifikaci pacientových oše. problémů, dalších 17 respondentů (20%) odpovědělo, že jim diagnózy pomáhají v lepší identifikaci pacientových oše problémů, 8 respondentů (10%) uvedlo, že jim diagnózy spíše pomáhají k lepší identifikaci oše. problému a posledních 8 respondentů (10%) odpovědělo, že jim diagnózy spíše nepomáhají v lepší identifikaci oše. problémů.

Graf 21 Lepší komunikace díky ošetřovatelským diagnózám



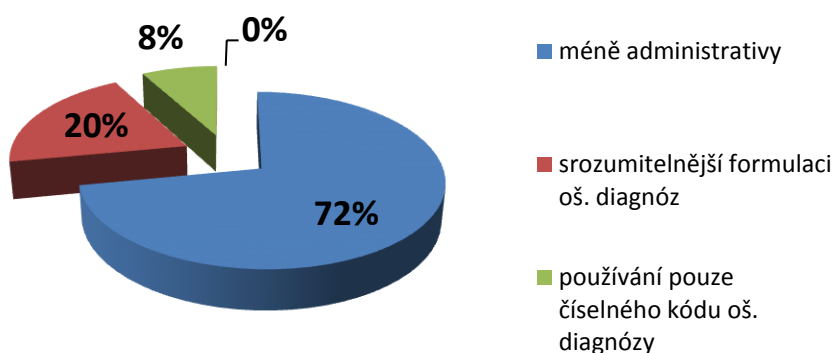
Z celkového počtu 83 respondentů (100%) odpovědělo 59 respondentů (75%), že jim oše. diagnózy neusnadňují komunikaci v předávání informací, ostatním členům zdravotnického týmu, 12 respondentů (15%) uvedlo, že jim oše. diagnózy spíše neusnadňují komunikaci, dalších 8 respondentů (10%) neví, zda jim oše. diagnózy usnadňují komunikaci a zbylí 4 respondenti (5%) uvedli, že jim oše. diagnózy usnadňují komunikaci s ostatními členy zdravotnického týmu.

Graf 22 Forma zpracování ošetřovatelských diagnóz



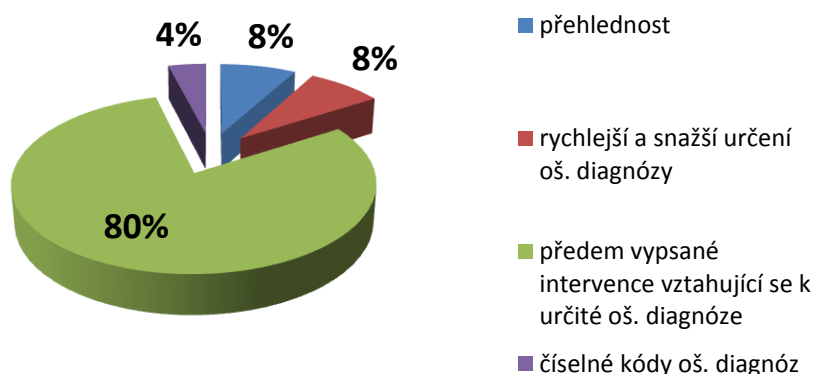
Z celkového počtu 83 respondentů (100%) odpovědělo 54 respondentů (65%), že by jim vyhovovala jen analogová forma zpracování oše. diagnóz a zbylých 29 respondentů (35%) by dalo přednost jen elektronické formě zpracování.

Graf 23 Změna v používání oše. diagnóz



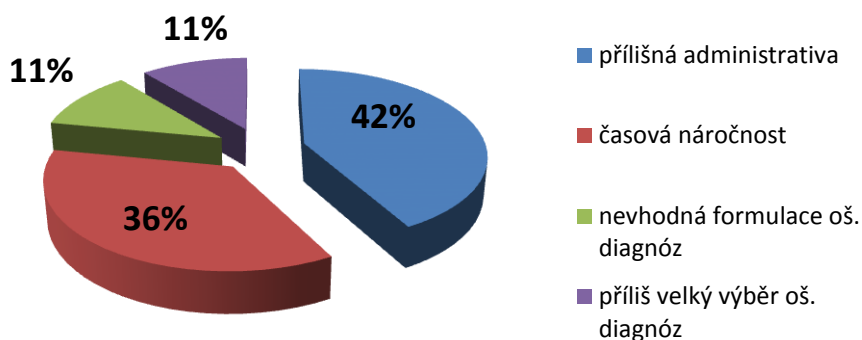
Z celkového počtu 83 respondentů (100%) odpovědělo 60 respondentů (72%), že by uvítali méně administrativy, 16 respondentů (20%) by byli pro srozumitelnější formulaci oše. diagnóz a posledních 7 respondentů (8%) by uvítalo používání pouze číselného kódu oše. diagnózy.

Graf 24 Pozitiva ošetřovatelských diagnóz



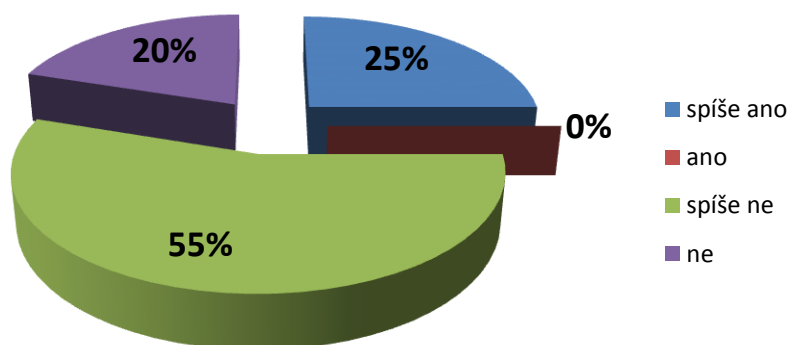
Z celkového počtu 83 respondentů (100%) odpovědělo 66 respondentů (80%) předem vypsané intervence vztahující se k určité oše. diagnóze, dalších 7 respondentů (8%) označilo rychlejší a snažší určení oše. diagnózy, 7 respondentů (8%) by za pozitivní vidělo přehlednost a poslední 3 respondenti (4%) by označili za výhodné číselné kódy oše. diagnóz.

Graf 25 Negativa ošetrovatelských diagnóz



Z celkového počtu 83 respondentů (100%) odpovědělo 35 respondentů (42%) za největší negativum vidí přílišnou administrativu, dalších 30 respondentů (36%) označilo časovou náročnost, 9 respondentů (11%) uvedlo za největší negativum příliš velký výběr oše. diagnóz a posledních 9 respondentů (11%) uvedlo nevhodnou formulaci oše. diagnóz.

Graf 26 Vyhovující forma zpracování ošetrovatelských diagnóz



Z celkového počtu 83 respondentů (100%) odpovědělo 46 respondentů (55%) spíše za nevyhovující formu zpracování, dalších 20 respondentů (25%) označilo odpověď spíše ano, posledních 17 respondentů (20%) uvedlo, že jim forma zpracování nevyhovuje.

5. Diskuze

Tématem bakalářské práce je „Používání společného ošetřovatelského jazyka.“ Oblast řešení této problematiky je velmi široká. Zahrnuje například NANDA klasifikace, NANDA domény, ošetřovatelský proces a ošetřovatelskou dokumentaci.

Ošetřovatelský jazyk představuje standardní terminologii sester. Používá se také při stanovování ošetřovatelských diagnóz. „Ošetřovatelská diagnóza vyjadřuje odpověď jednotlivce na chorobný proces, stav či situaci, kterou sestra identifikovala na základě zhodnocení jeho zdravotního stavu a kterou může v rámci svých profesionálních kompetencí řešit.“ (4, s.66) Jak zmiňuje Tóthová, ošetřovatelská diagnóza se mění tak, jak se mění odpověď jednotlivce na chorobný proces. Dle provedeného výzkumu většina dotazovaných sester zpracovává ošetřovatelské diagnózy analogovou formou (95%). Zbylých 5% využívá kombinaci elektronické a analogové formy. Pouze elektronickou formu nevyužívá nikdo z dotázaných (graf 10), což mohu potvrdit i ze své praxe. Je to dáno z důvodu legislativní úpravy dle Zákona č. 98/2012 Sb. *O zdravotnické dokumentaci*. 75% z dotázaných sester nevyhovuje stávající systém formy zpracování ošetřovatelských diagnóz (tj. kombinace elektronické a analogové - graf 26) a většina (65%) preferuje pouze formu analogovou (graf 22). Hlavní důvod tohoto požadavku vidím především v nedůvěře sester ve spolupráci s počítačem a nejistotě práce s ním.

Ošetřovatelské diagnóza by měla pomáhat identifikovat pacientův ošetřovatelský problém a zároveň pomáhat „identifikovat zaměření ošetřovatelských činností“ (4, s. 68). Avšak 40% dotázaných sester odpovědělo, že jim ošetřovatelské diagnózy nepomáhají v lepší identifikaci pacientových ošetřovatelských problémů. 30% dotázaných neví, zda jim ošetřovatelské diagnózy napomáhají a pouze 30% respondentů vidí přínos ošetřovatelských diagnóz při identifikaci pacientových ošetřovatelských problémů (graf 20). Negativa dotázané sestry spatřují především v přílišné administrativě (42%), časové náročnosti (36%), nevhodné formulaci ošetřovatelských diagnóz (11%) a příliš širokém výběru ošetřovatelských diagnóz (graf 25). Existuje 172 ošetřovatelských diagnóz se svým standardním kódem

(14, s. 29). Paradoxem je, že všechny dotázané sestry stanovují u jednoho pacienta pouze 1 – 3 ošetrovatelské diagnózy (graf 11). Nejčastěji se jedná o ošetrovatelskou diagnózu „riziko infekce“ (45%), poté následuje „akutní bolest“ (30%), riziko pádu (11%), riziko dehydratace (8%), riziko zácpy (3%) a sociální izolace (3%) (graf 12). Důvod v používání malého počtu ošetrovatelských diagnóz vidím i v nabývající administrativě při stanovení každé nové diagnózy, což koresponduje také výsledkem další dotazníkové otázky „Jakou změnu by jste uvítala v používání ošetrovatelských diagnóz?“ Zde téměř tři třetiny (72%) dotazovaných sester by uvítaly méně administrativy, dalších 20% respondentů by ocenily srozumitelnější formulaci ošetrovatelských diagnóz a 8% by bylo pro používání pouze číselného kódu ošetrovatelské diagnózy (graf 23).

Tóthová mezi pozitiva ošetrovatelských diagnóz řadí též sestavení odpovídajícího plánu péče, díky čemuž je zajištěno, že ošetrovatelská péče bude cílena a koordinovaná na konkrétního pacienta (4, s. 68). S tímto souhlasí i 80% dotazovaných sester, které vidí pozitivum ošetrovatelských diagnóz především v předem vypsáních intervencí vztahujících se k určité ošetrovatelské diagnóze. Zbytek dotazovaných sester spatřuje další pozitiva v přehlednosti, číselném kódování a rychlejším a snazším určení ošetrovatelské diagnózy (graf 24).

Další pozitivum ošetrovatelských diagnóz, které Tóthová zmiňuje, je ulehčení komunikace mezi sestrami a ostatními členy zdravotnického týmu a jednak mezi sestrami a pacienty (4, s. 67). Toto, ale nepotvrzuje námi provedené dotazníkové šetření, ve kterém 85% dotazovaných sester uvedlo, že jim ošetrovatelské diagnózy neusnadňují komunikaci v předávaných informacích ostatním členům zdravotnického týmu. Pouze pro 15% dotazovaných sester jsou ošetrovatelské diagnózy přínosem v komunikaci (graf 21).

Z výše uvedených výsledků lze říci, že sestry pozitivně hodnotí ošetrovatelské diagnózy především v předem předepsaných intervencích vztahujících se k určité ošetrovatelské diagnóze. V námi provedeném dotazníkovém výzkumu však negativa značně převýšila pozitiva používání ošetrovatelských diagnóz. Dotazované sestry spatřují negativa v přílišné administrativě, časové náročnosti, nevhodné formulaci

ošetřovatelských diagnóz a příliš širokém výběru ošetřovatelských diagnóz. Alarmující také je, že ošetřovatelské diagnózy by měly usnadnit komunikaci mezi sestrami a ostatními členy zdravotnického týmu a jednak mezi sestrami a pacienty, ale dle dotazovaných to v praxi takto bohužel nefunguje. Na základě uvedených výsledků lze konstatovat, že *výzkumná otázka 1: Požadují sestry zjednodušení práce s ošetřovatelskými diagnózami* se potvrdila.

NANDA taxonomie II je profesionální organizace sester pro standardizaci sesterské terminologie. Vychází z funkčních vzorců Marion Gordonové. Obsahuje 13 diagnostických domén, 47 tříd a 172 diagnóz. 70% dotazovaných sester zná NANDA taxonomii II. 30% sester odpovědělo, že NANDA taxonomii II neznají, což může být způsobeno tím, že sice znají ošetřovatelské diagnózy, ale neví, že spadají pod NANDA taxonomii II (graf 7).

Jak už bylo zmíněno, ošetřovatelské diagnózy by měly ulehčit komunikaci mezi sestrami a zdravotnickým personálem a sestrami a pacienty. 80% dotazovaných sester si nepředávají ošetřovatelské diagnózy pacientů při předávání služeb. Zbýlých 20% dotazovaných sester si ošetřovatelské diagnózy pacientů při předávání služeb sděluje (graf 14). Dle výsledků dotazníkového šetření nejsou ošetřovatelské diagnózy přikládány do překladových zpráv (graf 15). Z praxe mohu říci, že opravdu ošetřovatelské diagnózy se do překladových a propouštěcích zpráv příliš nevypisují. Avšak myslím si, že by se měly uvádět, protože je to podstatná část informací o průběhu hospitalizace pacienta.

Ošetřovatelské diagnózy jsou součástí ošetřovatelského plánu. Tento písemný plán vychází z potřeb pacienta, obsahuje ošetřovatelské diagnózy, stanovené cíle, výsledná kritéria, ošetřovatelské intervence a vyhodnocení. Podává systematické informace o zdravotním stavu pacienta v logickém celku. Měl by se začít psát hned po příjmu pacienta do zdravotnického zařízení. Během hospitalizace je nutné plán stále aktualizovat a upřesňovat dle aktuálních změn stavu pacienta a vyhodnocování dosažených cílů (4, s. 103). Ošetřovatelský plán je vyhodnocován v individuálních časových intervalech. Z našeho dotazníkového šetření vyplývá, že 60% dotazovaných sester vyhodnocuje ošetřovatelský plán dle stanovených intervencí, 20% dotazovaných

sester při propouštění pacienta, 15% dotazovaných sester při předávání služby a zbylých dotazovaných sester 5% v jiných intervalech.

Z výše uvedených výsledků vyplývá, že ačkoliv ošetrovatelské diagnózy nejsou vždy dotazovanými sestrami kladně hodnoceny, sestry ošetrovatelské diagnózy používají při své práci, rozumí jim a dovedou je sestavit. Proto lze říci, že je považují za společný ošetrovatelský jazyk. Tímto se potvrzuje *výzkumná otázka 2: považují sestry ošetrovatelské diagnózy za společný ošetrovatelský jazyk?*

Téměř polovina dotazovaných sester (48%) se s ošetrovatelskými diagnózami poprvé setkala během studia na střední zdravotnické škole. Další respondenti se s nimi poprvé setkali během zaměstnání (24%), během studia na vysoké škole (12%), na konferenci (12%) a zbylé 4% respondentů na speciálním semináři (graf 8). Z tohoto grafu je patrné, že sestry se především s ošetrovatelskými diagnózami setkaly během svého studia. Pro 40% sester je nejvyšším dosaženým vzděláním vzdělání středoškolské, pro 35% vysokoškolské, pro 15% vyšší odborné a pro 10% jiné.

Polovina z dotazovaných sester (50%) stanovuje rizikové diagnózy (graf 19), které představují „potenciální problém, který je potvrzen přítomností rizikových faktorů. Rizikové diagnózy nemají definující charakteristiky. Rizikové ošetrovatelské diagnózy mají názvy, definici a související faktory (4, s. 85). Jak vyplývá z uvedené definice charakteristické pro rizikové diagnózy je, že se nestanovují příznakové projevy, což 20% z dotazovaných sester neví a u rizikových ošetrovatelských diagnóz stanovují příznakové projevy. 80% respondentů je s touto skutečností seznámeno (graf 17).

Rizikové ošetrovatelské diagnózy jsou dvousložkové. Existuje také tříložková ošetrovatelská diagnóza PES (problém, etiologie, symptomy). Užívání PES systému vyžaduje uvedení problému (první složka), uvedení etiologie – vyvolávající nebo související faktory (druhá složka) a uvedení znaků a příznaků, které dokazují, že diagnóza je aktuální (třetí složka). Tuto zkratku tříložkové ošetrovatelské diagnózy PES nezná 85% dotazovaných sester a zná jí pouze 12% zbylých respondentů (graf 18). Tento výsledek byl pro mě velmi zarážející, přepokládala jsem, že když sestry používají ošetrovatelské diagnózy a prošly zdravotnickým vzděláním, tak nemají jenom jejich

povrchovou znalost. Osobně jsem se s tímto pojmem velice často setkávala na střední i na vysoké škole.

Z uvedených údajů plyne, že sestry mají znalost ošetřovatelských diagnóz a ošetřovatelských rizikových diagnóz. Přesto především u rizikových ošetřovatelských diagnóz nejdou tyto znalosti do hloubky a informovanost o zkratce PES je minimální. Na základě těchto údajů nelze potvrdit ani vyvrátit *výzkumnou otázku 3: Sestry mají dostatek informací o používání ošetřovatelských diagnóz.*

Všechny dotazované sestry (100%) používají ošetřovatelské diagnózy při výkonu svého povolání (graf 9). Ošetřovatelské diagnózy jsou stanovovány při příjmu pacienta. Dokumenty týkající se příjmu pacienta 85% sester zpracovává ihned při příjmu, 10% dotazovaných sester do jedné hodiny od příjmu a zbylých 5% do tří hodin od příjmu pacienta (graf 6).

Z celkově uvedených zjištěných výsledků je patrné, že sestry využívají ošetřovatelské diagnózy při výkonu svého zaměstnání. Jejich pozitivum vidí především v předem vypsáních intervencích vztahujících se k určité ošetřovatelské diagnóze. Přesto většina sester je považuje za příliš administrativně náročné. Ze 172 ošetřovatelských diagnóz využívají průměrně 1 – 3 diagnózy na jednoho pacienta. U některých sester je zarážející nedostatek jejich hlubších znalostí o ošetřovatelských diagnózách, se kterými se při své práci každodenně setkávají. U tohoto lze zmínit, že sestry s ošetřovatelskými diagnózami pracovat musí bez ohledu na své ucelené znalosti. I z tohoto důvodu je důležité celoživotní vzdělávání sester. Na tomto základě lze potvrdit *výzkumnou otázku 4: pracují sestry s ošetřovatelskými diagnózami?*

6. Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku používání společného ošetrovatelského jazyka. V bakalářské práci byly stanoveny tři cíle a čtyři výzkumné otázky.

Prvním cílem bylo zjistit požadavky sester na používání ošetrovatelských diagnóz. S tímto cílem souvisí výzkumná otázka 1: „Požadují sestry zjednodušení práce s ošetrovatelskými diagnózami“, která se potvrdila. Z dotazníkového šetření vyplývá především požadavek na zjednodušení administrativy.

Druhý cíl měl zjistit informovanost sester o používání ošetrovatelských diagnóz. K tomuto cíli se vztahuje výzkumná otázka 2: „Považují sestry ošetrovatelské diagnózy za společný ošetrovatelský jazyk?“ I když ošetrovatelské diagnózy nejsou sestrami vždy kladně hodnoceny, přesto se s nimi umí dorozumět mezi sebou a tímto se potvrzuje druhá hypotéza. Další otázkou vztahující se k druhému cíli je výzkumná otázka 3: „Mají sestry dostatek informací o používání ošetrovatelských diagnóz?“ Tato výzkumná otázka nelze potvrdit ani vyvrátit, sestry sice mají informace o používání ošetrovatelských diagnóz, ale ty v některých případech nejsou dostačující.

Třetím a posledním cílem bylo zjistit, zda sestry pracují s ošetrovatelskými diagnózami. S tímto cílem souvisí výzkumná otázka 4: „pracují sestry s ošetrovatelskými diagnózami“, která byla na základě celkových výsledků výzkumu potvrzena.

V průběhu vypracování bakalářské práce jsem se setkala s několika problémy souvisejícími se zkoumanou oblastí. Především se jedná o stále se opakující stížnosti sester na přílišnou administrativu. Tento problém mohu potvrdit i z vlastní osobní zkušenosti. Z velké části se jedná o problém celkového nastavení systému ve zdravotnictví, ale domnívám se, že část je zapříčiněna i nedostatečnými počítačovými dovednostmi samotných sester. Další problém shledávám také u neúplných informací o ošetrovatelských diagnózách u některých sester.

Výsledky a poznatky své bakalářské práce bych ráda nabídla k prezentaci na semináři zaměřeném na ošetrovatelské diagnózy. Tato práce by také mohla sloužit jako impuls pro vedení nemocnice, aby sestrám zajistilo semináře týkající se této

problematiky. V neposlední řadě by bylo také přínosné zajistit sestřám odpovídající počítačový kurz.

7. Seznam použitých zdrojů

1. STAŇKOVÁ, Marta. *Koncepce českého ošetrovatelství základní terminologie*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. .ISBN 80-7013-263-9.
2. FARKAŠOVÁ, Dana, a kol. *Ošetrovatelství - teorie*. Vyd. 1. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
3. ROZSYPALOVÁ, Marie, a kol. *Ošetrovatelství II*. Vyd. 1. Praha: Informatorium, 2010. ISBN 978-8073-330-767.
4. TÓTHOVÁ, Valerie, a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-286-1.
5. STAŇKOVÁ, Marta. *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. ISBN 80-7013-282-5.
6. STAŇKOVÁ, Marta. *Jak provádět ošetrovatelský proces*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-283-3.
7. TRACHTOVÁ, Eva, a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2006. ISBN 80-7013-324-4.
8. POCHYLÁ, Karla. *Koncepce českého ošetrovatelství základní terminologie*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-420-8.

9. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a ZOUHAROVÁ, Alena. *Nové ošetrovateľské diagnózy*. In: *Sestra*, roč. 11, č. 11, s. 19, 20. ISSN: 1210-0404.
10. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménach*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
11. MAREČKOVÁ, Jana, JAROŠOVÁ, Darja. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovateľského procesu*. Vyd. 1. Ostrava: Universitas Ostraviensis, 2005. ISBN 80-7368-058-0.
12. OTÁSKOVÁ, Jiřina. *Praktické využití ošetrovateľských diagnóz v NANDA doménach*. Vyd. 1. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 2007.
13. VÖRÖSOVÁ, Gabriela, a kol. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminologie v ošetrovatelstve*. Vyd. 1. Osveta: Martin, 2007. ISBN 978-80-8063-242-7.
14. MAREČKOVÁ, Jana. *NANDA - International diagnostika v ošetrovateľském procese, NIC a NOC klasifikace*. Vyd. 1. Ostrava: Universitas Ostraviensis, 2006. ISBN 80-7368-109-9.
15. MAREČKOVÁ, Jana. *Aliance NNN a problémy ošetrovateľské diagnostiky*. Vyd. 1. Nitra: Univerzita Konstantina Filozofa, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 2005. ISBN 80-8050-886-0.
16. ZELENÍKOVÁ, Renáta, ŽIAKOVÁ, Katarína. *Prehľad modelov validizácie ošetrovateľských diagnóz, teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve a v porodnej asistenci*. Vyd. 1. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-88866-61-9.

17. JAROŠOVÁ, Darja. *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*. Vyd. 1. Ostrava: Universitas Ostraviensis, 2002. ISBN 80-7042-339-0.
18. MÁDLOVÁ, Ivana, ZVONÍČKOVÁ, Marie. *Formulování ošetrovatelských diagnóz a používání klasifikace NANDA jako praktický problém*. In *Sestra*, 2001, roč. 11, č. 7/8, s. 25, 27. ISSN: 1210-0404.
19. KOLEKTIV AUTORŮ. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0278-9.
20. ZÁKON č. 372/2011 Sb. O péči o zdraví lidu v platném znění [online]. 2008-02-02/. Dostupné z WWW: <http://www.sbirka.cz/>
21. VONDRÁČEK, Lubomír, LUDVÍK, Miroslav, NOVÁKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0704-7.
22. VONDRÁČEK, Lubomír, LUDVÍK, Miroslav. *Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. ISBN 80-7013-388-0.
23. VONDRÁČEK, Lubomír, WIRTHOVÁ, Vlasta. *Právní minimum pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3132-2.
24. VAŠÁTKOVÁ, Ivana, a kol. *Ošetrovatelská dokumentace v nemocnici*. Vyd. 1. Brno: Institut pro vzdělání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-327-9.

25. ZÁKON č. 44/2013 Sb. O darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů platném znění [online]. 2008. In: /cit. 2008-02-02/. Dostupné z WWW: <http://www.sbirka.cz/>
26. VONDRÁČEK, Lubomír. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1198-2.
27. ZÁKON č.98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci v platném znění [online]. 2008. In:/cit. 2008-02-02/. Dostupné z WWW: <http://www.sbirka.cz/>
28. ZÁKON č. 2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod v platném znění [online]. 2008. In:/cit. 2008-02-02/. Dostupné z WWW: <http://www.sbirka.cz/>
29. ZÁKON č. 96/2001 Sb. Úmluva o lidských právech a biomedicíně v platném znění. [online]. 2008. In:/cit.2008-02-02/, Dostupné z WWW: <http://www.sbirka.cz/>
30. ZÁKON č. 40/2009 Sb. trestní zákon v platném znění [online]. 2008.In:/cit.2008-02-02/. Dostupné z WWW: <http://www.sbirka.cz/>

8. Klíčová slova

Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelské diagnózy

Sestra

Ošetrovatelská dokumentace

Zdravotnické zákony

9. Přílohy

Příloha 1 Výzkumný dotazník

Příloha 2 hodnocení vzniku dekubitů dle Northonové

Příloha 3 ošetrovatelská diagnóza – riziko pádu

Příloha 4 překladová zpráva

Příloha 5 Bartelův test

Příloha 6 ošetrovatelská anamnéza

Příloha 7 pacientovi souhlasy

Vážené kolegyně,

jmenuji se Lucie Klofáčová a studuji na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Všeobecná sestra. Velice ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je určen všeobecným sestram.

Dotazník je samozřejmě anonymní a bude použit pouze ve výzkumné části mé bakalářské práce na téma „ Používání společného ošetrovatelského jazyka“

Správnou odpověď prosím označte.

Předem Vám velice děkuji za ochotu.

1. Vaše pohlaví je?

- a) muž
- b) žena

2. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a) 1-3 roky
- b) 4-7 let
- c) 8-11 let
- d) 11 a více

3. Jaký je charakter vašeho zdravotnického pracoviště?

- a) interní
- b) chirurgický

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) SZŠ
- b) VOŠ
- c) VŠ – bakalářské
- d) VŠ – magisterské
- e) Jiné

5. S jakými ošetrovatelskými dokumentacemi pracujete na vašem oddělení (možno více odpovědí)?

- a) ošetrovatelská anamnéza
- b) Bartelův test základních všedních činností
- c) hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Nortonové
- d) riziko pádu
- e) pacientovi souhlasy s hospitalizací,určení osoby, které můžeme sdělovat informace o zdravotním stavu pacienta
- f) šatní lístek

- g) překladová zpráva, propouštěcí zpráva
- ch) záznam o hodnocení bolesti a plán péče o dekubity
- h) jiné.....

6. Kdy zpracováváte dokumentaci týkající se příjmu pacienta?

- a) hned při příjmu
- b) do 1 hodiny
- c) do 3 hodin
- d) během celého dne
- e) jinak.....

7. Znáte klasifikaci NANDA taxonomie II – ošetrovatelské diagnózy?

- a) ano
- b) ne

8. Kde jste se s ošetrovatelskými diagnózami setkala poprvé?

- a) během studia na střední zdravotnické škole
- b) během studia na vysoké škole
- c) během zaměstnání
- d) na speciálním semináři
- e) na konferenci
- f) jinde (prosím doplňte)

9. Pracuje se s ošetrovatelskými diagnózami na vašem oddělení?

- a) ano
- b) ne

10. Jakou formu používáte při zpracování ošetrovatelských diagnóz a ošetrovatelských dokumentací?

- a) elektronickou
- b) písemnou
- c) kombinace obou předešlých

11. Kolik průměrně stanovíte u jednoho pacienta ošetrovatelských diagnóz?

- a) 1-3
- b) 4-6
- c) 7-9
- d) Jiné.....

12. Jaká je nejčastěji užívaná ošetrovatelská diagnóza na vašem oddělení?

Prosím napište:

.....
.....

13. Jak sestavujete intervence u ošetrovatelských diagnóz?

- a) máme je předem předepsané
- b) individuálně dle potřeb konkrétního pacienta
- c) kombinace obou předešlých

14. Sdělujete si pravidelně při předávání služeb, také pacientovi ošetrovatelské diagnózy?

- a) spíše ano
- b) ano
- c) spíše ne
- d) ne

15. Píšete do pacientovo překladové zprávy také jeho ošetrovatelské diagnózy?

- a) spíše ano
- b) ano
- c) spíše ne
- d) ne

16. Jak často vyhodnocujete plán ošetrovatelské péče (možno více odpovědí)?

- a) při předávání služeb
- b) při propuštění pacienta
- c) dle stanovených intervencí
- d) jinak.....

17. Stanovujete u rizikových ošetrovatelských diagnóz příznakové projevy?

- a) ano
- b) ne

18. Co podle Vás znamená zkratka PES?

Prosím napište:

.....
.....

19. Stanovujete u pacientů rizikové diagnózy?

- a) spíše ano
- b) ano
- c) spíše ne
- d) ne

20. Pomáhají Vám tyto diagnózy, lépe identifikovat pacientův ošetrovatelský problém?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

21. Usnadňují Vám komunikaci ošetrovatelské diagnózy, v předávání informací o pacientovi ostatním členům zdravotnického týmu?

- a) spíše ano
- b) ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

22. Jaká forma by Vám více vyhovovala při zpracování ošetrovatelských diagnóz a ošetrovatelských dokumentací?

- a) pouze elektronická
- b) pouze písemná

23. Jakou změnu byste uvítala v používání ošetrovatelských diagnóz (možno více odpovědí)?

- a) méně administrativy
- b) srozumitelnější formulaci ošetrovatelských diagnóz
- c) používání pouze číselného kódu ošetrovatelské diagnózy
- d) Jinou (prosím vypište)

24. Co byste na ošetrovatelských diagnózách označila za pozitivní?

- a) přehlednost
- b) rychlejší a snazší určení ošetrovatelské diagnózy
- c) předem vypsání intervence vztahující se k určité ošetrovatelské diagnóze
- d) číselné kódy ošetrovatelských diagnóz

25. Co by jste na ošetrovatelských diagnózách označila naopak za negativní?

- a) přílišnou administrativu
- b) časovou náročnost
- c) nevhodnou formulaci ošetrovatelské diagnózy
- d) příliš velký výběr ošetrovatelských diagnóz

26. Považujete formu zpracování ošetrovatelských diagnóz na vašem oddělení za vyhovující?

- a) spíše ano
- b) ano
- c) spíše ne
- d) ne

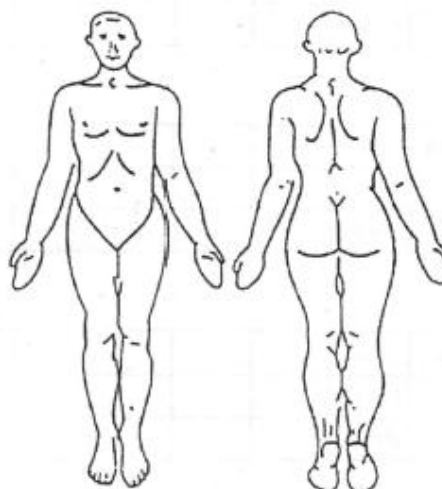
POLOHOVACÍ ZÁZNAM A HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITU

č.

Jméno:
(nalepit štítek)

Dekubity:
(stupeň zakreslit na příslušné místo červeneš)

- I. - zarudnutí, lokální zduření, bolest
- II. - tvorba puchýřků, poškození kůže a podkoží
- III. - hluboké poškození kůže
-nekróza
- IV. - dekubitální vřed



Přepřacovaná stupnice Nortonové										
Datum	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Stav Vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Body
	úplná 4	< 10 4	normální 4	žádné 4	dobrý 4	dobrý 4	chodí 4	úplná 4	není 4	
	malá 3	<30 3	alergie 3	DM, zvýš. teplota, anemie, kachexie 3	zhoršený 3	apatický 3	s doprovodem 3	Částečně omezená 3	občas 3	
	částečná 2	<60 2	vlhká 2	ucpání tepen, obezita 2	špatný 2	zmatený 2	seďačka 2	velmi omezená 2	přev. moč 2	
	žádná 1	<60 1	suchá 1	karcinom 1	velmi špatný 1	bezvědomí 1	leží 1	žádná 1	moč + stolice 1	
									Součet	
<i>Nebezpečí dekubitů vzniká při 25 bodech a méně</i>										
<i>Dle hodnocení je nebezpečí vzniku dekubitů</i>							<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>	NE

Nemocnice České Budějovice, a.s.

Přepracovaná stupnice Nortonové										
Datum	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Body
	úplná 4	<10 4	normální 4	žádné 4	dobrý 4	dobrý 4	chodí 4	úplná 4	není 4	
	malá 3	<30 3	alergie 3	DM, zvýš. teplota, anemie, kachexie 3	zhoršený 3	apatický 3	s doprovodem 3	částečně omezená 3	občas 3	
	částečná 2	<60 2	vlhká 2	ucpávání tepen, obezita 2	špatný 2	zmatený 2	sedáčka 2	velmi omezená 2	převážně 2	
	žádná 1	>60 1	suchá 1	karcinom 1	velmi špatný 1	bezvědomí 1	leží 1	žádná 1	moč + stolice 1	
									Součet	
Nebezpečí dekubitu vzniká při 25 bodech a méně										
Jmenovka a podpis sestry:										

standard č. 005

Datum:

Příloha č. 1

Zhodnocení rizika pádu u pacienta (součást ošetřovatelské anamnézy)

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza	
<input type="checkbox"/>	DDD (dezorientace, demence, deprese) 3 body
<input type="checkbox"/>	věk 65 let a více 2 body
<input type="checkbox"/>	pád v anamnéze 1 bod
<input type="checkbox"/>	pobyt v prvních 24 hodinách po přijetí nebo překladi na lůžkové odd. 1 bod
<input type="checkbox"/>	zrakový / sluchový problém 1 bod
<input type="checkbox"/>	Užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepresiva, antihypertensiva, laxantia) 1 bod
Vyšetření	
<input type="checkbox"/>	Soběstačnost
	- úplná 0 bodů
	- částečná 2 body
	- nesoběstačnost 3 body
<input type="checkbox"/>	Schopnost spolupráce
	- spolupracující 0 bodů
	- částečně spolupracující 1 bod
	- nespolečující 2 body
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)	
<input type="checkbox"/>	Míváte někdy závratě? 3 body
<input type="checkbox"/>	Máte v noci nucení na močení? 1 bod
<input type="checkbox"/>	Budíte se v noci a nemůžete usnout? 1 bod
Celkem	
0 - 4 body * bez rizika	5 - 13 bodů * střední riziko
	14 - 19 bodů * vysoké riziko
* zaškrtněte možnosti Jmenovka a podpis sestry:	

Udělej červený vykřičník
u jména na tabuli pacientů

standard č. 049

IDENTIFIKAČNÍ ŠTÍTEK

		datum							
		výška							
		váha							
		BMI							
1	Pacienta nelze změřit a zvažit - nevyplňovat 4, 5, 6.		2	2	2	2	2	2	2
2	Nelze od pacienta získat informace - nevyplňovat 4, 5, 6.		3	3	3	3	3	3	3
3	Věk	do 65 let	0	0	0	0	0	0	0
		nad 65 let	1	1	1	1	1	1	1
		nad 70 let	2	2	2	2	2	2	2
4	BMI	20 - 35	0	0	0	0	0	0	0
		18 - 20, nad 35	1	1	1	1	1	1	1
		pod 18	2	2	2	2	2	2	2
5	Ztráta hmotnosti nechtěná	žádná	0	0	0	0	0	0	0
		více než 3 kg za 3 měsíce (volně šaty)	1	1	1	1	1	1	1
		více než 6 kg za 3 měsíce	2	2	2	2	2	2	2
6	Množství jídla za poslední měsíc	beze změn	0	0	0	0	0	0	0
		poloviční porce	1	1	1	1	1	1	1
		občas neji	2	2	2	2	2	2	2
7	Projevy nemoci	žádné	0	0	0	0	0	0	0
		bolesti břicha, nechutenství	1	1	1	1	1	1	1
		zvracení, průjem nad 6x/den	2	2	2	2	2	2	2
8	Faktor stresu	žádný	0	0	0	0	0	0	0
		střední	1	1	1	1	1	1	1
		vyšoký	2	2	2	2	2	2	2
Součet bodů (INDEX)									
Podpis a razítko sestry:									
Záznam nutričního terapeuta:									

OŠETŘOVATELSKÁ PŘEKLADOVÁ PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVA
Nemocnice České Budějovice, a. s.

Jméno, příjmení Rodné číslo	Nalepit štítek			
Hospitalizace na odd.		od		datum překladu
Pac. byl o překladu informován	ano* <input type="checkbox"/>	ne* <input type="checkbox"/>		
Schopen sebeobsluhy	schopen* <input type="checkbox"/>	s pomocí* <input type="checkbox"/>	neschopen* <input type="checkbox"/>	
Úroveň kontaktu	dobrá* <input type="checkbox"/>	obtížná* <input type="checkbox"/>	neklid* <input type="checkbox"/>	
Pohyblivost	chodící* <input type="checkbox"/>	s pomocí* <input type="checkbox"/>	ležící* <input type="checkbox"/>	
Příjem potravy	sám* <input type="checkbox"/>	s pomocí* <input type="checkbox"/>	dieta č.	<input type="text"/>
	krměn* <input type="checkbox"/>	sonda* <input type="checkbox"/>		
Vyprazdňování	kontinentní* <input type="checkbox"/>	inkontinentní* <input type="checkbox"/>		
Permanentní katetr	zaveden dne		stolice dne	<input type="text"/>
Fyziologické hodnoty při překladu	tlak <input type="text"/>	puls* <input type="text"/>	teplota <input type="text"/>	
Stav pokožky (dekubity)	ne* <input type="checkbox"/>	ano* <input type="checkbox"/>	stupeň	<input type="text"/>
Důležité převazy (oper. rány, běrc. vředy, dekubity apod.)	naposledy dne poslední medikace při převazu			
Poslední provedená ordinace (ATB, insulin, časované léky)				
Alergická reakce (např. náplast, léky, denzinf. prostředky)				
I. v. kanyla, žal. sonda	zavedena dne			
Sociální šetření	ano* <input type="checkbox"/>	ne* <input type="checkbox"/>		
Zvláštní upozornění				
Datum		Podpis sestry		

* Odpovědi ANO, NE označujte křížkem

Nemocnice České Budějovice, a.s.

Jméno, příjmení:
Rodné číslo:
Oddělení

Nemocnice České Budějovice, a.s.

č.00155	Oš.diagnóza *Riziko pádů		
	Standard oš.péče č. 004 Péče o neklidné nemocné		
	Standard oš.péče č. 014 Péče o staré a dlouhodobě nemocné		
	Standard oš.péče č. 033 Rehabilitační ošetřovatelství		
	Standard oš.péče č. 034 Hodnocení soběstačnosti a kategorizace nemocného		
	*Standard oš.péče č.		
Stanovil dne: Podpis:	v souvislosti s: *vysokým věkem *sníženou pohyblivostí *poruchou rovnováhy *zhoršeným zrakem *jiné.....	ošetřovatelský cíl: * nemocný není zraněn v důsledku pádu v prostředí *nemocný zná potenciální rizika *nemocný umí používat kompenzační pomůcky *jiné.....	intervence: *odstraň z dosahu všechny potenciálně nebezpečné předměty *zajisti LTV na suché podlaze *upozorni na možnost používání madel *zajisti přiměřenou výšku lůžka a doplň ho o potřebná pomocná zařízení (hrazda, žebříček,...) *jiné.....
Datum	Hodnocení oš. plánu		Podpis:

Příloha .

Barthelův test základních všedních činností.

činnost	provedení činnosti	bodové skóre	datum hodnocení	
			při přijetí	při propuštění
1. najedení napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0		
5. kontinence moči	plně kontinentní občas kontinentní inkontinentní	10 5 0		
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas kontinentní inkontinentní	10 5 0		
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
8. přesun na lůžko - židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět	10 5 0		
9. chůze po rovině	samostatně nad 50m s pomocí 50m na vozíku 50m neprovede	15 10 5 0		
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
celkové hodnocení				

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech.

0 - 40 bodů vysoký stupeň závislosti
45 - 60 bodů střední stupeň závislosti
65 - 95 bodů lehký stupeň závislosti
100 bodů nezávislý

Vyšetření provedl (a):

.....

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Štítek se jménem pacienta:	Nemocný svým podpisem stvrzuje, že byl seznámen s:
	Právy pacientů: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	Domácím řádem: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	Cennosti uloženy v trezoru: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Ošetř.anam.odebrána od: Pacienta <input type="checkbox"/>	Datum: Podpis pacienta:
Rodinného přísl. <input type="checkbox"/> jiné.....	Ošetř.anam.sepsala (jmenovka+podpis):

1. Podpora zdraví	Sociální podmínky - bydlí:
Kouříte ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Sám ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> DD ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Drogy ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Partner/ka ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> DPS ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Sport aktivně ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	S rodiči ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Kontaktní osoba:	Manžel/ka ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	S dětmi ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Kontaktní osoba informována ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	

2. Výživa	Kožní turgor dobrý <input type="checkbox"/> snížený <input type="checkbox"/>
Dieta č. -	Kůže normální <input type="checkbox"/> změny <input type="checkbox"/>
Váha Výška BMI	jiné léze <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/>
Chut' k jídlu ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Sliznice: suché <input type="checkbox"/> vlhké <input type="checkbox"/>
Výživa: dostatečná <input type="checkbox"/> nedostatečná <input type="checkbox"/>	jiné <input type="checkbox"/> jaké
nadměrná <input type="checkbox"/> vegetarián <input type="checkbox"/>	Stupnice dle Northonové - součet bodů:
Nutriční screening: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Způsob přijímání potravy:
Výsledek - počet bodů:	ústy <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> krmen <input type="checkbox"/>
Nutriční terapeut volán: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Sonda NGS* <input type="checkbox"/> NJS* <input type="checkbox"/> PEG* <input type="checkbox"/> PEJ* <input type="checkbox"/>
Viz. standard č. 006	Výživa enterální <input type="checkbox"/> parenterální <input type="checkbox"/>
	Zubní protéza ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>

3. Vylučování a výměna	Způsob vyprazdňování
Močení bez potíží <input type="checkbox"/> katetr <input type="checkbox"/> jiné	sám <input type="checkbox"/> na lůžku <input type="checkbox"/> s pomocí WC <input type="checkbox"/>
Inkontinence ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	stomie ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Bolest při močení ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Inkontinence stolice ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Stolice pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/>	Bolest při vyprazdňování ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/>	Plyny ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Reprodukční činnost:	Klimakterium ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Menstruace začátek v letech	problémy
pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/>	Vaginální výtoky ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> jaké
Cyklus (dny) normální <input type="checkbox"/>	Problémy s prostatou ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
bolestivá <input type="checkbox"/> nebolestivá <input type="checkbox"/>	jaké
Antikoncepce ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> jaká	

4. Aktivita - Odpočinek	Sebepéče soběstačný ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Spánek kvalitní <input type="checkbox"/> narušený <input type="checkbox"/>	deficit při oblékání <input type="checkbox"/>
časté buzení <input type="checkbox"/> obtížné usínání <input type="checkbox"/>	při hygieně <input type="checkbox"/> při jídle <input type="checkbox"/>
léky na spaní <input type="checkbox"/> sp. návyky <input type="checkbox"/>	při vyprazdňování <input type="checkbox"/>

Pohyblivost	normální <input type="checkbox"/>	zhoršená <input type="checkbox"/>	Barthelův test - součet bodů:
	imobilita <input type="checkbox"/>	inv. vozík <input type="checkbox"/>	- viz standard č. 034
	berle, hůl <input type="checkbox"/>	konč. protéza <input type="checkbox"/>	Dýchání bez potíží <input type="checkbox"/>
	riziko pádů ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>		dušnost klidová <input type="checkbox"/> námahová <input type="checkbox"/>
Způsob hodnocení rizika- viz standard č. 049			TSK* <input type="checkbox"/> ETK* <input type="checkbox"/>

5. Vnímání - poznávání	Řeč plynulá <input type="checkbox"/> narušená <input type="checkbox"/>
Vědomí jasné <input type="checkbox"/>	němý <input type="checkbox"/> cizinec <input type="checkbox"/>
somnolence <input type="checkbox"/>	Poruchy zraku ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
sopor <input type="checkbox"/>	jaké
kóma <input type="checkbox"/>	brýle <input type="checkbox"/> čočky <input type="checkbox"/>
Orientován úplně <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/>	Poruchy sluchu ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Dezorientován osobou <input type="checkbox"/>	jaké
místem <input type="checkbox"/> časem <input type="checkbox"/>	naslouchadlo <input type="checkbox"/>

6. Vnímání sebe sama	Porušený tělesný obraz ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Nálada normal <input type="checkbox"/> smutná <input type="checkbox"/> veselá <input type="checkbox"/>	
bezmocnost <input type="checkbox"/> beznaděj <input type="checkbox"/>	

7. Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu	Chronický zármutek ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Strach, úzkost, smutek ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	

8. Bezpečnost - ochrana	Alergie ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Riziko dekubitů ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	- na potraviny, jaké
aspirace ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	- léky, jaké
sebepoškození ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	- jiné
infekce ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
TT v normě <input type="checkbox"/> zvýšená <input type="checkbox"/>	
horečka <input type="checkbox"/> podchlazení <input type="checkbox"/>	

9. Komfort	Nauzea ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Bolest ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Zvracení ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Akutní <input type="checkbox"/> Chronická <input type="checkbox"/>	
Stupnice 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Hodnocení bolesti - viz standard č. 041

* NGS nasogastrická sonda	* PEJ perkutánní endoskopická jejunostomie
* NJS nasojejunální sonda	* TSK tracheostomická kanyla
* PEG perkutánní endoskopická gastronomie	* ETK endotracheální kanyla

EDUKAČNÍ ZÁZNAM

Datum	Téma a průběh	Podpis sestry	Podpis pacienta

Jméno, příjmení:

Nemocnice České Budějovice, a.s.

Rodné číslo:

Oddělení:

č.00004	Oš.diagnóza *Riziko infekce		
	Standard oš.péče č. 005 Dekubity		
	Standard oš.péče č. 060 Dezinfekce a sterilizace		
	Standard oš.péče č. 062 Dezinfekce mytí rukou a dezinfekce pokožky		
	Standard oš.péče č. 063 Nozokomiální nákazy		
	*Standard oš.péče č.		
Stanovil dne:	Rizikové faktory:	ošetřovatelský cíl:	intervence:
Podpis:	*invazivní vstupy *operační výkon *nedostatek znalostí a informací jedince, jak zabránit vzniku infekce *trauma *destrukce tkáně a zvýšená expozice patogenům z okolí *ruptura plodových obalů *farmaceutické prostředky *malnutrice *nedostatečná získaná imunita *nozokomiální nákazy *chronické onemocnění *jiné.....	*nemocný chápe příčiny vzniku infekce * nemocný zná způsoby prevence, ví jak předcházet infekcím *jiné.....	*sleduj operační ránu/inv.vstupy *dodržuj aseptický postup při převazech *informuj nemocného o důležitosti mytí rukou *dodržuj pravidla bariérové péče *sleduj laboratorní výsledky signalizující zánětlivý proces *informuj nemocného o významu adekvátního příjmu tekutin, racionální výživy a vitamínů *podávej léky dle ordinace lékaře *sleduj vedlejší účinky léků *ošetřuj predilekční místa vzniku dekubitů *udržuj uzavřený drenážní systém pro uretrální katétr *chraň nemocného před nozokomiálními nákazami *jiné.....
Ukončil dne:			
Podpis:			
Datum	Hodnocení oš. plánu		Podpis:

Nemocnice České Budějovice, a.s.

PÍSEMNÝ SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ – pacient není schopen podepsat

Z těchto důvodů:

- u nemocného je postižení horních končetin (amputace, imobilizační obvaz, paréza, plegie, ...)
- jiný důvod (vypsat):

Pacient rozumí a souhlasí s obsahem písemného souhlasu a souhlas projevuje (např. kývnutím, stiskem ruky, jednotlivými slovy...) – vypsat

.....

Prohlášení svědka, který byl projevu souhlasu přítomen

Jméno, příjmení, (není-li svědek zaměstnancem Nemocnice České Budějovice, a.s., uveďte se také adresa a datum narození svědka):

Prohlašuji, že pacient přede mnou výše uvedeným způsobem projevil, že po poskytnutém poučení souhlasí s hospitalizací včetně všech jednotlivých výše uvedených prohlášení.

Datum, čas:

Podpis svědka:

Pacient není schopen vyjádřit souhlas z důvodů:

- u nemocného je porucha vědomí
- současný psychický stav nemocného to nedovoluje (demence, amence, delirium...)

Oddělení: _____

Stanice: _____

Pacient: Jméno, příjmení, číslo pojištění, pojišťovna (resp. štítek pacienta): _____

Souhlas s přijetím a s tím související poučení

Já, níže podepsaný(á)....., nar.:

potvrzuji, že mi je znám důvod mého přijetí do ústavního ošetřování na oddělení

a s přijetím vyjadřuji za plného vědomí svůj souhlas.

Byl(a) jsem seznámen(a) s právy a povinnostmi pacientů, domácím řádem, službami nemocnice a také s možností a způsobem, jakým můžu sdělit vedení nemocnice své připomínky.

Potvrzuji, že jsem byl při přijetí řádně a plně poučen o možnosti **odložení všech svých věcí**, které jsem měl při sobě.

Beru výslovně na vědomí, že místem určeným k odkládání věcí je úschovna těchto věcí na oddělení. Podle Provozního a Domácího řádu Nemocnice České Budějovice, a.s. neručí zdravotnické zařízení za doklady, vyšší částky peněz, vkladní knížky, platební karty, šeky, předměty z drahých kovů, radiopřijímače, televizory, přehrávače, mobilní telefony a jiné cenné věci, pokud si je nechám u sebe a nepředám je do úschovy a tím je neuložím na místo k tomu určené.

Beru na vědomí, že **částku vyšší než 200 Kč jsem povinen uložit do úschovy.**

Pokud si vyšší částku peněz ponechám, beru na sebe odpovědnost za její případnou ztrátu.

Dále potvrzuji, že jsem byl seznámen se **zákazem kouření** v uzavřených prostorách areálu Nemocnice České Budějovice, a.s. Jeho porušení může být v závislosti na mém zdravotním stavu důvodem k okamžitému ukončení hospitalizace či žádosti o zákrok policie. Zároveň jsem byl seznámen s možností využít služeb Centra pro léčbu závislosti na tabáku.

Doplnění dle přání pacienta/pacientky:

V Českých Budějovicích dne, hod.

Podpis pacienta (zákonného zástupce): _____

Identifikace a podpis zdravotnického pracovníka: _____

IDENTIFIKAČNÍ ŠTÍTEK

		datum							
		výška							
		váha							
		BMI							
1	Pacienta nelze změřit a zvážit - nevyplňovat 4, 5, 6,								
2	Nelze od pacienta získat informace - nevyplňovat 4, 5, 6,								
3	Věk	do 65 let	2	2	2	2	2	2	2
		nad 65 let	3	3	3	3	3	3	3
		nad 70 let	0	0	0	0	0	0	0
4	BMI	20 - 35	1	1	1	1	1	1	1
		18 - 20, nad 35	2	2	2	2	2	2	2
		pod 18	0	0	0	0	0	0	0
5	Ztráta hmotnosti	žádná	1	1	1	1	1	1	1
		nechtěná	2	2	2	2	2	2	2
		více než 3 kg za 3 měsíce (volně šaty)	0	0	0	0	0	0	0
		více než 6 kg za 3 měsíce	1	1	1	1	1	1	1
6	Množství jídla	beze změn	2	2	2	2	2	2	2
		poloviční porce	0	0	0	0	0	0	0
		občas neji	1	1	1	1	1	1	1
		žádné	2	2	2	2	2	2	2
7	Projevy nemoci	bolesti břicha, nechutenství	0	0	0	0	0	0	0
		zvracení, průjem nad 6x/den	1	1	1	1	1	1	1
		žádný	2	2	2	2	2	2	2
8	Faktor stresu	sřední: chronické on.	0	0	0	0	0	0	0
		vysoký: akutní onem.	1	1	1	1	1	1	1
		vyšší: plánované	1	1	1	1	1	1	1
		komu, Ca	2	2	2	2	2	2	2
Součet bodů (INDEX)									
Podpis a razítko sestry:									
0-3 body	4-8 bodů	nad 8 bodů							
bez intervence	oznámít lékaři	oznámít lékaři a							
Záznam nutričního terapeuta:		volat NT							
		kontrola							
		1x za 4-6							
		tydňů							