

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Pavla Krumpochová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Pavla Krumpochová

**Analýza ošetrovatelské dokumentace
na jednotce intenzivní péče interního oddělení
Nemocnice Valašské Meziříčí a.s. formou interního auditu**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc _____

podpis

Děkuji Mgr. Zdeňce Mikšové, Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce. Děkuji Mgr. Heleně Bařinkové za cenné rady při zpracování této bakalářské práce, sestřám z Nemocnice Valašské Meziříčí a.s. za jejich pomoc při realizaci průzkumného šetření a své rodině za podporu a trpělivost.

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce v ČJ:

Analýza ošetrovateľskej dokumentácie na jednotke intenzívnej starostlivosti interného oddelenia Nemocnice Valašské Meziříčí a.s. formou interného auditu

Název práce v AJ:

An analysis of nursing documentation in the intensive care department of internal hospital Valašské Meziříčí form of internal audit

Datum zadání práce: 2011-01-11

Datum odevzdání práce: 2011-04-30

Název vysoké školy: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetrovateľství

Autor práce: Krumpochová Pavla

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Oponent práce: dtto pole „Vedoucí práce“

Abstrakt v ČJ:

Tématem této bakalářské práce je obsahová analýza ošetrovateľskej dokumentácie vedené na jednotke intenzívnej starostlivosti. Cieľom analýzy je formou interného auditu zhodnotiť využitie ošetrovateľského plánu a vytvoriť jeho aktualizovanú verziu podľa najnovších poznatkov v ošetrovateľstve.

Abstrakt v AJ:

The theme of the thesis is the content analysis of nursing documentation used in the intensive care unit. The aim of the analysis is to evaluate the care plan by means of internal audit and to update the present version of the care plan in compliance with the latest knowledge of nursing.

Klíčová slova v ČJ:

ošetrovateľská dokumentácia, ošetrovateľská starostlivosť, intenzívna starostlivosť, ošetrovateľský plán

Klíčová slova v AJ:

nursing documentation, nursing care, intensive care, nursing care plan

Rozsah: 65 s., 4 příl.

OBSAH

ÚVOD	7
1. ZDRAVOTNICKÁ A OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE	9
1.1 ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE	9
1.2 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE	11
1.2.1 Interní audity ošetrovatelské péče	14
1.2.2 Ošetrovatelský proces	15
1.3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSTVÍ V INTENZIVNÍ PÉČI	18
1.3.1 Oddělení intenzivní péče	18
1.3.2 Potřeby pacienta v intenzivní péči	19
1.3.3 Ošetrovatelská dokumentace na JIP	21
2. PRAKTICKÁ ČÁST	23
2.1 CÍLE PRÁCE	23
2.2 METODIKA PRÁCE	23
2.2.1 Charakteristika zkoumaného souboru	23
2.2.2 Organizace výzkumného šetření	24
2.2.3 Metody výzkumného šetření	24
2.3 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	25
2.3.1 Identifikační a časové údaje.....	25
2.3.2 Dodržování požadavků legislativy a kritérií NVM a.s.....	30
2.3.3 Hodnocení kvality poskytované péče	33
2.3.4 Využití ošetrovatelských diagnóz u jednotlivých respondentů	36
2.3.5 Zhodnocení celkového využití ošetrovatelských diagnóz	38
2.3.6 Doplnění ošetrovatelských diagnóz.....	39
2.3.7 Prezentace aktualizovaného plánu ošetrovatelské péče pro oddělení intenzivní péče	41
3.DISKUZE	44

ZÁVĚR	50
LITERATURA A PRAMENY	51
SEZNAM ZKRATEK	54
SEZNAM TABULEK	55
SEZNAM GRAFŮ	56
SEZNAM PŘÍLOH	57

ÚVOD

Vedení ošetrovatelské dokumentace je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Kvalitně vedená dokumentace v intenzivní péči odráží náročnost ošetrovatelské péče na těchto odděleních. Sestry v současné době začínají opouštět roli pomocníků lékaře a stávají se více partnery a spolupracovníky. Kromě plnění ordinací lékaře se zaměřují na samostatné vedení ošetrovatelského procesu, diagnostikují ošetrovatelské problémy, vytvářejí a realizují plány péče. K úspěšnému zvládnutí těchto úkolů je zapotřebí vytvořit jednoduchou, ale přitom kvalitní a přehlednou ošetrovatelskou dokumentaci.

Cílem naší práce bylo analyzovat ošetrovatelskou dokumentaci vedenou na jednotce intenzivní péče interního oddělení v Nemocnici Valašské Meziříčí a.s. se zaměřením na dodržování požadavků legislativy, zhodnocení kvality poskytované péče a využití ošetrovatelského plánu. Součástí střednědobého plánu ošetrovatelské péče jsou předtištěné ošetrovatelské diagnózy používané v rámci celé nemocnice. Z důvodu vzniku nových diagnóz a specifikace potřeb pacientů v intenzivní péči vyvstala nutnost inovace této dokumentace.

K hlavním metodám používaným v naší práci patřilo studium literatury a zákonů České republiky, týkajících se ošetrovatelské dokumentace a provedení obsahové analýzy uzavřené dokumentace pacientů hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče interního oddělení Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.

K vyhledání zdrojů byla použita tato klíčová slova: ošetrovatelská dokumentace, ošetrovatelská péče, intenzivní péče, ošetrovatelský plán.

K rešerši odborných článků byla využita databáze BMČ – Medvik <http://www.nlk.cz>

V českém jazyce bylo za období 2006-2011 nalezeno 1091 zdrojů. Jiný jazyk zvolen nebyl. Z uvedeného počtu zdrojů bylo pro tvorbu bakalářské práce využito 34 zdrojů. Dalším zdrojem informací byly internetové stránky www.theses.cz

Tato práce je rozdělena do několika kapitol. V první kapitole se zabýváme obsahem a pravidly vedení zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace, elektronickou formou dokumentace, interními audity a pojmem ošetrovatelský proces. Dále zde nastiňujeme specifika ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče. V praktické části vytyčujeme cíle a metody práce, na něž navazuje podrobné zhodnocení výsledků

výzkumného šetření. V diskuzi porovnááme námi dosažené výsledky s výzkumnými šetřeními jiných autorů. V závěrečné části této práce jsme provedli celkové shrnutí výsledků šetření a navrhli jsme další možnosti řešení problematiky vedení ošetrovatelské dokumentace na jednotce intenzivní péče.

1 ZDRAVOTNICKÁ A OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

1.1 ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE

Zdravotnická dokumentace je soubor informací o pacientovi, který mapuje jeho zdravotní stav. Slouží jako pomůcka při léčbě a jako právní doklad. Musí být vedena průkazně, pravdivě a čitelně. Zdravotnická zařízení mají povinnost vést zdravotnickou dokumentaci v souladu s právními předpisy. Jak dále uvádí autorka Klánová (2009) zdravotnická dokumentace je soubor údajů, informací a obrazových materiálů o pacientovu zdravotním stavu a postupu zdravotnického zařízení při poskytování zdravotní péče. (Klánová, 2009, s. 12-13)

Problematika vedení zdravotnické dokumentace je upravena v zákoně č.20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, v platném znění. Další právní normou o zdravotnické dokumentaci je Vyhláška č.385/2006 Sb., která byla novelizována Vyhláškou č.64/2007 Sb. Podle zákona č.20/1966 Sb. jsou zdravotnická zařízení povinna vést takovou zdravotnickou dokumentaci, která obsahuje osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro identifikaci, zjištění anamnézy a informace o onemocnění, o průběhu a výsledku vyšetření, léčení a poskytování zdravotní péče. Údaje obsažené ve zdravotnické dokumentaci musí být vedeny v listinné nebo elektronické formě. (Tomek, 2007, s. 238-239) Práva a povinnosti při zpracování osobních údajů v souvislosti s poskytováním zdravotní péče se řídí zákonem č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Zdravotnická dokumentace je sbírkou převážně citlivých osobních údajů a proto je povinností zdravotnických zařízení dodržovat všechny požadavky tohoto zákona. (Polícar, 2010, s. 27)

Obsah zdravotnické dokumentace

Právní předpisy podrobně stanovují náležitosti, které musí zdravotnická dokumentace obsahovat vždy, i náležitosti, které musí obsahovat v určitých případech. Každá část zdravotnické dokumentace musí být opatřena identifikačními údaji zdravotnického zařízení (název, sídlo, identifikační číslo, název oddělení a telefonní číslo), pacienta i zdravotnického pracovníka. Pokud je součástí zdravotnické dokumentace komukoliv poskytována, musí být opatřena razítkem zdravotnického zařízení. K identifikaci pacienta je nutno uvádět jméno, příjmení, rodné číslo nebo datum narození (pokud mu nebylo rodné číslo přiděleno), místo trvalého pobytu, u

cizích státních příslušníků adresu jeho pobytu v České republice. Dále číslo pojištěnce a kód zdravotní pojišťovny. Každý zápis do zdravotnické dokumentace musí být opatřen datem, identifikací a podpisem toho, kdo zápis provedl. (Strnad, 2007, s. 109)

Zdravotnická dokumentace obsahuje informace o zdravotním stavu pacienta. Patří zde záznam o rozsahu poskytnuté nebo vyžádané péče, záznam o poskytnutí nebo předepsání léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků, záznamy o ošetrovatelské péči, popis a průběh ošetřování, záznam o provedeném očkování (včetně názvu očkovací látky, čísla šarže a data expirace), záznam o informovaném souhlasu pacienta, prohlášení o odmítnutí zdravotní péče pacientem, záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace a výsledky vyšetření. Záznamy do zdravotnické dokumentace je nutné provádět vždy bezodkladně, v případě změny zdravotního stavu pacienta je nutné záznam provést neprodleně. Informace o aktuálním vývoji zdravotního stavu se doplňují nejméně jednou za 24 hodin. (Strnad, 2007, s. 109)

Zacházení se zdravotnickou dokumentací

Vlastnictví zdravotnické dokumentace

Zdravotnická dokumentace není majetkem zdravotnického zařízení, patří pacientovi a její pořízení a péče o ni je hrazena zdravotním pojištěním. Zdravotnické zařízení má zdravotnickou dokumentaci pouze ve správě po dobu, kdy o pacienta pečuje. (Vyhl. č. 64/2007 Sb.)

Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Na základě zákona č.111/2007 Sb. (kterým se mění zákon č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů) mohou do zdravotnické dokumentace v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu nahlížet zdravotničtí pracovníci a jiní odborní pracovníci dle své kompetence, a proto k němu není zapotřebí souhlas pacienta. Naproti tomu u osob, připravujících se na výkon zdravotnického povolání je nutné vyžádat si k nahlížení do zdravotnické dokumentace písemný souhlas pacienta. (Vyhl. č. 64/2007 Sb.) Dle výše zmíněné novely zákona č. 111/2007 Sb. má pacient a osoby blízké právo nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo si vyžádat její kopii. Nahlížení je možné zpravidla po domluvě se zdravotníky a v jejich přítomnosti. Kopii dokumentace musí zdravotnické zařízení vyhotovit do 30 dnů ode dne, kdy o to

pacient požádá. Za výpisy a kopie je možno požadovat po pacientovi úhradu. (Klánová, 2009, s. 12-13)

Uchovávání a skartace zdravotnické dokumentace

Dobu archivace zdravotnické dokumentace a její vyřazení ve skartačním řízení upravuje zákon č.499/2004 Sb. o archivnictví a spisové službě. Této problematice se věnuje i Vyhláška č.64/2007 Sb. o zdravotnické dokumentaci. Zdravotnické zařízení odpovídá za uchovávání i skartaci zdravotnické dokumentace v takovém rozsahu, aby byl vyloučen neoprávněný či nahodilý přístup k údajům a jejich zneužití. Skartační plán rozděluje zdravotnickou dokumentaci do celkem 15 druhů a několika poddruhů. Pro každý druh je stanoven skartační znak i skartační lhůta doby uchování zdravotnické dokumentace. Skartační lhůta se začíná počítat od prvního ledna následujícího roku po dané události. Skartační lhůta zdravotnické dokumentace ústavní péče běží po dobu čtyřiceti let od poslední hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení nebo po dobu deseti let od úmrtí pacienta. Označuje se skartačním znakem „S“. (Vyhl. č. 64/2007 Sb.)

1.2 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

Ošetřovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace a zároveň je nedílnou součástí ošetřovatelského procesu. Pro vedení ošetřovatelské dokumentace je zásadní příloha č. 1 k Vyhlášce č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve které jsou uvedeny minimální obsahy samostatných částí zdravotnické dokumentace. Pod bodem 11 je zde uveden Standard „*Vedení ošetřovatelské dokumentace*“. (Tomek, 2007, s. 239) V tomto standardu je definována ošetřovatelská dokumentace jako: „...*systematické zaznamenávání plánované i neplánované ošetřovatelské péče poskytované klientovi/pacientovi všeobecnou sestrou a porodní asistentkou a ostatními členy ošetřovatelského týmu, kteří pod vedením kvalifikované sestry/porodní asistentky pracují.*“ (Vyhl. č.385/2006 Sb., příl. 1)

Z toho vyplývá, že ošetřovatelská dokumentace je souhrn všech písemných, grafických a jiných záznamů sestry, které souvisí s poskytováním ošetřovatelské péče. Zaznamenávají se zde údaje o zdravotním stavu, potřebách a problémech pacienta z ošetřovatelského hlediska. Sestra svým podpisem potvrzuje správnost údajů, ale i

výkon, který u pacienta provedla. Ošetrovatelská dokumentace je vedena u každého pacienta, používají se zde kódy a standardizované zkratky. Obsahuje osobní údaje pacienta v rozsahu nevyhnutelném pro jeho dostatečnou identifikaci a zjištění anamnézy. Slouží k dokumentaci poskytnuté ošetrovatelské péče a jako doklad pro vyúčtování zdravotnické péče. Dále je důležitá z hlediska bezpečnosti a ochrany pacientů i ošetrovatelského personálu. (Kilíková, 2009, s. 233)

Ošetrovatelská dokumentace by měla obsahovat tyto základní složky: vstupní zhodnocení zdravotního stavu pacienta, jehož součástí je ošetrovatelská anamnéza, fyzikální vyšetření sestrou a hodnotící měřicí techniky; ošetrovatelský plán; záznam vývoje stavu pacienta a překladovou/propouštěcí zprávu. Dle individuálních potřeb pacienta a zvyklostí oddělení lze použít další doplňující ošetrovatelskou dokumentaci. (Vyhl. č.385/2006 Sb., příl. 1) Aby byla ošetrovatelská dokumentace smysluplná, musí vyhovovat potřebám oddělení, být přehledná a dobře přístupná všem, kteří nemocnému ošetrovatelskou péči poskytují. (Mičudová, aj. 2006, s. 25)

Zásady vedení ošetrovatelské dokumentace

- Do ošetrovatelské dokumentace zaznamenává sestra všechny důležité události týkající se pacienta, nejen skutečnosti o zdravotním stavu.
- Dokumentace musí být vedena čitelně a pravdivě. Musí být průběžně doplňována.
- Může být vedena ve formě textové, grafické nebo audiovizuální.
- Za vedení a kvalitu ošetrovatelské dokumentace ve zdravotnickém zařízení odpovídá hlavní sestra, na oddělení vrchní sestra a na pracovišti staniční sestra.
- Za konkrétní záznam u pacienta odpovídá sestra, která záznam provedla.
- Každý záznam v ošetrovatelské dokumentaci musí být označen identifikací autora záznamu.
- Dokumentaci je oprávněn, ale i povinen kontrolovat vedoucí zaměstnanec, který může být při neplnění této povinnosti veden k odpovědnosti.

(Vondráček, 2006, s. 48)

Ve zdravotních záznamech lze používat pouze zkratky standardizované, čitelné pro ostatní členy týmu. Nepřípustné jsou vulgarismy a urážlivé subjektivní výroky. Nutné je užívání ustálených odborných výrazů. Důležité informace je možné

zvýrazňovat barevně, např. opiáty, alergie, komplikace. Nevyplněné kolonky je nutné proškrtnout, nesmí zůstat prázdné. Nedovolenou změnou dokumentace je připsání údajů k zápisu někým jiným, zničení pacientovy dokumentace, nezaznamenání důležitých podrobností, zápis nepravdivých informací, zápis nesprávného data nebo času, dodatky k předchozím zápisům bez označení, že záznam byl proveden později, a přepisování záznamů. Chybný zápis se musí ponechat, označit jako neplatný přeškrtnutím a opravit. Oprava musí být řádně autorizována, tzv. musí být uvedeno, kdo a kdy záznam opravil. Jak dále uvádí Vondráček (2006,s.48), je třeba ošetrovatelské dokumentaci věnovat pozornost stejně jako poskytování vlastní péče. Kvalitně vedená dokumentace dokládá správnost postupu. Nekvalitní, nedostatečnou dokumentací nelze obhajovat správný postup sester při poskytování ošetrovatelské péče. (Vondráček, 2006, s. 48)

Elektronická forma dokumentace

Je snahou některých zdravotnických zařízení postupně nahrazovat listinnou formu vedení zdravotnické dokumentace formou elektronickou, což klade zvýšené nároky na dodržování právních norem i na technické vybavení pracovišť. Výhodou elektronické dokumentace je přehlednost, úspora času, možnost kontinuální kontroly kvality poskytované péče, zpřehlednění informací a čitelná úprava záznamů. Jednou z největších výhod je odbourání duplicitních záznamů. Další nespornou výhodou je vždy reálný čas záznamu a identifikace vyplňujícího. Překážkou při zavádění elektronické dokumentace bývá nákladné technické vybavení. Pro doplňování aktuálních údajů musí být elektronická dokumentace stále dostupná všem poskytovatelům. Řešením jsou přenosné počítače, ale překvapivě často se jako překážka jeví nutnost znalosti práce s výpočetní technikou. (Fišarová, 2010, s. 4)

Zápis v elektronické formě musí být podepsán elektronickým podpisem v každé samostatné části, nejméně jednou za pracovní den zálohován, zajištěn opis archivních kopií a uložen způsobem znemožňujícím provádět do těchto kopií dodatečné zásahy. (Klánová, 2009, s. 12-13) Pokud zápisy nemají elektronický podpis je povinností zdravotnického zařízení uchovávat tištěnou formu dokumentace. Přesto mnoho sester využívá elektronické formy dokumentace k záznamům ošetrovatelského posouzení, plánování i k hodnocení ošetrovatelské péče. (Bařínková, 2009, s. 11) Po úpravě v počítači se text vytiskne, autorizuje a zakládá do zdravotnické dokumentace.

Všeobecná Fakultní Nemocnice v Praze byla prvním z velkých zdravotnických zařízení v České Republice, které (od prosince 2009) zavedlo zdravotnickou dokumentaci v elektronické podobě za použití elektronického podpisu. Elektronická dokumentace v tomto směru šetří čas i práci, zároveň splňuje formální požadavek identifikace každé jednotlivé části dokumentace ve vztahu k pacientovi. Další výhodou je evidence důležitých údajů o klientovi v nemocničním informačním systému (dále jen NIS), kde je možné kdykoliv nahlédnout do historických dat. Záznamy jsou čitelné, informace nelze přeškrtnat nebo ztratit. Automaticky se zaznamenává čas a jméno zdravotnického pracovníka, který se do NIS přihlásil. Některé dokumenty musí být archivovány jako originály s podpisem pacienta - např. informované souhlasy. Stejně tak zůstávají v papírové podobě i dokumenty z jiných zařízení, či úřední záznamy. Elektronická dokumentace umožňuje řádné vedení a zaznamenávání všech údajů týkajících se klientů a zajišťuje kontinuitu a komplexnost péče. Výhodou je uchování dat a informací v digitální podobě, rychlé vyhledávání potřebných údajů, sdílení informací s jinými odděleními, čitelnost a přehlednost. To vše vede k úspoře času zdravotníků, který lze využít k přímé péči o klienta. (Fišarová, 2010, s. 4)

Dalším očekávaným přínosem elektronického systému je podle Mičudové (2006, s.25) zvýšení možnosti kontinuální kontroly kvality ošetrovatelské péče, zpřehlednění a usnadnění získávání informací, vytvoření jasnějších a přesnějších dokladů pro právní jednání a zajištění spolehlivých údajů pro ošetrovatelský výzkum. (Mičudová, aj. 2006, s. 25)

1.2.1 Interní audity ošetrovatelské péče

Florence Nightingaleová vyjádřila již v roce 1863 pravý smysl ošetrovatelského auditu, když prohlásila: „*Zdravotnická dokumentace by měla ukázat pacientům, jak bylo naloženo s jejich finančními prostředky, kolik dobrého za tyto finanční prostředky bylo vykonáno a zda tyto prostředky nepřinesly pro ně více škody než užitku.*“ (Škrlovi, P. a M. 2003, s. 108)

Audit je proces, který objektivně vyhodnocuje skutečný stav věcí. Ještě než začneme s měřením a hodnocením formou auditů, je třeba kvalitu pomocí zákonů, standardů, směrnic a příkazů ředitele jasně definovat. (Škrlovi, P.a M. 2003, s.108) Pravidelná kontrola dokumentace je podle Sovové (2006, s.32) základním

předpokladem pro zlepšování kvality zdravotní péče. Kilíková (2009, s.233) upřesňuje, že kvalitu ošetrovatelské péče lze měřit a hodnotit podle čtyř zdrojů informací - od pacientů, externích odborníků, auditů, indikátorů kvality. Audity dělíme na interní a externí. V klinické praxi se kvalita ošetrovatelské péče měří pomocí **interního auditu**, kdy se monitoruje a hodnotí plnění stanovených kritérií, intervencí nebo postupů. Důležitou oblastí hodnocení ošetrovatelské péče je ošetrovatelská dokumentace - její vedení a přesnost. (Kilíková, 2009, s. 233) Schopnost a ochota oddělení reagovat na problémy identifikované auditem je jednou z podmínek úspěchu ošetrovatelských auditů.

Z praktického hlediska rozlišujeme čtyři druhy ošetrovatelského auditu:

- a) Retrospektivní revize – revize ošetrovatelských záznamů propuštěných pacientů.
- b) Audit implementace ošetrovatelských standardů – kontrola dodržování standardů v praxi.
- c) Algoritmový audit – vyhodnocení strategie péče (mapy péče, klinické postupy)
- d) Audit výsledků péče – klade si otázku: Bylo to k něčemu dobré?

Hlavním účelem ošetrovatelského auditu je oddůvodnění materiálních i personálních nákladů, sledování efektivity péče a podpora kritického myšlení sester. (Škrlovi, P. a M. 2003, s.109)

1.2.2 Ošetrovatelský proces

Podle Koncepce ošetrovatelství Ministerstva zdravotnictví České republiky je ošetrovatelský personál povinen pracovat metodou ošetrovatelský proces. (Marečková, 2006, s. 33)

„Ošetrovatelský proces je systematický specifický způsob individualizovaného přístupu k ošetřování nemocného v nemocniční i terénní péči.“ (Mičudová, aj. 2006, s. 25.) Základem ošetrovatelského procesu je holistický přístup k člověku, který je chápán jako celek, na něhož působí vnější faktory, okolní prostředí a nemoc. Asociace amerických sester zveřejnila normy ošetrovatelské praxe a uvedla pět fází

ošetřovatelského procesu – posouzení, diagnostiku, plánování, realizaci a zhodnocení. (Křížová, 2010, s. 24)

Posouzení je první fází ošetřovatelského procesu. Patří zde sběr objektivních a subjektivních dat o pacientovi pomocí ošetřovatelské anamnézy, fyzikálního vyšetření, rozhovoru, nebo pozorování. (Křížová, 2010, s. 25) Zakládá jej přijímající sestra, sepisuje se průběžně do 24 hodin od přijetí pacienta. (Vyhl. č.385/2006 Sb., příl. 1)

Diagnostika je druhou fází ošetřovatelského procesu. Stanovení ošetřovatelské diagnózy vychází ze samostatného úsudku sestry. (Křížová, 2010, s. 25) Autorka Ščeпоncová (2009, s. 28) uvádí několik typů ošetřovatelských diagnóz. Rozděluje je na jednosložkové, dvousložkové, trojsložkové a zcela odlišný typ - diagnózy podle NANDA taxonomie II. Dle autorky je jejich tvorba mnohem náročnější a v konečné fázi sestra provádí stejné intervence jako u jednodušší trojsložkové diagnózy. (Ščeпоncová, 2009, s. 28-29) I přes tyto negativní zkušenosti většina sester využívá k hodnocení funkčnosti nebo nefunkčnosti potřeb pacienta poznatky mezinárodní asociace NANDA – International, která vyvinula dobře uplatnitelný diagnostický systém. Tento systém specifikuje diagnózy podle diagnostických prvků – určujících znaků, souvisejících nebo rizikových faktorů, definic diagnóz a číselných kódů, podle kterých se může při rozpoznávání ošetřovatelských problémů orientovat. Názvy diagnóz a číselné kódy jsou obdobně jako lékařské diagnózy v mezinárodní klasifikaci nemocí zahrnuty do mezinárodní klasifikace ošetřovatelských diagnóz NANDA – International. (Marečková, 2006, s. 17)

Plán ošetřovatelské péče je třetí fází ošetřovatelského procesu. Na základě stanovených ošetřovatelských diagnóz se plánují intervence a cíle, kterých má být u pacienta dosaženo. Prioritou jsou akutní problémy, které pacienta ohrožují na životě. Stanovené cíle musí být reálné. (Křížová, 2010, s. 25) Sestra sestaví ošetřovatelský plán do 24 hodin od přijetí. V tomto plánu stanoví ošetřovatelské cíle a výsledná kritéria pro každou ošetřovatelskou diagnózu. Plánování intervencí a hodnocení efektu péče provádí průběžně. (Vyhl. č.385/2006 Sb., příl. 1)

Realizace plánu ošetřovatelské péče je čtvrtou fází ošetřovatelského procesu. Jsou vykonávány intervence podle plánu ošetřovatelské péče. Sestra provádí činnosti nezávislé dle vlastních vědomostí a zkušeností, činnosti závislé dle ordinace lékaře nebo standardů péče a činnosti spolupracující s dalším členem ošetřovatelského týmu – například rehabilitaci ve spolupráci s fyzioterapeutem. (Křížová, 2010, s. 26) Sestra dokumentuje všechny činnosti, které realizuje, tak aby byla zřejmá identita. Důležité je

zaznamenat datum, čas a podpis sestry, která výkon provedla. (Vyhl. č.385/2006 Sb., příl. 1)

Zhodnocení je závěrečnou fází ošetrovatelského procesu. Hodnotí se, zda bylo dosaženo stanovených cílů a jaká byla reakce pacienta na ošetrovatelskou péči. Hodnocení slouží ke kontrole ošetrovatelské péče. (Křížová, 2010, s.26) Sestra vyhodnotí pozitivní a negativní reakce pacienta na poskytovanou péči. Průběžné hodnocení zapisuje do ošetrovatelské dokumentace, závěrečné do překládové nebo propouštěcí zprávy. (Vyhl. č.385/2006 Sb., příl. 1)

Vidovič (2007, s.84) se zamýšlí nad ošetrovatelským procesem coby převratnou věcí nebo zbytečnou administrativní zátěží. Uvádí, že jedinečné poslání současného ošetrovatelství je v péči o zdraví a pohodu jednotlivců a skupin. Integruje v sobě poznatky z oblasti medicíny, psychologie, etiky, filozofie a sociální práce. Ošetrovatelský proces představuje popis logického rámce rozhodování, realizace a hodnocení výsledků ošetrovatelské péče. Jde o pracovní nástroj, který má pomoci strukturovat činnost k efektivnímu dosažení cíle. Má-li, podle Vidoviče (2007, s.84) ošetrovatelský proces plnit roli užitečného nástroje ošetrovatelské praxe, měli bychom ho využít pro hledání odpovědí na otázky, co je cílem naší práce, jakým způsobem ho dosáhneme, jaké zdroje k jeho dosažení potřebujeme. Ošetrovatelský proces nesmí být samoúčelný. Ošetrovatelství je založeno na znalostech a dovednostech a ošetrovatelský proces je metodika, která nám využití těchto vlastních zdrojů usnadní. (Vidovič, 2007, s. 84) Naopak Křížová (2010, s.26) uvádí, že realizace ošetrovatelského procesu je důležitou součástí péče o pacienta. Zaměřuje se na reakce jedince, na změny v jeho každodenním životě. K aplikaci ošetrovatelského procesu do praxe jsou nutné dostatečné vědomosti sestry, ale taky komunikační a technické dovednosti. (Křížová, 2010, s. 26)

1.3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSTVÍ V INTENZIVNÍ PÉČI

1.3.1 Oddělení intenzivní péče

Jednotka intenzivní péče (dále jen JIP) je specializované oddělení nemocnic, které poskytuje intenzivní péči pacientům s hrozícím nebo probíhajícím selháním

jednoho či více orgánů. Ošetrovatelská péče na tomto oddělení je závislá na zdravotním stavu pacienta, je náročná na pozornost sestry, její teoretické znalosti a praktické dovednosti. Rozlišujeme oddělení intenzivní péče I. stupně – většinou v menších nemocnicích, II. stupně – ve větších regionálních nemocnicích, a III. stupně – ve velkých oblastních nebo fakultních nemocnicích. V některých zdravotnických zařízeních jsou zřizovány jednotky intermediální péče (dále jen IMP), které navazují na péči na JIP, u pacientů se zvýšeným rizikem orgánového selhání nebo arytmií. Oddělení intenzivní péče se mohou dělit na oborové – pro interní nebo chirurgické obory, specializované - pro určité diagnózy nebo multioborové – společné pro pacienty všech oborů. Interní JIP se specializují na péči o pacienty s poruchami srdečního rytmu, kardiovaskulárním onemocněním, s neurologickým postižením, s poruchami funkce ledvin, jater, onemocněním gastrointestinálního traktu, dekompenzovaným diabetes mellitus, septickým stavem, hematologickým nebo plicním onemocněním. Vzhledem ke stárnutí populace je nezbytné se zaměřit na akutní péči o geriatrické pacienty. (Křížová, 2010, s. 10)

Personální vybavení na JIP

Personální vybavení na JIP je dáno Vyhláškou č. 493/2005 Sb. Důležitá je trvalá přítomnost kmenového lékaře, který má erudici v oboru intenzivní medicíny. Počet sester na oddělení je dán typem oddělení, jeho odborným zaměřením a stupněm poskytované péče. Jedna sestra dle typu JIP pečuje o 1 až 4 pacienty. Vytížení personálu úzce souvisí s obložností oddělení, optimální je 80% obložnost. (Křížová, 2010, s. 12)

Prostorové a přístrojové vybavení na JIP

I prostorové a přístrojové vybavení oddělení intenzivní péče je dáno Vyhláškou 493/2005 Sb. Základem pro uspořádání JIP je dostatečně velký prostor, dle doporučení 20m² na jedno lůžko. V rámci prostorového vybavení pracovišť je doporučována kombinace otevřeného JIP sálu s uzavřenými boxy. Otevřené uspořádání je výhodnější pro efektivní využití personálu, ale omezuje pacientovo soukromí a zvyšuje riziko přenosu infekce. Naproti tomu systém uzavřených boxů snižuje riziko přenosu infekce, zvyšuje soukromí pacienta, ale provoz je ekonomicky náročnější. Součástí každého lůžka JIP jsou přístroje a vybavení dané rozsahem poskytované péče. Je nezbytné uspořádat okolí lůžka tak, aby byl k pacientovi volný přístup. Oddělení musí mít

náhradní zdroj elektrické energie, kyslíku a vzduchu. Důležitý je prostor pro dokumentaci a centrální monitoring, z kterého má personál přehled o celém oddělení. (Křížová, 2010, s. 13)

Hygienicko – epidemiologický režim na JIP

Pacienti hospitalizovaní na JIP ve vážném zdravotním stavu jsou ohroženi infekčními komplikacemi způsobenými nosokomiálními nákazami (dále jen NN). Toto riziko se zvyšuje s délkou hospitalizace na JIP a dlouhodobou aplikací širokospektrých antibiotik. Hlavními NN jsou pneumonie, infekce močových cest a katérové sepsy z invazivních vstupů. NN je infekce, která se manifestuje nejdříve za 48 hodin od přijetí pacienta k hospitalizaci. Dodržování hygienicko – epidemiologického režimu na JIP je důležité k zabránění vzniku a šíření NN, k ochraně pacientů i personálu. Hygienicko – epidemiologický režim je součástí provozního řádu oddělení. Mytí a desinfekce podlah a povrchů se na JIP provádí 3x denně. Generální úklid v rámci sanitárních dnů se dodržuje dle stanoveného plánu a mikrobiologické situace JIP. Malování oddělení je prováděno 1x ročně. Osoby vstupující na JIP procházejí přes desinfekční rohož, desinfikují si ruce a používají ochranný plášť, případně návleky na obuv. Na JIP se používají jednorázové pomůcky, nebo se individualizují pro každého pacienta po celou dobu jeho hospitalizace. Personál je povinen dodržovat základní pravidla hygieny, manipulace se stravou, s prádlem i s odpady. Nezbytné je dodržování aseptických postupů, případně bariérového přístupu k pacientům. (Křížová, 2010, s. 14-15)

1.3.2 Potřeby pacienta v intenzivní péči

Potřeby pacienta na JIP se odlišují od potřeb pacienta hospitalizovaného na standardním oddělení nebo na oddělení následné péče. (Křížová, 2010, s. 23) K nejčastějším potřebám pacienta v intenzivní péči patří dle Kapounové (2007, s. 21) potřeba dýchání, výživy, vyprazdňování, soběstačnosti a psychické vyrovnanosti. Je úkolem jednotlivých oddělení intenzivní péče, aby v rámci ošetrovatelského procesu tyto potřeby pacientů saturovala.

Potřeba dýchání je základní biologickou potřebou, kterou si neuvědomujeme. Dýcháme automaticky. Jak uvádí Trachtová (2003, s. 111) „*Bez dýchání není život!*“

Neuspokojená potřeba dýchání mívá často dramatický průběh a výraznou psychickou odezvu u pacienta, který má pocit úzkosti a strach ze smrti. Důležitá je pomoc a pochopení sestry. V rámci ošetrovatelské péče sestra upraví polohu pacienta, podává kyslík a sleduje jeho účinnost, aplikuje léky dle ordinace lékaře, provádí nácvik správného dýchání a dechovou gymnastiku, podporu expektorace a prevenci pneumonií a atelektáz. (Trachtová, 2003, s. 111)

Potřeba výživy je primární potřebou člověka. Ovlivňuje nejen jeho duševní pohodu, ale podílí se i na celkovém zdravotním stavu a průběhu většiny onemocnění. Nemocní lidé často ztrácejí chuť k jídlu. I negativní emoce mohou být příčinou nechutenství nebo nevolnosti. Ošetrovatelská péče o pacienta s poruchou výživy je zaměřena na rehydrataci, sledování a zabezpečení dostatečného příjmu potravy a dodržování zásad správné výživy. (Trachtová, 2003, s. 81-82)

Potřeba vyprazdňování je další ze základních biologických potřeb člověka. „*Vylučování odpadových produktů z těla (stolicí, močí) je základním předpokladem zdraví.*“ (Trachtová, 2003, s. 96) Do ošetrovatelské péče o pacienta s poruchou vyprazdňování patří bilancování tekutin, případně zavedení permanentního močového katétru a podpora pravidelného vyprazdňování. (Trachtová, 2003, s. 96)

Potřeba soběstačnosti je mírou samostatnosti člověka při vykonávání denních aktivit. Sestra by měla vždy motivovat a podporovat pacienta v nezávislosti. Hodnocení soběstačnosti se provádí pomocí Barthelova testu základních všedních činností. (Kapounová, 2007, s. 21)

Potřeba psychické vyrovnanosti – pacient, který je náhle vystaven neznámému prostředí, obavám o své zdraví, bolesti a mnoha dalším omezením, často na tuto situaci reaguje agresí, úzkostí, depresí nebo zmateností. Sestra se v rámci ošetrovatelské péče snaží udržet nebo zlepšit jeho soběstačnost, odstranit bolest, pozitivně komunikovat a zajistit dostatečný spánek a odpočinek. (Kapounová, 2007, s. 23)

1.3.3 Ošetrovatelská dokumentace na interní JIP

Ošetrovatelský proces v Nemocnici Valašské Meziříčí a.s. (dále jen NVM a.s.) je hlavní pracovní metodou ošetrovatelského personálu dle Koncepte ošetrovatelství Ministerstva Zdravotnictví České Republiky a zákona č. 96/2004 Sb. Jde o individualizovaný, systematický přístup k ošetrovatelské péči, který se orientuje na

řešení problémů pacienta. Cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů. Metodika vedení ošetrovatelské dokumentace v NVM a.s. je předmětem Směrnice ředitele 1/2007 o Zdravotnické dokumentaci z roku 2007, která byla aktualizována k 1.1.2011. (Příloha č. 1, Směrnice ředitele NVM č. 1/2007)

Dokumentace na JIP se skládá z dekurzu, do kterého lékař zaznamenává ordinace, epikrízy, záznamy vizit, změny zdravotního stavu a plánovaná vyšetření pacienta. Pro sestru je závazné provedení a zaznamenání splnění ordinací lékaře, dále do dekurzu zaznamenává hodnoty fyziologických funkcí, srdeční rytmus, bilanci tekutin, zavedené invazivní vstupy a hodnocení bolesti.

Samostatná ošetrovatelská dokumentace se skládá ze tří listů velikosti A3. Součástí prvního listu je ošetrovatelské posouzení, což je zhodnocení stavu nemocného a jeho potřeb podle struktury Gordonové. Zakládá jej přijímající sestra, sepisuje se průběžně do 12 hodin od přijetí. Důležité je zaznamenat čas fyzického přijetí na lůžko, položky, které nelze zjistit proškrtnout! Skládá se z anamnézy a popisu současných subjektivních a objektivních příznaků. Součástí ošetrovatelského posouzení jsou měřicí techniky a škály - zkrácený nutriční screening, zhodnocení rizika pádu, Barthelův test základních všedních činností a hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Northonové. Přeskálování rizik (přehodnocení zdravotního stavu pacienta pomocí těchto měřicích technik a škál) se provádí vždy při změně zdravotního stavu, nebo jako součást hodnocení ošetrovatelské péče - 1x za 5 dní. Součástí tiskopisu je i Edukační záznam, na který sestra při přijetí zaznamenává, zda byl pacient seznámen s Domácím řádem oddělení a ovládnutím signalizačního zařízení u lůžka, což pacient stvrzuje podpisem.

Na druhém listu je standardizovaný střednědobý ošetrovatelský plán s předtištěnými ošetrovatelskými diagnózami (dle NANDA Taxonomie II.), s kódy, nastavenými cíli a intervencemi. Zakládá se do 24 hodin od přijetí, upravuje se průběžně při změnách stavu pacienta, nejpozději po 10 dnech hospitalizace pacienta.

Na třetí list se zaznamenává realizace ošetrovatelské péče, která slouží jako doklad o provedených činnostech. Při zápisu provedeného výkonu se používají zkratky, které rozlišují, zda pacient provádí uvedené úkony sám, nebo s dopomocí ošetrovatelského personálu, či zda péči zajišťuje sestra bez spolupráce pacienta. Hodnocení ošetrovatelské péče se provádí v rámci denního hodnocení formou hlášení sester za směnu nebo jako rozšířené hodnocení na podkladě přeskálování rizik při změně zdravotního stavu, před plánovaným překladem na jiné oddělení, při propuštění pacienta, nebo při pokračující hospitalizaci 1x za 5 dní.

Ošetrovatelská prekladová zpráva slouží k zajištění kontinuální ošetrovatelské péče. Je to standardizovaný průpisový tiskopis, který se vypracovává ve dvojitým provedení, kdy originál jde s pacientem a kopie se zakládá do ošetrovatelské dokumentace. Za vypsání zodpovídá propouštějící sestra, vypisuje se při prekladu na jiné oddělení, do jiného zdravotnického zařízení nebo do Agentury domácí péče. Při prekladu na jiné oddělení NVM a.s. putuje základní ošetrovatelská dokumentace (ošetrovatelské posouzení, edukační záznam, identifikace rizik – přeškálování, pokračující plán ošetrovatelské péče, hodnocení, realizace ošetrovatelské péče) s pacientem a zakládá se v poslední zdravotnické dokumentaci. Tímto postupem, který byl zaveden od dubna 2010, je zajištěna kontinuita ošetrovatelské péče.

Dalšími dokumenty důležitými pro zaznamenávání ošetrovatelské péče jsou Plán péče o dekubity, Protokol o pádu, Hlášení nežádoucí události, Soupis cenných a osobních věcí, Imobilizace pacienta, Záznam transfúzních přípravků, Informovaný souhlas s výkonem, Anesteziologický záznam, Anesteziologický dotazník, Záznam o průběhu fyzioterapie, Záznam nutričního týmu, Záznam sociální sestry, TISS dokumentace výkonů dle bodového systému, Seznam přístrojů IIb na oddělení a Denní hlášení sester (není součástí zdravotnické dokumentace pacienta). (Směrnice ředitele NVM č. 1/2007, Příloha č. 1)

Jak již bylo řečeno, ošetrovatelská dokumentace je nedílnou součástí práce sester na JIP, je jejich vizitkou, důkazem o provedené činnosti. Právě na odděleních intenzivní péče nabývá na významu povinnost zapsat neprodleně každý provedený úkon, protože: „*Co není napsáno, není uděláno!*“

(Kol. autorů, 2002, s.1)

2. PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 CÍLE PRÁCE

- Cíl 1: Pomocí obsahové analýzy zjistit, zda zavedená ošetrovatelská dokumentace na interní JIP NVM a.s. odpovídá požadavkům současné legislativy, dodržuje všechna požadovaná kritéria a zda je možné hodnotit kvalitu poskytované péče na základě jednotlivých údajů v dokumentaci.
- Cíl 2: Zhodnotit využití ošetrovatelských diagnóz z předtištěného plánu ošetrovatelské péče.
- Cíl 3: Na základě výsledků hodnocení provést aktualizaci ošetrovatelské dokumentace.

2.2 METODIKA PRÁCE

2.2.1 Charakteristika zkoumaného souboru

K tomuto výzkumnému šetření byla použita metoda obsahové analýzy ošetrovatelské dokumentace. Zkoumaný soubor představuje záměrný výběr uzavřené dokumentace pacientů hospitalizovaných na interní JIP v období od 1.listopadu 2010 do 31.prosince 2010. Z celkového počtu propuštěných pacientů byl vybrán soubor 37 pacientů, kteří splňovali uvedená kritéria: věk nad 18 let a nejméně 5 dní hospitalizace na JIP nebo IMP interního oddělení.

Ve vybraném souboru bylo 14 žen (38 %) a 23 mužů (62 %). Nejmladším pacientem byla 26letá žena, nejstarším pak 95letý muž.

2.2.2 Organizace výzkumného šetření

Se zahájením výzkumného šetření byl dán souhlas vedením nemocnice. (viz příl.1) Výzkumné šetření probíhalo během měsíce února 2011 za přítomnosti dokumentační sestry interního oddělení.

Nejdříve byla provedena pilotní studie u souboru 4 dokumentací pacientů hospitalizovaných na interní JIP v měsíci lednu 2011. Cílem pilotní studie bylo přehodnocení stanovených kritérií výběru probandů. Podle výsledků byl upraven formulář I. obsahující základní informace o pacientech a jednotlivých kritériích ošetrovatelského procesu.

2.2.3 Metody výzkumného šetření

Ke zpracování tématu byla zvolena obsahová analýza ošetrovatelské dokumentace pomocí dvou formulářů. Formulář I.: „*Kontrolní list interního auditu ošetrovatelské dokumentace*“ je uveden v příloze č. 2. Obsahuje 21 kontrolních kritérií, upravených dle standardizovaného kontrolního listu auditu plánu kvality NVM a.s., pomocí kterých byla analyzována formální a obsahová stránka ošetrovatelské dokumentace. Formulář II. (viz příl.3) byl vytvořen podle stanovených ošetrovatelských diagnóz Střednědobého plánu ošetrovatelské péče v NVM a.s.

Zaměření požadovaných kritérií:

Pro cíl 1: *Pomocí obsahové analýzy zjistit, zda zavedená ošetrovatelská dokumentace na interní JIP NVM a.s. odpovídá požadavkům současné legislativy, dodržuje všechna požadovaná kritéria a zda je možné hodnotit kvalitu poskytované péče na základě jednotlivých údajů v dokumentaci.*

- Získání základních identifikačních a časových údajů o jednotlivých respondentech (kritéria 1 až 6, 21)
- Posouzení dodržování požadavků legislativy a kritérií NVM a.s. (kritéria 7,8,9,14 až 20)
- Zhodnocení kvality poskytované péče (kritéria 10 až 13)

Pro cíl 2: *Zhodnotit využití ošetrovatelských diagnóz z předtištěného plánu ošetrovatelské péče.*

- Zmapování využití ošetrovatelských diagnóz u jednotlivých respondentů (Formulář II.)
- Zhodnocení celkového využití ošetrovatelských diagnóz z předtištěného plánu ošetrovatelské péče a vyřazení nepoužívaných ošetrovatelských diagnóz nevztahujících se k potřebám respondentů.

Pro cíl 3: *Na základě výsledků zhodnocení provést aktualizaci ošetrovatelské dokumentace.*

- Doplnění ošetrovatelských diagnóz z aktualizovaného vydání NANDA International *Ošetrovatelské diagnózy Definice & klasifikace 2009-2011.*
- Prezentace aktualizovaného plánu ošetrovatelské péče pro oddělení intenzivní péče.

2.3 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

2.3.1 Identifikační a časové údaje

Získaná data byla zpracována do tabulky četnostní, následně matematicky vyhodnocena (absolutní a relativní četnost) a výsledky prezentovány v tabulkách a grafech. Do výzkumného šetření bylo zahrnuto 37 dokumentací hospitalizovaných pacientů propuštěných z interní JIP Nemocnice Valašské Meziříčí a.s. v období od 1.listopadu do 31.prosince 2010.

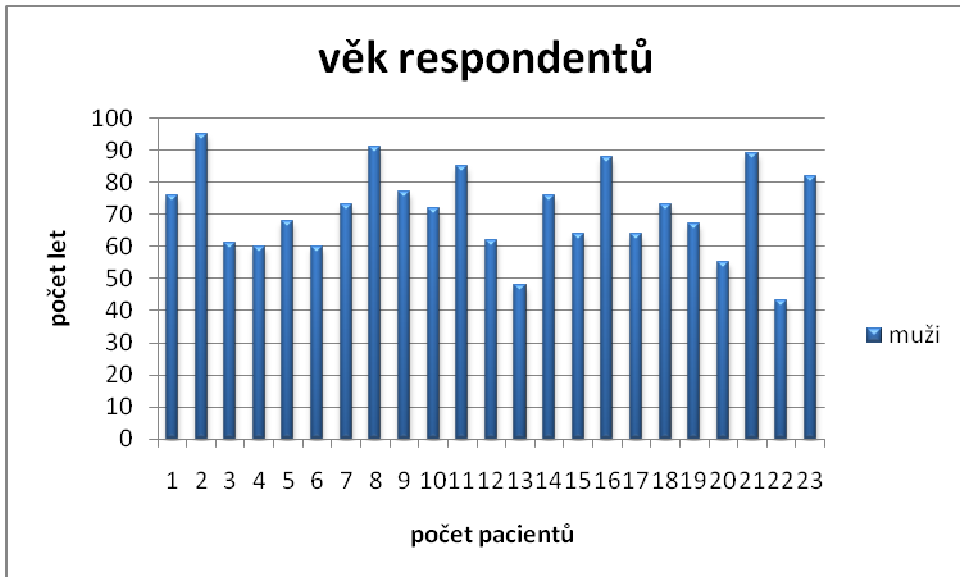
Věk: nejmladší žena měla 26 let, nejmladší muž 43 let. Naopak nejstarší žena 86 let a nejstarší muž 95 let, průměrný věk mužů i žen byl 71 let. (viz graf 1, 2, s.26)

Pohlaví: z celkového počtu 37 probandů bylo 14 žen (37,84%) a 23 mužů (62,16%) (viz tab.1)

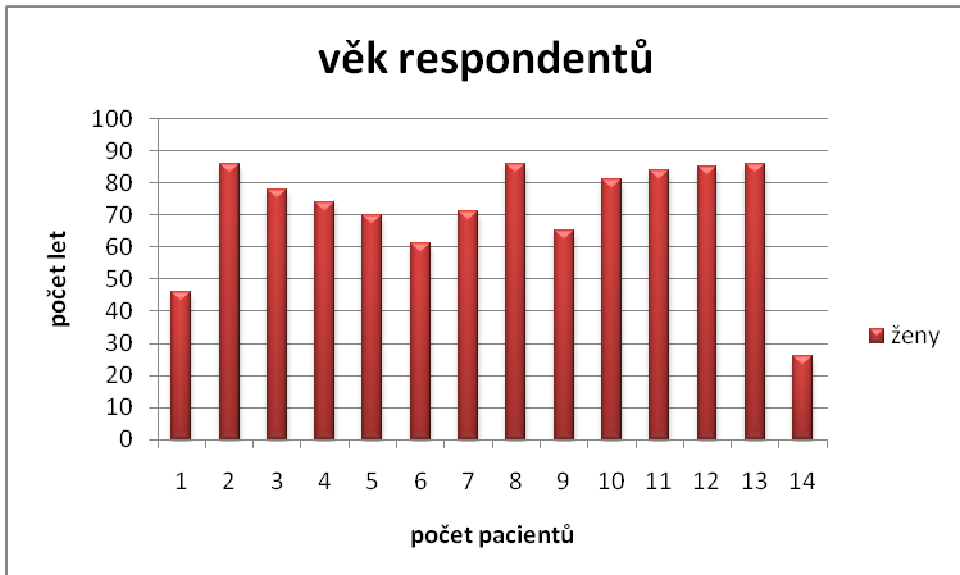
Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muži	23	62,16 %
Ženy	14	37,84 %

Graf 1: Věk respondentů - muži



Graf 2: Věk respondentů - ženy

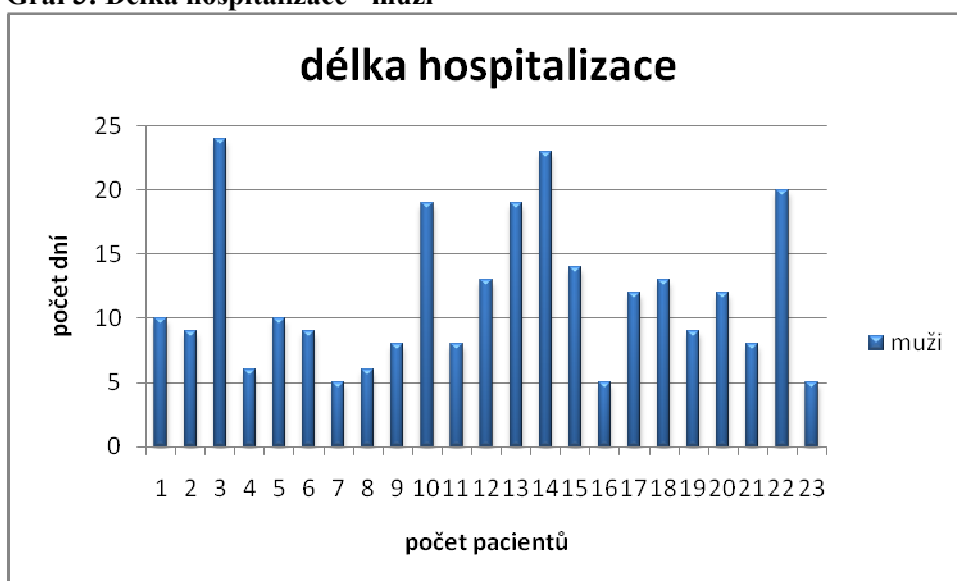


Délka hospitalizace na JIP: nejkratší hospitalizace 5 dnů, nejdelší 24 dnů, průměrná délka hospitalizace 10 dnů. (viz tab.2, graf 2, 3)

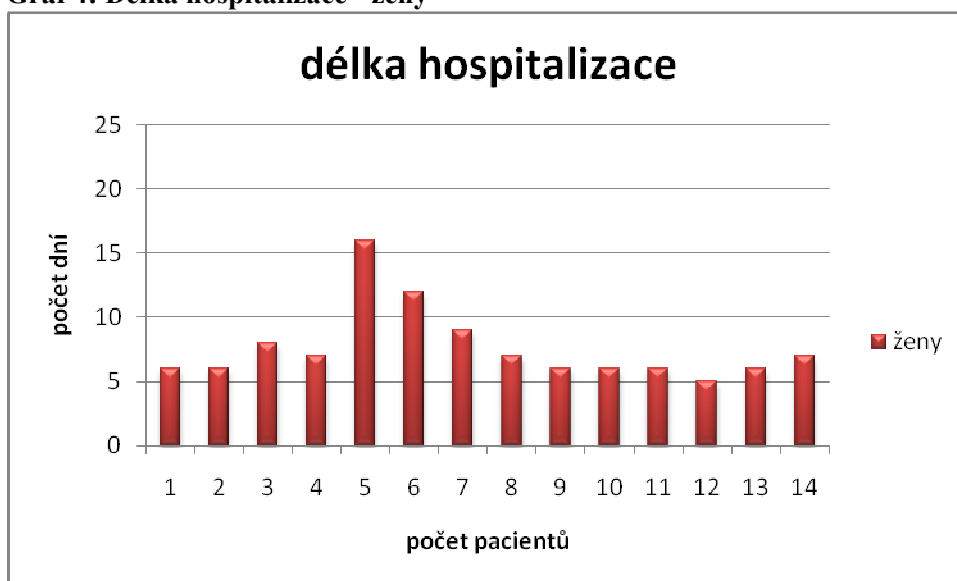
Tabulka 2: Délka hospitalizace

Délka hospitalizace	nejkratší	nejdelší	průměr
	Počet dní		
Muži	5	24	12
Ženy	5	16	8
Celkem	5	24	10

Graf 3: Délka hospitalizace - muži



Graf 4: Délka hospitalizace - ženy

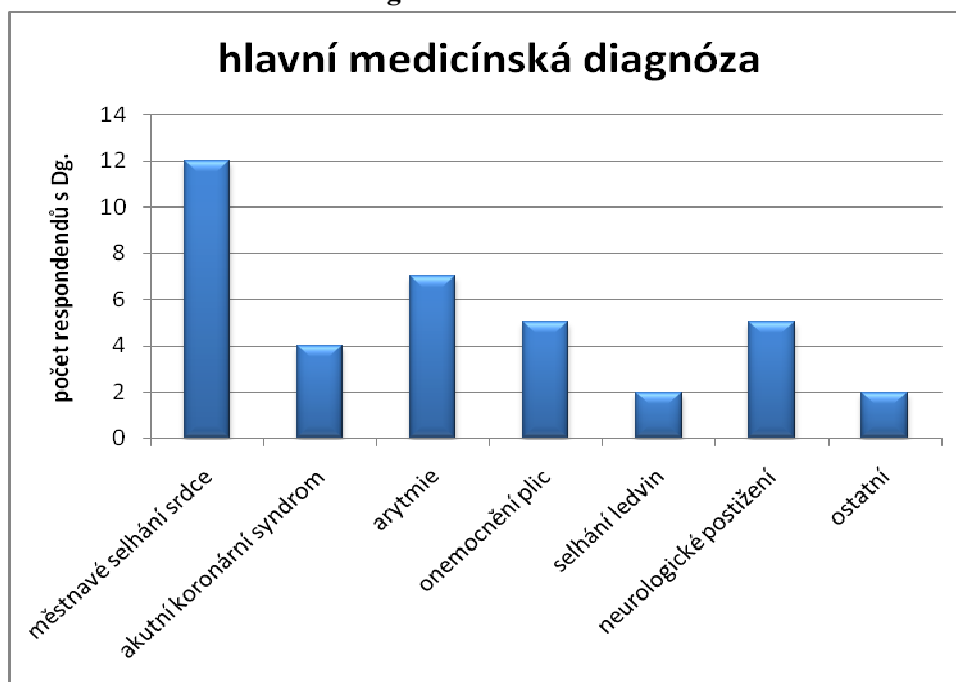


Hlavní medicínská diagnóza: městnavé selhání srdce – 12x (32,43 %), AKS – 4x (10,81 %), arytmie – 7x (18,91 %), onemocnění plic – 5x (13,51 %), selhání ledvin – 2x (5,40 %), neurologické postižení – 5x (13,51 %), ostatní – 2x (5,40 %) (viz tab.3, graf 4)

Tabulka 3: Hlavní medicínská diagnóza

Vzorek	37	100%
Medicínská diagnóza	Absolutní četnost	Relativní četnost
Městnavé selhání srdce	12	32,43 %
Akutní koronární syndrom	4	10,81 %
Arytmie	7	18,91 %
Onemocnění plic	5	13,51 %
Selhání ledvin	2	5,40 %
Neurologické postižení	5	13,51 %
Ostatní	2	5,40 %

Graf 5: Hlavní medicínská diagnóza



Příjem (odkud): z domu – 25x (67,56 %), z interního, chirurgického oddělení – 6x (16,21%), z ARO, MD JIP – 5x (13,51%), z jiného zařízení – 1x (2,7%) (viz tab.4, graf 5, s.29)

Tabulka 4: Příjem pacientů

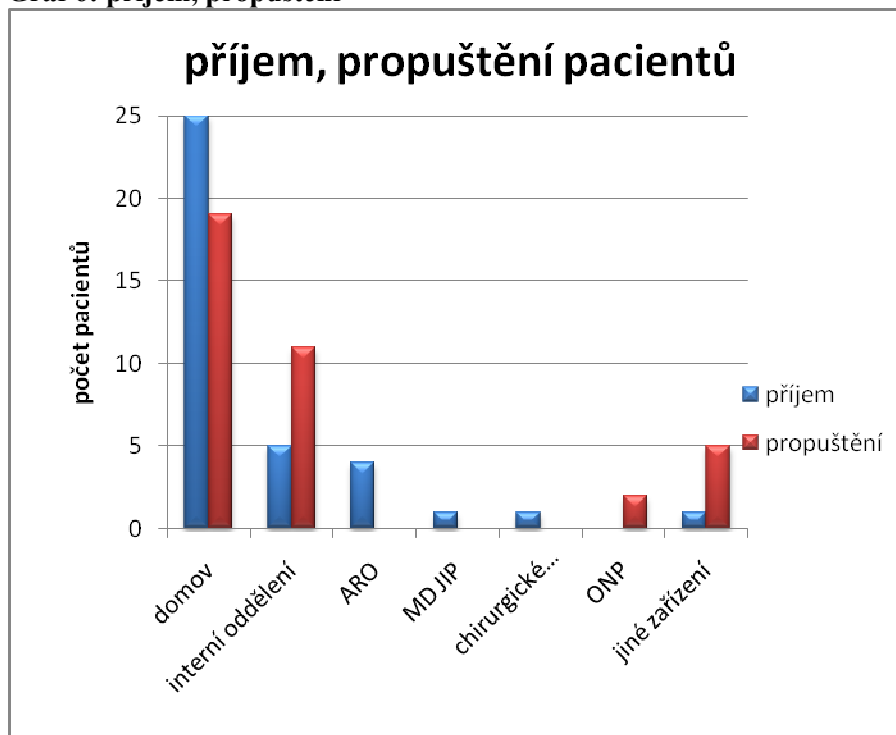
Vzorek	37	100%
Příjem - odkud	Absolutní četnost	Relativní četnost
Domov	25	67,56 %
Interna, Chirurgie	6	16,21 %
ARO, MD JIP	5	13,51 %
ONP	0	0 %
Jiné zařízení	1	2,70 %

Propuštění (kam): domů – 19x (51,4%), interní oddělení – 11x (29,7%), ONP – 2x (5,4%), jiné zařízení – 5x (13,5%) (viz tab.5, graf 5)

Tabulka 5: Propuštění pacientů

Vzorek	37	100%
Propuštění - kam	Absolutní četnost	Relativní četnost
Domov	19	51,35 %
Interna	11	29,72 %
ARO, MD JIP	0	0 %
ONP	2	5,40 %
Jiné zařízení	5	13,51 %

Graf 6: příjem, propuštění



2.3.2 Dodržování požadavků legislativy a požadovaných kritérií NVM a.s.

Ke zjištění dodržování požadavků legislativy a kritérií NVM a.s. byla nastavena kritéria 7, 8, 9, 14 až 20. Každé z kritérií bylo bodově ohodnoceno v závislosti na shodě, částečné shodě nebo neshodě s konkrétním záznamem v dokumentaci. Některé položky z důvodu nepřítomnosti části dokumentace nemohly být ohodnoceny, a proto byly identifikovány termínem nehodnoceno.

Tabulka 6: Požadavky legislativy a kritéria NVM a.s.

1.	Kontrolní kritéria: POŽADAVKY	shoda	Částečná shoda	neshoda	nehodnoceno	Celkové hodnocení
č.	LLEGISLATIVY A KRITÉRIA NVM a.s.	2 body	1 bod	0 bodů	/	%
7.	Je zaznamenán čas fyzického přijetí na lůžko?	37	/	/	/	100%
8.	Je pacient seznámen s Kodexem práv?	28	/	/	9	100%
9.	Je ošetřovatelská anamnéza zpracována do 12 hodin od přijetí?	27	/	/	10	100%
14.	Je prováděno přehodnocení rizik?	31	/	/	6	100%
15.	Je prováděno hodnocení ošetřovatelské péče?	37	/	/	/	100%
16.	Je zaznamenána edukace pacienta?	27	/	/	10	100%
17.	Jsou záznamy v ošetřovatelské dokumentaci čitelné?	35	2	/	/	97,29%
18.	Jsou záznamy v ošetřovatelské dokumentaci s podpisem a identifikací?	34	3	/	/	95,94%
19.	Je vypracována ošetřovatelská překladová zpráva?	19	/	/	18	100%
20.	Je zaznamenán čas fyzického propuštění pacienta?	37	/	/	/	100%
	CELKOVÉ HODNOCENÍ:					99,32%

Kritérium č. 7: „*Je zaznamenán čas fyzického přijetí na lůžko?*“

Toto kritérium bylo splněno na 100%, ve všech dokumentacích byl zaznamenán čas fyzického přijetí na lůžko. U jednodenního dekurzu používaného na interní JIP se čas přijetí značí graficky ke konkrétnímu časovému údaji.

Kritérium č. 8: „*Je pacient seznámen s Kodexem práv?*“

Kritérium splněno na 100%. Ve 28 dokumentacích byl pacient seznámen s Kodexem práv, v 8 dokumentacích se toto kritérium nehodnotilo z důvodu překladu z jiného oddělení. V jednom případě byl pacient hlášen soudu pro neschopnost udělení souhlasu s hospitalizací i seznámení s Kodexem práv.

Kritérium č. 9: „*Je ošetrovatelská anamnéza zpracována do 12 hodin od přijetí?*“

Splněno na 100%. Ošetrovatelská anamnéza jako součást ošetrovatelského posouzení byla zhodnocena do 12 hodin od přijetí ve 27 případech. V 10 případech nebylo toto kritérium hodnoceno pro nepřítomnost části ošetrovatelské dokumentace v chorobopisu z důvodu překladu pacienta (s ošetrovatelskou dokumentací) na jiné oddělení.

Kritérium č. 14: „*Je prováděno přehodnocení rizik?*“

Kritérium splněno na 100%. Přehodnocení rizik se provádí vždy pátý den hospitalizace nebo při změně zdravotního stavu pacienta. Toto kritérium bylo hodnoceno u 31 případů, v 6 případech u pacientů přeložených na jiné oddělení nebylo kritérium hodnoceno.

Kritérium č. 15: „*Je prováděno hodnocení ošetrovatelské péče?*“

Kritérium splněno na 100%. Denní hodnocení ošetrovatelské péče se provádí na každé směně do předtištěného tiskopisu v rámci hlášení sester, rozšířené hodnocení vždy pátý den hospitalizace nebo při změně zdravotního stavu pacienta. Ve všech 37 případech sestry pravidelně hodnotily ošetrovatelskou péči.

Kritérium č. 16: „*Je zaznamenána edukace pacienta?*“

Kritérium splněno na 100%. Sestry provádějí edukaci vždy při přijetí pacienta během posuzování jeho potřeb, v průběhu hospitalizace individuálně podle stavu a potřeb, a

vždy při propuštění. Kritérium bylo hodnoceno ve 27 případech. V 10 případech nebylo toto kritérium hodnoceno ze stejného důvodu jako kritérium 9.

Kritérium č. 17: „*Jsou záznamy v ošetrovatelské dokumentaci čitelné?*“

Toto kritérium bylo splněno na 97,29 %. Záznamy v dokumentaci byly čitelné v 35 případech. Ve 2 případech byly záznamy několika sester hůře čitelné, proto byly hodnoceny za 1 bod.

Kritérium č. 18: „*Jsou záznamy v ošetrovatelské dokumentaci s podpisem a identifikací?*“ Kritérium splněno na 95,94 %. U 34 dokumentací byly všechny záznamy s podpisem i identifikací, ve 3 případech chyběla identifikace záznamu jednou sestrou, proto bylo hodnocení sníženo na 1 bod.

Kritérium č. 19: „*Je vypracována ošetrovatelská překladová zpráva?*“

Kritérium bylo splněno na 100%. U 19 dokumentací byla ošetrovatelská překladová zpráva sepsána, v 18 případech byli pacienti propuštěni domů, proto se překladová zpráva nesepisovala.

Kritérium č. 20: „*Je zaznamenán čas fyzického propuštění pacienta?*“

Kritérium splněno na 100%. Ve všech 37 dokumentacích byl zaznamenán čas fyzického propuštění pacienta graficky do dekurzu.

2.3.3 Hodnocení kvality poskytované péče

K zhodnocení kvality poskytované péče byla nastavená kritéria 10 až 13.

Tabulka 7: Hodnocení kvality poskytované péče

1.	Kontrolní kritéria:	shoda	Částečná shoda	neshoda	nehodnoceno	Celkové hodnocení
č.	A KRITÉRIA NVM a.s.	2 body	1 bod	0 bodů	/	%
10	a) Je stanoven stupeň Rizika pádu při přijetí?	31	/	/	6	100%
10	b) Je stanoven stupeň Rizika pádu při propuštění?	25	/	6	6	80,64 %
11	a) Je stanoveno nutriční skóre při přijetí?	31	/	/	6	100%
11	b) Je stanoveno nutriční skóre při propuštění?	25	/	6	6	80,64%
12	a) Je stanoven Barthelův test všedních činností při přijetí ?	31	/	/	6	100%
12	b) Je stanoven Barthelův test všedních činností při propuštění ?	31	/	/	6	100%
13	a) Je stanoveno riziko vzniku dekubitů při přijetí ?	31	/	/	6	100%
13	b) Je stanoveno riziko vzniku dekubitů při propuštění ?	25	/	6	6	80,64%
	CELKOVÉ HODNOCENÍ:					92,74%

Kritérium č. 10: „Je stanoven stupeň Rizika pádu?“

Při přijetí kritérium splněno na 100 %. Ve 31 dokumentacích bylo provedeno zhodnocení rizika pádu pacienta, 6 dokumentací nehodnoceno pro nepřítomnost části ošetřovatelské dokumentace z důvodu překlady pacienta na jiné oddělení.

Při propuštění kritérium splněno na 80,64 %. Ve 25 dokumentacích bylo správně přehodnoceno riziko pádu u pacienta, v 6 případech nebylo přehodnocení provedeno (pacient zůstal na stejném stupni zhodnocení rizika jako při přijetí) a 6 dokumentací nebylo hodnoceno ze stejného důvodu jako při přijetí.

Zhodnocení rizika pádu: 0-4 body (pacient bez rizika), nad 4 body (pacient v riziku)

Tabulka 8: Riziko pádu

Riziko pádu	Pacient bez rizika	Pacient v riziku	nehodnoceno	vzorek
Při přijetí	9 (24,32 %)	22 (59,45 %)	6 (16,21 %)	37 (100 %)
Při propuštění	9 (24,32 %)	22 (59,45 %)	6 (16,21 %)	37 (100 %)

Počet pacientů v riziku pádu při přijetí i při propuštění se nezměnil. Z toho vyplývá, že počet pacientů v riziku pádu nelze ovlivnit kvalitní ošetrovatelskou péčí, lze jen dodržovat všechny zásady péče o rizikové pacienty.

Kritérium č. 11: „Je stanoveno nutriční skóre?“

Při přijetí kritérium splněno na 100 %. Ve 31 dokumentacích bylo provedeno stanovení nutričního skóre, 6 dokumentací nehodnoceno pro nepřítomnost části ošetrovatelské dokumentace z důvodu překlady pacienta na jiné oddělení.

Při propuštění kritérium splněno na 80,64 %. Ve 25 dokumentacích bylo správně přehodnoceno nutriční skóre u pacienta, v 6 případech nebylo přehodnocení provedeno (pacient zůstal na stejném stupni zhodnocení rizika jako při přijetí) a 6 dokumentací nebylo hodnoceno ze stejného důvodu jako při přijetí.

Zkrácený nutriční screening: 0-3 bodů (bez intervence), 4-7 bodů (konzilium nutričního terapeuta), 8-11 bodů (konzilium nutričního specialisty)

Tabulka 9: Nutriční skóre

Nutriční skóre	Bez intervence	Nutriční terapeut	Nutriční specialista	nehodnoceno	vzorek
Při přijetí	12 (32,43 %)	18 (48,64 %)	1 (2,70 %)	6 (16,21 %)	37 (100 %)
Při propuštění	19 (51,35 %)	12 (32,43 %)	0	6 (16,21 %)	37 (100 %)

Při propuštění došlo ke zvýšení počtu pacientů bez nutnosti intervence nutričního terapeuta nebo specialisty z 12 na 19. Lze předpokládat, že kvalitní péčí se zlepšil nutriční stav u 7 pacientů.

Kritérium č. 12: „*Je stanoven Barthelův test základních všedních činností?*“

Při přijetí i propuštění bylo toto kritérium splněno na 100 %. Ve 31 dokumentacích byl stanoven i přehodnocen test základních všedních činností. 6 chorobopisů opět nehodnoceno.

Barthelův test základních všedních činností: 100-96 bodů (nezávislý), 95-65 bodů (lehká závislost), 60-45 bodů (závislost středního stupně), 40-0 bodů (vysoce závislý)

Tabulka 10: Barthelův test

Barthelův test	Nezávislý	Lehká závislost	Střední závislost	Vysoká závislost	nehodnoceno	vzorek
Při přijetí	7 (18,91 %)	12 (32,43%)	8 (21,62 %)	4 (10,81 %)	6 (16,21 %)	37 (100%)
Při propuštění	12 (32,43 %)	15 (40,54 %)	2 (5,40 %)	2 (5,40 %)	6 (16,21 %)	37 (100%)

Při propuštění se snížila závislost pacientů, u vysoké závislosti ze 4 na 2, u střední z 8 na 2. Naopak vzrostl počet pacientů s lehkou závislostí z 12 na 15, a nezávislých ze 7 na 12. I v tomto případě došlo kvalitní péčí k prokazatelnému zlepšení soběstačnosti pacienta.

Kritérium č. 13: „*Je stanoveno riziko vzniku dekubitů dle Northonové ?*“

Při přijetí kritérium splněno na 100 %. Ve 31 dokumentacích bylo provedeno stanovení rizika vzniku dekubitů, 6 dokumentací nehodnoceno pro nepřítomnost části ošetřovatelské dokumentace z důvodu překladu pacienta na jiné oddělení.

Při propuštění kritérium splněno na 80,64 %. Ve 25 dokumentacích bylo správně přehodnoceno riziko vzniku dekubitů u pacientů, v 6 případech nebylo přehodnocení provedeno (stupeň rizika zůstal stejný jako při přijetí) a 6 dokumentací nebylo hodnoceno ze stejného důvodu jako při přijetí.

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Northonové: nad 25 bodů (bez rizika), 25 bodů a méně (zvýšené riziko).

Tabulka 11: Riziko vzniku dekubitů

Riziko vzniku dekubitů	Bez rizika	Zvýšené riziko	nehodnoceno	vzorek
Při přijetí	23 (62,16 %)	8 (21,62 %)	6 (16,21 %)	37 (100 %)
Při propuštění	26 (70,27 %)	5 (13,51 %)	6 (16,21 %)	37 (100 %)

Při přijetí bylo 8 pacientů ve zvýšeném riziku vzniku dekubitů, při propuštění jen 5. To znamená, že kvalitní ošetrovatelskou a rehabilitační péčí došlo u 3 pacientů k celkovému snížení rizika vzniku dekubitů a následných komplikací.

2.3.4 Využití ošetrovatelských diagnóz u jednotlivých respondentů

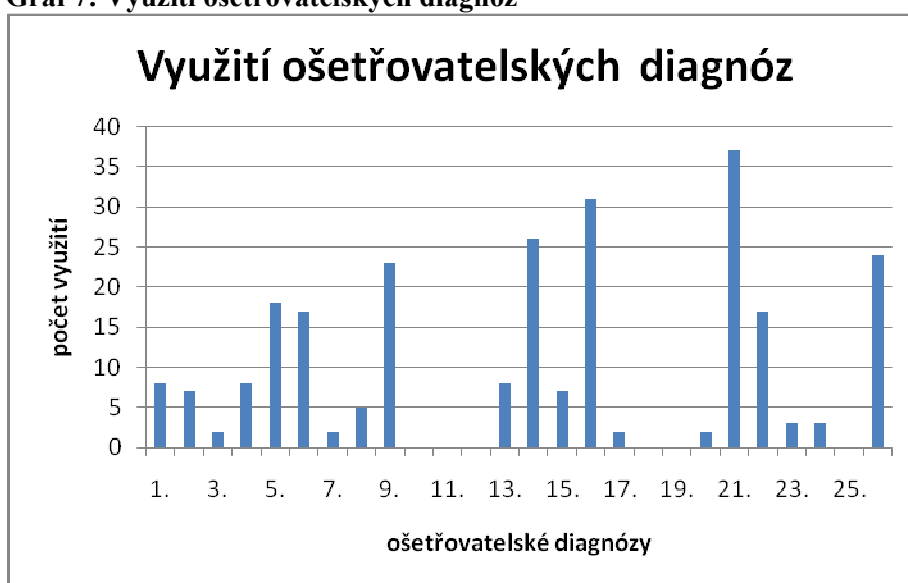
Ke správnému zmapování využití ošetrovatelských diagnóz u jednotlivých respondentů byl vytvořen formulář II., který obsahoval všechny předtíštěné ošetrovatelské diagnózy ze Střednědobého plánu ošetrovatelské péče v NVM a.s.

Tabulka 12: Využití ošetrovatelských diagnóz

Formulář II.	Celkový počet respondentů	37	100 %
Pořadové číslo:			
číslo	Název diagnózy	Využití diagnóz	%
1.	Porucha výživy	8	21,62 %
2.	Zvýšený objem tělesných tekutin	7	18,91 %
3.	Riziko deficitu tělesných tekutin	2	5,40 %
4.	Poruchy vyprazdňování stolice	8	21,62 %
5.	Poruchy vyprazdňování moče	18	48,64 %
6.	Deficit sebepěče	17	45,94 %
7.	Porušený spánek	2	5,40 %
8.	Neefektivní tkáňová perfúze	5	13,51 %
9.	Neefektivní dýchání	23	62,16 %
10.	Dysfunkční odpojování UPV	0	0 %
11.	Porušená výměna plynů	0	0 %
12.	Deficitní znalost	0	0 %
13.	Zhoršená verbální komunikace	8	21,62 %

14.	Zhoršená pohyblivost	26	70,27 %
15.	Porušená kožní, tkáňová integrita	7	18,91 %
16.	Riziko pádu	31	83,78 %
17.	Porucha smyslového vnímání	2	5,40 %
18.	Zhoršená rodičovská role	0	0 %
19.	Neefektivní kojení	0	0 %
20.	Úzkost	2	5,40 %
21.	Riziko infekce	37	100 %
22.	Akutní bolest, chronická	17	45,94 %
23.	Nauzea	3	8,10 %
24.	Poruchy termoregulace	3	8,10 %
25.	Nedodržení	0	0 %
26.	Riziko zvýšeného krvácení	24	64,86 %

Graf 7: Využití ošetřovatelských diagnóz



Z našeho zhodnocení je patrné, že některé ošetřovatelské diagnózy jsou využívány častěji (více než 17x bylo využito 8 diagnóz, více než 5x 6 diagnóz) a některé méně často (2 - 3x 6 diagnóz), úplně nevyužito zůstalo 6 ošetřovatelských diagnóz.

2.3.5 Zhodnocení celkového využití ošetrovatelských diagnóz z předtištěného plánu ošetrovatelské péče

V Střednědobém plánu ošetrovatelské péče v NVM a.s. se nachází 26 předtištěných ošetrovatelských diagnóz s určujícími znaky, souvisejícími nebo rizikovými faktory, s možností dopsání dalších diagnóz dle posouzení sestry u pacienta se specifickými potřebami. Sestry na oddělení mají možnost v rámci ošetrovatelské diagnostiky čerpat z publikace Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. Vzhledem ke krátkému časovému intervalu průzkumu (listopad, prosinec 2010) a zpracování pouze 37 dokumentací, nelze s určitostí vyloučit z plánu všechny nevyužité ošetrovatelské diagnózy.

10. Dysfunkční odpojování UPV (00034)

Tato ošetrovatelská diagnóza se častěji využívá na oddělení ARO, na oddělení intenzivní péče se pacienti na umělé plicní ventilaci vyskytují méně často. Přesto je sestra pracující na jednotce intenzivní péče povinna znát a správně provádět ošetrovatelskou péči o pacienta na UPV. Tuto ošetrovatelskou diagnózu nelze z předtištěného střednědobého plánu vyloučit.

11. Porušená výměna plynů (00030)

Určující znaky: neklid, somnolence, nefyziologické hodnoty arteriálních plynů jsou častými projevy nemoci u pacientů na jednotce intenzivní péče interního oddělení. Lze se jen domýšlet, proč nebyla tato ošetrovatelská diagnóza ani jednou využita u vzorku 37 respondentů. Pravděpodobně se v tomto omezeném výběru nevyskytoval žádný pacient s potřebou saturovat tento ošetrovatelský problém, nebo sestry u těchto pacientů využívaly spíše ošetrovatelské diagnózy pod číslem 9: Neefektivní dýchání (00032), Neefektivní průchodnost dýchacích cest (00031). Tuto diagnózu nelze z předtištěného střednědobého plánu vyloučit.

12. Deficitní znalost (00126)

V souvislosti s hospitalizací, nebo při nově vzniklé nemoci je na jednotce intenzivní péče stejně jako na jiných odděleních často nutné edukovat pacienta o změnách léčebných, ošetrovatelských, rehabilitačních nebo dietních návyků. K tomuto účelu se používají různé formy edukace: ústní – vysvětlení, rozhovor; písemné - brožurky, letáky, předtištěné plány cvičení, rozpisy diet. Tuto ošetrovatelskou diagnózu, i když nebyla v našem vzorku ani jednou využita, nelze z předtištěného plánu vyloučit.

18. Zhoršená rodičovská role (00056)

Rodičovské postoje a potřeby dítěte nejsou náplní ošetrovatelské péče o pacienty na jednotce intenzivní péče interního oddělení, proto lze tuto diagnózu z formuláře vyloučit.

19. Neefektivní kojení (00104)

Ani tato ošetrovatelská diagnóza není náplní intenzivní ošetrovatelské péče na interním oddělení, proto ji lze z formuláře vyloučit.

25. Nedodržení (00079)

I na jednotkách intenzivní nebo intermediální péče se bohužel setkáváme s pacienty, kteří nedodržují léčebný režim. Je pozitivní, že v tomto vzorku se žádný pacient s tímto ošetrovatelským problémem nevyskytl. Přesto je nezbytné ponechat i tuto diagnózu v předtištěném střednědobém plánu ošetrovatelské péče.

Z 26 předtištěných ošetrovatelských diagnóz lze podle našeho zhodnocení vyloučit 2 ošetrovatelské diagnózy – Zhoršená rodičovská role (00056), Neefektivní kojení (00079).

2.3.6 Doplnění ošetrovatelských diagnóz

Pro doplnění ošetrovatelských diagnóz byla použita NANDA International *Ošetrovatelské diagnózy Definice a klasifikace 2009-2011*.

Zanedbávání sebe sama (00193) – pacienti s nedodržováním aktivit k podpoře zdraví, nebo s neodpovídající hygienou z důvodu abúzu alkoholu, kognitivní poruchou i z jiných příčin, jsou ve fázi akutního ohrožení života nebo zdraví často hospitalizováni na jednotce intenzivní péče.

Riziko nestabilní glykemie (00179) – monitorování hodnot glykemií v rámci léčby hypoglykemie nebo hyperglykemie je náplní ošetrovatelského procesu sester v intenzivní péči.

Riziko zhoršené funkce jater (00178) – pacienti se sníženou funkcí až selháním jater z důvodu abúzu návykových látek, hepatotoxicity některých léčiv nebo infekce vyžadují hospitalizaci na jednotce intenzivní péče.

Riziko dysbalance elektrolytů (00195) – pacienti v intenzivní péči s onemocněním ledvin, štítné žlázy, s dysbalancí tekutin, průjmy, zvracením a vedlejšími účinky léčiv jsou často ohroženi nerovnováhou elektrolytů v séru.

Dysfunkční gastrointestinální motilita (00196) – zvýšená, snížená, nebo nepřítomná peristaltika je častým problémem starších imobilních pacientů, pacientů v malnutrici, na enterální výživě, po aplikaci opiátů nebo antibiotik – tj. většiny pacientů v intenzivní péči.

Neefektivní tkáňová perfuze (00024) byla rozdělena na **Neefektivní periferní tkáňovou perfuzi (00204)**, **Riziko snížené srdeční tkáňové perfuze (00200)**, **Riziko neefektivní cerebrální tkáňové perfuze (00201)**, **Riziko neefektivní gastrointestinální perfuze (00202)**, **Riziko neefektivní renální perfuze (00203)**. Všechny tyto ošetrovatelské diagnózy lze využít k péči o pacienty na jednotce intenzivní péče.

Riziko šoku (00205) – je specifickou diagnózou pro intenzivní péči. Pacienti s hypotenzí, hypovolemií, hypoxemií, hypoxií, infekcí nebo sepsí jsou s těmito život ohrožujícími příznaky přednostně hospitalizováni na jednotkách intenzivní péče.

Riziko oslabení lidské důstojnosti (00174) – ztráta kontroly nad tělesnými funkcemi, vystavení těla, vnímané vměšování se do soukromí nebo vnímaná dehumanizace medicíny jsou faktory, které (ať už z léčebných nebo prostorových důvodů) nepříjemně ovlivňují intenzivní péči o pacienty.

Zhoršená odolnost jedince (00210) – deprese, izolace, nízká sebeúcta, abúzus drog jsou určující znaky vyskytující se i u pacientů hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče.

Riziko vaskulárního traumatu (00213) – je riziko poškození žíly a okolních tkání z přítomnosti kanyly, infuzních roztoků. Na jednotce intenzivní péče může být příčinou poškození aplikace infuzních roztoků dráždicích žílu.

2.3.7 Prezentace aktualizovaného plánu ošetrovatelské péče pro oddělení intenzivní péče

Je řada dalších ošetrovatelských diagnóz využitelných u pacientů v intenzivní péči. Z důvodu přehlednosti byly vybrány na předtištěný formulář jen běžně využívané diagnózy. Ošetrovatelský personál má možnost použít k doplnění aktualizované vydání NANDA International *Ošetrovatelské diagnózy Definice a klasifikace 2009-2011*.

Při tvorbě formulářů se musí dodržovat určité zásady: formulář musí být potřebný, může jej vytvořit pouze kompetentní pracovník, nesmí být v rozporu s obecně závaznými předpisy, může shromažďovat jen údaje potřebné k zajištění ošetrovatelské péče, nesmí obsahovat diskriminační údaje ani údaje duplicitní a musí mít jednoduché vyplnění. Zavedený formulář by měl odpovídat skutečným potřebám, zjednodušovat práci sester a hlavně být přínosem pro vedení ošetrovatelské dokumentace. (Vondráček, 2008, s. 69) V příloze č. 4 je znázorněna aktualizovaná verze, kdy z původního plánu byly odstraněny dvě ošetrovatelské diagnózy a naopak přidány anebo sloučeny nové diagnózy z NANDA International *Ošetrovatelské diagnózy Definice a klasifikace 2009-2011*. Posoupnost jednotlivých diagnóz byla pozměněna dle návaznosti jednotlivých potřeb.

1. První diagnóza původního formuláře (Porucha výživy nedostatečná výživa 00002) byla pozměněna na **Nevyvážená výživa-méně**, než je potřeba organismu (00002), **více**, než je potřeba organismu (00001) a **Porucha polykání** (00103). Ošetrovatelské cíle i intervence se nezměnily.
2. Druhá a třetí diagnóza (Zvýšený objem tělesných tekutin a Riziko deficitu tělesných tekutin 00028) byly sloučeny do jedné diagnostické skupiny **Snížený objem tekutin v organismu** (00027), **Riziko sníženého objemu tekutin v organismu** (00028), **Zvýšený objem tekutin v organismu** (00026), **Riziko nevyváženého objemu tekutin v organismu** (00025) a nově byla přidána diagnóza **Riziko dysbalance elektrolytů** (00195). Ošetrovatelské cíle i intervence byly sloučeny a doplněny. Společným cílem těchto diagnóz je pacient s vyváženým objemem tekutin v organismu.
3. Do třetí diagnostické skupiny byly přeřazeny ošetrovatelské diagnózy **Riziko aspirace** (00039) a **Nauzea** (00134), které navazují na předcházející diagnózy.

4. Do čtvrté části byly zařazeny ošetrovatelské diagnózy **Riziko nestabilní glykemie** (00179) a **Riziko zhoršené funkce jater** (00178). K těmto novým diagnózám byly specifikovány ošetrovatelské cíle a intervence.
5. V páté části zůstaly diagnózy **Inkontinence moči - funkční** (00020), **s přetékáním** (00176), **reflexní** (00018), **stresová** (00017), **urgentní** (00019) a **Retence moči** (00023).
6. Do šesté diagnostické skupiny byly přeřazeny poruchy ve vyprazdňování stolice - **Inkontinence stolice** (00014), **Průjem** (00013), **Zácpa** (00011), **Riziko zácpy** (00015) a nově zařazena **Dysfunkční gastrointestinální motilita** (00196)
7. V sedmé diagnostické skupině se nachází diagnózy **Zhoršená pohyblivost na lůžku** (00091), **Zhoršená tělesná pohyblivost** (00085), **Zhoršená pohyblivost na vozíku** (00089) a **Zhoršená chůze** (00088)
8. Na tuto diagnostickou skupinu navazuje ošetrovatelská diagnóza **Deficit sebeděče - při koupání** (00108), **při oblékání** (00109), **při stravování** (00102), **při vyprazdňování** (00110)
9. V deváté skupině jsou zařazeny **Nespavost** (00095), **Únava** (00093) a **Intolerance aktivity** (00092)
10. **Riziko krvácení** (00206) je jedna z novějších, přesto u pacientů v interních oborech často používaných ošetrovatelských diagnóz. V našem výzkumném šetření byla využita u 24 probandů, což je 64,86 % využití.
11. Do jedenácté diagnostické skupiny byly sloučeny diagnózy **Snížený srdeční výdej** (00029) a **Riziko snížené srdeční tkáňové perfuze** (00200) a přidána diagnóza **Riziko šoku** (00205) patřící do stejné domény (4) i třídy (4: Kardiovaskulární-pulmonální reakce)
12. V další skupině byly ponechány diagnózy **Neefektivní periferní tkáňová perfuze** (00204), **Riziko neefektivní perfuze - cerebrální tkáňové** (00201), **gastrointestinální** (00202), **renální** (00203)
13. Další diagnózy se týkají potřeby dýchání - **Porucha výměny plynů** (00030), **Neefektivní vzorec dýchání** (00032), **Neefektivní průchodnost dýchacích cest** (00031) a **Zhoršená spontánní ventilace** (00033)
14. Na tyto diagnózy navazuje **Negativní reakce organismu na odpojení od ventilátoru** (00034)

15. **Narušené smyslové vnímání** (00122), **Akutní zmatenost** (00128), **Chronická zmatenost** (00129), **Zhoršená verbální komunikace** (00051) jsou ošetrovatelské diagnózy, které spolu úzce souvisí, proto byly spojeny do jedné diagnostické skupiny.
16. **Zhoršená odolnost jedince** (00210), do stejné skupiny byla přiřazena diagnóza **Zanedbávání sebe sama** (00193) pro lepší využitelnost sestrami, kdy obě tyto diagnózy mají podobné cíle i intervence.
17. **Riziko oslabení lidské důstojnosti** (00174) je nově zařazená ošetrovatelská diagnóza související s prostředím a léčbou pacientů v intenzivní péči. Do této skupiny bylo ze stejných důvodů přidáno i **Riziko bezmocnosti** (00152).
18. Do další skupiny patří **Strach** (00148), **Úzkost** (00146), **Úzkost ze smrti** (00147). **Stresové přetížení** (00177) je nově zařazená diagnóza vyskytující se často u chronicky nemocných v terminálním stádiu onemocnění.
19. **Riziko pádů** (00155)
20. **Riziko infekce** (00004)
21. **Narušená integrita - kůže** (00046), **tkáň** (00044). **Riziko vaskulárního traumatu** (00213) – nově zařazená ošetrovatelská diagnóza související s častou aplikací dráždivých látek periferní žilní kanylou.
22. **Riziko poškození** (00035), **Riziko sebepoškození** (00139)
23. **Hypertermie** (00007), **Hypotermie** (00006), **Neefektivní termoregulace** (00008)
24. **Akutní bolest** (00132), **Chronická bolest** (00133)

Bylo vytvořeno 24 diagnostických skupin se specifickými určujícími znaky a souvisejícími nebo rizikovými faktory. Byly vytyčeny společné cíle, na něž navazovaly konkrétní intervence nutné k jejich dosažení. Všechny parametry byly vloženy do tabulky a přehledně upraveny. Sestry budou moci tento plán zpracovávat formou zakřížkování jednotlivých kolonek i dopisováním konkrétních údajů.

3. DISKUZE

Téma bakalářské práce: „Analýza ošetrovatelské dokumentace na jednotce intenzivní péče interního oddělení...“ bylo zvoleno záměrně pro svoji aktuálnost. Potřeba inovace plánu ošetrovatelské péče, která byla vyžádána vedením nemocnice, je dána rozvojem diagnostických a léčebných postupů v intenzivní péči, snahou o zvyšování její kvality a vznikem nových ošetrovatelských diagnóz.

Práce měla stanoveny 3 cíle, výzkumné šetření probíhalo ve 3 na sebe navazujících etapách. První etapa pro splnění prvního cíle spočívala v analýze používané ošetrovatelské dokumentace z hlediska dodržování legislativy, kritérií NVM a.s. a zhodnocení kvality poskytované péče. Ve druhé etapě byla provedena analýza ošetrovatelské dokumentace se zaměřením na využití ošetrovatelských diagnóz z předtištěného plánu péče. Na základě výsledků byl v rámci třetí etapy splněn třetí cíl – byla provedena aktualizace plánu ošetrovatelské péče.

Nejdříve byla pomocí klíčových slov (*ošetrovatelská dokumentace, ošetrovatelská péče, intenzivní péče, ošetrovatelský plán*) provedena rešerše odborných článků za období 5 let od roku 2006 do roku 2011. Vyhledávání bylo provedeno v databázích BMČ – Medvik a na internetových zdrojích www.theses.cz. Z celkového počtu bylo v diskusi využito 13 zdrojů.

Cíl 1: *Pomocí obsahové analýzy zjistit, zda zavedená ošetrovatelská dokumentace na interní JIP NVM a.s. odpovídá požadavkům současné legislativy, dodržuje všechna požadovaná kritéria a zda je možné hodnotit kvalitu poskytované péče na základě jednotlivých údajů v dokumentaci.* Pro splnění tohoto cíle byl vytvořen formulář I.: *Kontrolní list interního auditu ošetrovatelské dokumentace*, který obsahuje 21 kontrolních kritérií. Z vyhodnocení identifikačních údajů vyplývá, že ve zkoumaném období bylo hospitalizováno více mužů (62,13%) než žen (37,84%), což souvisí s medicínskou diagnostickou skladbou pacientů hospitalizovaných na zkoumaném oddělení. Průměrný věk pacientů je 71 let, průměrná délka hospitalizace 10 dnů, zde je rozdíl v délce hospitalizace u mužů - 12 dnů, a u žen - 8 dnů. Skladba pacientů z hlediska medicínské diagnostiky souvisí s celosvětovým trendem ve výskytu civilizačních chorob, kdy nejčastější příčinou onemocnění jsou nemoci kardiovaskulárního systému, což v našem vzorku potvrzuje celkový počet 23 (62,16%) pacientů s městnavým selháním srdce, akutním koronárním syndromem nebo arytmií.

Na jednotku intenzivní péče jsou nejčastěji přijímáni pacienti z domova 25x (67,56%), na druhém místě jsou akutní překlady ze standardních oddělení 6x (16,21%) a na třetím plánované překlady z ARO nebo MD JIP 5x (13,51%). Častý výskyt akutních neplánovaných příjmů klade vysoké nároky na práci sester z hlediska organizačních dovedností i schopností řešit stresové situace. Na JIP je 8 lůžek intenzivní péče a 5 lůžek pro intermediální péči. Tento systém umožňuje doléčení pacientů a následné propuštění ze stejného oddělení, což je výhodnější pro pacienta (omezuje jeho stěhování mezi odděleními) i pro ošetřujícího lékaře (vede léčbu pacienta od začátku do konce hospitalizace). Z tohoto pohledu je pochopitelný i počet 19 (51,35%) pacientů propuštěných z JIP do domácího ošetřování. 11x (29,72%) byl pacient přeložen na standardní oddělení, 2x (5,40%) na oddělení následné péče a 5x (13,51%) do jiného zařízení. Množství překladů do jiného zařízení souvisí s časnou diagnostikou a léčbou akutního koronárního syndromu pomocí koronarografie a perkutánní koronární angioplastiky.

K vyhodnocení dodržování požadavků legislativy a kritérií NVM a.s. bylo stanoveno 10 otázek (kritérií). Z šetření vyplývá, že 8 kritérií bylo splněno na 100%. Kritérium č. 17: *Jsou záznamy v ošetřovatelské dokumentaci čitelné?* bylo ohodnoceno na 97,29% . Ve 2 případech byly záznamy několika sester hůře čitelné, proto byly hodnoceny za 1 bod. Podobného výsledku bylo dosaženo i v jednoduchém auditu ošetřovatelské dokumentace při porovnávání dvou fakultních nemocnic, kdy podle Sovové (2006, s.32) byl požadavek čitelnosti dodržen ve 100% a v 98%. Kritérium č. 18: *Jsou záznamy v ošetřovatelské dokumentaci s podpisem a identifikací?* bylo ohodnoceno na 95,94%. Ve 3 případech chyběla identifikace záznamu jednou sestrou, proto bylo hodnocení sníženo na 1 bod. Jak uvádí Policar (2010, s. 35), každý zápis do zdravotnické dokumentace musí obsahovat identifikační údaje a podpis osoby, která jej provedla. V našem šetření byly celkové požadavky legislativy a kritéria NVM zhodnoceny na 99,32%, což koresponduje s již zmiňovaným jednoduchým auditem ošetřovatelské dokumentace dvou fakultních nemocnic, ve kterém byla kompletní ošetřovatelská dokumentace správně vedena v 96% a ve 100%. (Sovová, 2006, s.32) Naproti tomu šetření Kotaskové a Tóthové (2007, s. 425-426), ve kterém zjišťovaly úroveň vedení ošetřovatelské dokumentace v konkrétních zdravotnických zařízeních, prokázalo, že pouze 83% dotázaných sester sleduje a reviduje plán péče dle stavu pacienta. Získaná data přesto dokazují, že vedení ošetřovatelské dokumentace berou

sestry jako plnohodnotnou součást každodenní praxe. (Kotasková, Tóthová, 2007, s. 425-426)

Ke zhodnocení kvality poskytované péče byla stanovena 4 kritéria s časovým rozlišením – při přijetí, při propuštění. Z našeho šetření vyplynuly zajímavé údaje. Čtyři hodnotící škály, používané ke zhodnocení stavu pacienta, byly při přijetí použity ve všech případech (ve 100%). Při propuštění (překladu) pacienta z jednotky intenzivní péče bylo přehodnocení škál provedeno vždy u Barthelova testu všedních činností (100%), u ostatních škál nebylo provedeno v 6 případech (z důvodu setrvání pacienta na stejném stupni rizika). Proto byla tato kritéria splněna na 80,64%. Při celkovém hodnocení kvality poskytované péče z hlediska využití hodnotících škál a technik bylo dosaženo 92,74%. K porovnání byly použity výsledky výzkumné práce Kubátové (2010, s. 52-64), která sledovala využití hodnotících technik v ošetrovatelské péči v praxi. Z výsledků jejího rozsáhlého šetření vyplývá, že hodnocení rizika pádů provádí 80,5% dotazovaných sester, hodnocení míry soběstačnosti (mezi něž patří Barthelův test všedních činností) 93,5% sester, hodnocení rizika vzniku dekubitů všech 100% sester a nutriční skóre ke zhodnocení rizika vzniku malnutrice 73,4% sester (k tomuto údaji je nutno přičíst 19,8% případů hodnocení nutričním terapeutem). Opakovaně používalo hodnotící testy a škály 81,1% dotazovaných sester. V porovnání těchto dvou studií lze konstatovat, že sestry na JIP NVM a.s. velmi správně využívají hodnotící škály k posouzení zdravotního stavu pacienta při přijetí (100%). Při propuštění jsou procentuální hodnoty autorky (80,5%) a studie Kubátové (2010, s. 52) (81,1%) srovnatelné.

Opakované hodnocení škál u pacientů na JIP bylo využito ke srovnání stupně rizik při přijetí a propuštění z JIP, z něhož se dá odvodit, zda došlo ke zlepšení nebo zhoršení zdravotního stavu pacientů během hospitalizace. Počet pacientů v riziku pádů se během hospitalizace nezměnil, z čehož vyplývá, že většina kritérií hodnocení rizika pádů je neměnných (věk, pád v anamnéze), proto je nelze ovlivnit ošetrovatelskou péčí, lze se jen snažit zamezit vzniku mimořádné události a poškození pacienta pádem (podáním signalizačního zařízení k ruce, úpravou okolí lůžka, používáním správných přezůvek, doprovodem pacienta na WC). V současné době je sledování rizika pádů jedním z národních indikátorů kvality. Výsledkem projektu „Pády“ je standardní postup a metodika sběru dat vydané Českou asociací sester. (dostupné na: <http://www.cnaa.cz/pady/>)

Při hodnocení nutričního skóre došlo k navýšení počtu pacientů bez nutnosti intervence nutričního terapeuta nebo specialisty z 12 na 19, což svědčí o zlepšení stavu nutrice u 7 pacientů. Výživa patří mezi základní potřeby pacienta, ovlivňuje úspěšnost léčby různých chorob. (Grofová, 2007, s. 9) V nemocnicích se v ohrožení malnutricí nachází jedna třetina až jedna polovina pacientů. Nejrizikovější jsou z našeho pohledu senioři a chronicky nemocní. (<http://www.vyzivavnemoci.cz/co-je-to-podvyziva>) Z těchto důvodů je hodnocení nutričního skóre a sledování příjmu potravy důležitou součástí péče o pacienta.

Při hodnocení Barthelova testu základních všedních činností došlo ke snížení závislosti pacientů – u vysoké závislosti ze 4 na 2, a u střední závislosti z 8 na 2. Lze tedy předpokládat, že u 8 pacientů došlo ke zlepšení soběstačnosti během hospitalizace. Jak uvádí Tomagová (2008, s. 118) při realizaci denních aktivit je důležité se zaměřit na udržování nebo zvyšování současného stavu sebez péče a usilovat o co největší nezávislost pacienta.

U hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Northonové byl při propuštění snížen počet pacientů ve zvýšeném riziku z 8 na 5. Z toho vyplývá, že u 3 pacientů bylo sníženo riziko vzniku dekubitů na minimum. Sledování dekubitů je dalším z národních indikátorů kvality. (dostupné na: <http://www.cna.cz/narodni-indikatory-kvality-pece/dekubity/>)

Po zhodnocení všech dat měřících technik a škál lze konstatovat, že u většiny pacientů na JIP došlo kvalitně vedenou ošetrovatelskou péčí ke snížení rizika vzniku dekubitů, zlepšení nutričního stavu i zvýšení soběstačnosti.

Cíl 2: Zhodnotit využití ošetrovatelských diagnóz z předtištěného plánu ošetrovatelské péče. Ke splnění tohoto cíle byl vytvořen Formulář II obsahující 26 ošetrovatelských diagnóz podle Střednědobého plánu ošetrovatelské péče NVM a.s. Z vyhodnocení formuláře vyplynulo, že z celkového počtu 26 diagnóz nebylo 6 diagnóz využito vůbec a dalších 6 jen ve 2 až 3 případech. 14 ošetrovatelských diagnóz bylo využíváno v 5 až 37 případech, což svědčí o jejich potřebnosti na lůžkách intenzivní péče. Vzhledem ke krátkému časovému období pro sběr dat nelze z tohoto plánu s určitostí vyloučit všechny nevyužité ošetrovatelské diagnózy. Po pečlivém zvážení byly vyřazeny 2 ošetrovatelské diagnózy (Zhoršená rodičovská role 00056, Neefektivní kojení 00104), ostatní byly ponechány.

Cíl 3: *Na základě výsledků zhodnocení provést aktualizaci ošetrovatelské dokumentace.* Při aktualizaci ošetrovatelských diagnóz je nutné si připomenout nejčastější potřeby pacientů v intenzivní péči, kterými podle Kapounové (2007) jsou potřeba dýchání, výživy, vyprazdňování, soběstačnosti a psychické vyrovnanosti. Pomocí aktualizovaného vydání NANDA International *Ošetrovatelské diagnózy Definice & klasifikace 2009-2011* a monografie *Potreby v ošetrovatelství* (Tomagová, aj., 2008) byly s ohledem na jednotlivé potřeby pacientů v intenzivní péči do inovovaného plánu ošetrovatelské péče doplněny některé nové ošetrovatelské diagnózy, cíle a intervence a upravena posloupnost diagnóz tak, aby na sebe co nejlépe navazovala. Potřeba dýchání, se kterou souvisí i srdeční činnost, je v ošetrovatelských diagnózách využívaných na JIP zastoupena dostatečně. Do této kategorie potřeb byla nově přiřazena pouze diagnóza **Riziko šoku** (00205), což je specifická diagnóza často se vyskytující u pacientů na JIP. Saturace potřeby výživy je důležitou součástí ošetrovatelské péče. Pacient ve vážném stavu potřebuje vyšší příjem energie než zdravý člověk, proto je nezbytné zajištění dostatečného příjmu energie pomocí enterální nebo parenterální výživy. (Křížová, 2010, s. 84). Zde nabývá na významu spolupráce s nutričním terapeutem, který je schopen po rozhovoru s pacientem a vypracování rozšířeného nutričního screeningu upravit jídelníček tak, aby co nejvíc vyhovoval konkrétním potřebám pacienta. Samostatnou diagnostickou skupinu z třídy metabolismus tvoří nově zařazené diagnózy **Riziko nestabilní glykemie** (00179) a **Riziko zhoršené funkce jater** (00178). Pacienti s nutností pravidelné monitorace hodnot glykemií pro riziko hypo nebo hyperglykemie i pacienti se selháváním jater jsou často hospitalizováni na JIP. Dostatečný příjem tekutin a hlavně pečlivé bilancování tekutin patří k základnímu sledování stavu pacienta. Do diagnostické skupiny z třídy hydratace byla přidána diagnóza **Riziko dysbalance elektrolytů** (00195). Potřeba vyprazdňování souvisí s příjmem potravy a je základní biologickou potřebou pacientů. Do diagnostické skupiny poruchy vyprazdňování stolice byla nově zařazena diagnóza **Dysfunkční gastrointestinální motilita** (00196). Potřeba soběstačnosti je nesmírně důležitou součástí péče o pacienta. I při ošetrování pacientů v bezvědomí je nutná komunikace sestry, musí pacientovi říct, co bude dělat, proč a jestli to bude bolet. Pacienty s deficitem sebepéče je třeba motivovat k co největší samostatnosti a chválit je za každý sebemenší pokrok. Velkými pomocníky ve zlepšování pohyblivosti pacientů jsou fyzioterapeuti, kdy péče o pacienta neleží jen

na bedrech ošetřující sestry, ale zodpovídají za ni i jiní specialisté. Nevýhodou je, že fyzioterapeut na oddělení pouze dvakrát denně dochází, není součástí ošetřovatelského týmu a nemůže se pacientovi věnovat tolik, kolik by bylo zapotřebí. Potřeba psychické vyrovnanosti je u pacientů velmi důležitá. Do plánu péče byla zařazena diagnóza **Riziko oslabení lidské důstojnosti** (00174), kdy vnímané vměšování se do soukromí, vystavení těla i vnímaná dehumanizace medicíny jsou rizikové faktory vyskytující se na odděleních intenzivní péče ve zvýšené míře. Důvodem zajisté je snaha o záchranu lidského života, ale u polymorbidních pacientů, častou ve vyšším věku bývá výsledkem jen prodlužování utrpení. S tím souvisí i další nově zařazená ošetřovatelská diagnóza **Stresové přetížení** (00177). Tato diagnóza se často vyskytuje u chronicky nemocných v terminálním stádiu onemocnění. Další navazující diagnózou je **Zhoršená odolnost jedince** (00210) u pacientů s depresí, sociální izolací, nízkou sebeúctou, po abúzu drog nebo alkoholu. Do stejné diagnostické skupiny byla přiřazena diagnóza **Zanedbávání sebe sama** (00193), do které spadají pacienti s nedodržením aktivit k podpoře zdraví, nebo s neodpovídající hygienou z důvodu abúzu alkoholu nebo kognitivní poruchou. **Riziko vaskulárního traumatu** (00213) bylo nově zařazeno do třídy fyzické poškození domény Bezpečnost/ochrana. Kontrola místa vpichu i délky zavedení kanyly je rutinní záležitostí v péči o pacienty, ale častá aplikace injekčních nebo infuzních roztoků dráždících žilu nás vedla k nutnosti toto riziko a s tím spojené cíle a intervence do plánu péče zařadit.

Inovovaný střednědobý plán ošetřovatelské péče byl vytvořen s nelehkým úkolem zohlednit množství diagnóz použitelných v intenzivní péči a neztratit přitom na přehlednosti a jednoduchosti. Snahou bylo co nejvíce ulehčit práci sester při vytyčování diagnóz, cílů a intervencí u jednotlivých pacientů. Zda se nám tento úkol podařilo splnit, to se projeví v následujících měsících, kdy se bude aktualizovaný plán používat. Pro rychlejší a kvalitnější vedení ošetřovatelské dokumentace by bylo vhodné zvážit využití elektronického systému při vytváření ošetřovatelských diagnóz u jednotlivých pacientů tak, jak fungují v jiných zdravotnických zařízeních. Například v Nemocnici Jihlava jsou vytvořeny a uloženy v počítači ošetřovatelské diagnózy dle potřeb jednotlivých oddělení. Sestry je aktualizují, vytisknou a dále s nimi pracují. (Křížová, 2010, s. 86) Je na managementu naší nemocnice, aby posoudil výhody a nevýhody tohoto systému.

ZÁVĚR

Pomocí auditu ošetrovatelské dokumentace na jednotce intenzivní péče interního oddělení jsme prokázali, že vedení ošetrovatelské dokumentace v Nemocnici Valašské Meziříčí a.s. je v souladu se současnými požadavky legislativy a zároveň dodržuje vlastní kritéria nastavená managementem nemocnice. Dále jsme potvrdili, že kvalitní ošetrovatelskou péčí lze během hospitalizace snížit riziko vzniku dekubitů, zlepšit nutriční stav a zvýšit soběstačnost pacientů.

Podářilo se nám zhodnotit využití ošetrovatelského plánu péče na oddělení, aktualizovat jednotlivé ošetrovatelské diagnózy a následně tento plán inovovat. Naším cílem bylo vytvořit takový plán ošetrovatelské péče, který by využíval nových poznatků moderního ošetrovatelství, plně saturoval potřeby pacientů a zároveň by byl přínosem pro sestry. Námi navržená dokumentace obsahuje množství ošetrovatelských diagnóz, které jsme pro zjednodušení zařadili do diagnostických skupin podle navržených cílů, kterých chceme dosáhnout.

Současné reformy zdravotnického systému spolu se zvyšující se ekonomickou zátěží pacientů vedou ke změnám postojů laické veřejnosti k poskytovatelům zdravotní péče - k sestřám a lékařům. To vše klade zvýšené nároky nejen na odbornost těchto poskytovatelů, ale i na precizní vedení dokumentace, která péči dokladuje. Sestry si často stěžují, že pro množství „papírové“ práce nemají čas věnovat se pacientům, aniž by si uvědomovaly důležitost a opodstatněnost dokumentování péče. Je třeba neustále vysvětlovat, kontrolovat a aktualizovat jednotlivé části ošetrovatelské dokumentace tak, aby sloužily ku prospěchu pacientů i sester. Je žádoucí do těchto aktualizací sestry aktivně zapojit.

LITERATURA A PRAMENY

- BAŘINKOVÁ, Helena. *Retrospektivní revize perioperační ošetrovatelské dokumentace*. Diplomová práce obhájena na Jesseniové lékařské fakultě v Martině Univerzity Komenského v Bratislavě. Martin 2009, 120 s.
- Česká asociace sester. *Pády*. 2002, [online] [cit. 2011-04-03 v 16:45] Dostupné na: <http://www.cnaa.cz/pady/>
- Česká asociace sester. *Dekubity*. 2002, [online] [cit. 2011-04-03 v 17:15] Dostupné na: <http://www.cnaa.cz/narodni-indikatory-kvality-pece/dekubity/>
- FIŠAROVÁ, Zuzana. *Elektronická dokumentace a zkušenosti sestry, Florence*, ISSN 1801-464X. 2010, roč. 6, č. 9, s. 4.
- HERDMAN, T. H., et al. *NANDA International Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2009-2011*. Přel. Pavla Kudlová. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1
- GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 240 s. ISBN 978-80-247-1868-2
- KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9
- KILÍKOVÁ, Mária. *Kvalita vedenia ošetrovateľskej dokumentácie v praxi, Kontakt*. ISSN 1212-4117. 2009, roč.11, č. 1, s. 232-238
- KLÁNOVÁ, Markéta. *Zdravotnická dokumentace, Sestra*, ISSN 1210-0404. 2009, roč. 19, č.6, s. 12-13
- KOLEKTIV AUTORŮ. 2002. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 385 s. ISBN 80-217-0278-9.
- *Koncepce ošetrovatelství*. 2004. In *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. 2004, *Metodické opatření* č. 9.
- KOTASKOVÁ, Lenka, TÓTHOVÁ, Valérie. *Vedení ošetrovatelské dokumentace v České republice, Florence*, ISSN 1801-464X. 2007, roč. 3, č. 10, s 425-426
- KŘÍŽOVÁ, Radmila. *Analýza a inovace vybrané ošetrovatelské dokumentace používané na pracovišti intenzivní medicíny*. Diplomová práce obhájená na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích v roce 2010, 136 s. Dostupné na: www.theses.cz
- KUBÁTOVÁ, Jitka. *Využívání hodnotících technik v ošetrovatelské péči v praxi*. Diplomová práce obhájená na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské

univerzity v Českých Budějovicích v roce 2010, 147 s. Dostupné na: www.theses.cz

- MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- MIČUDOVÁ, Erna, KOCOURKOVÁ, Jitka. Ošetrovatelská dokumentace v nemocničním informačním systému, *Sestra*. ISSN 1210-0404. 2006, roč. 16, č. 3, s. 25
- POLICAR, Radek. Ještě jednou o zdravotnické dokumentaci, *Onkologická péče*, ISSN 1214-5602. 2007, roč. 11, č. 3, s. 22-23
- POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7
- SOVOVÁ, Eliška; ŘEHOŘOVÁ, Jarmila; aj. Jednoduchý audit ošetrovatelské dokumentace, *Florence*. ISSN 1801-464X. 2006, roč. 2, č. 1, s.32
- STRNAD, Zdenek. K vyhlášce č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, *Diagnóza v ošetrovatelství*. ISSN 1801-1349. 2007, roč. 3, č. 3, s. 109
- ŠČEPOŇCOVÁ, Sabina. Zdravotnická dokumentace, *Sestra*. ISSN 1210-0404. 2009, roč. 19, č. 11, s. 28-29
- ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
- TOMAGOVÁ, Martina; BÓRIKOVÁ, Ivana. *Potreby v ošetrovatelství*. Martin: vyd. Osvěta, 2008. 198 s. ISBN 978-80-8063-270-0
- TOMEK, Vratislav. Ošetrovatelská dokumentace, *Florence*. ISSN 1801-464X. 2007, roč. 3, č.5, s. 238-239
- TRACHTOVÁ, Eva, a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: 2.vyd. NCO NZO, 2003, 186 s. ISBN 80-7013-324-4
- VIDOVIČ, Saša. Otazníky ošetrovatelského procesu, *Florence*. ISSN 1801-464X. 2007, roč.3, č. 2, s. 84
- VONDRÁČEK, Lubomír; WIRTHOVÁ, Vlasta. 2008. *Sestra a její dokumentace*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
- VONDRÁČEK, Jan. Ošetrovatelská dokumentace a odpovědnost, *Florence*. ISSN 1801-464X. 2006, roč. 2, č. 5, s. 48
- Vedení ošetrovatelské dokumentace. 2002. In *Česká asociace sester* [online]. Říjen 2002. [cit.2011-02-16 v 15:47] Dostupné na internetu:

<<http://www.cnaa.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace>>.

- *Vyhláška č. 64/2007 Sb., kterou se mění Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 479/2006 Sb.*
- *Vyhláška č. 385/2006 Sb. Ministerstva zdravotnictví České republiky o zdravotnické dokumentaci ve znění Vyhlášky č. 479/2006 Sb. a Vyhlášky č. 64/2007 Sb., příloha 1* [online]. 21 Červenec 2006. [cit.2011-02-16 v 15:42]. Dostupný na internetu: <http://www.elk.cz/zakpred/vyhl_385_2006_zdrav_dokumentace.html>.
- *Zákon č. 111/2007 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů*
- *Zákon č. 499/2004 Sb., o archivnictví a spisové službě a o změně některých zákonů*
- <<http://www.vyzivavnemoci.cz/co-je-to-podvyziva>> [online] [cit.2011-04-03 v 16:32]

SEZNAM ZKRATEK

ARO	anesteziologicko resuscitační oddělení
JIP	jednotka intenzivní péče
IMP	intermediální péče
MD JIP	multidisciplinární jednotka intenzivní péče
NN	nosokomiální nákazy
NVM a.s.	Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.
ONP	oddělení následné péče
UPV	umělá plicní ventilace

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Pohlaví respondentů.....	26
Tabulka 2: Délka hospitalizace.....	27
Tabulka 3: Hlavní medicínská diagnóza.....	28
Tabulka 4: Příjem pacientů.....	29
Tabulka 5: Propuštění pacientů.....	29
Tabulka 6: Požadavky legislativy a kritéria NVM a.s.....	30
Tabulka 7: Hodnocení kvality poskytované péče.....	33
Tabulka 8: Riziko pádu.....	34
Tabulka 9: Nutriční skóre.....	34
Tabulka 10: Barthelův test.....	35
Tabulka 11: Riziko vzniku dekubitů.....	36
Tabulka 12: Využití ošetrovatelských diagnóz.....	36

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věk respondentů – muži.....	26
Graf 2: Věk respondentů – ženy.....	26
Graf 3: Délka hospitalizace – muži.....	27
Graf 4: Délka hospitalizace – ženy.....	27
Graf 5: Hlavní medicínská diagnóza.....	28
Graf 6: Příjem, propuštění.....	29
Graf 7: Využití ošetrovatelských diagnóz.....	37

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1: Žádost o povolení realizace výzkumného šetření
- Příloha č. 2: Formulář I: *Kontrolní list interního auditu ošetrovatelské dokumentace*
- Příloha č. 3: Formulář II: *Využití ošetrovatelských diagnóz*
- Příloha č. 4: Aktualizovaný Plán ošetrovatelské péče

Jana Pelikánová
Hlavní sestra
Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.
U Nemocnice 980
Valašské Meziříčí
757 42

Ve Valašském Meziříčí 17.1.2011

VĚC: **Žádost o povolení realizace výzkumného šetření**

Žádám o povolení realizace výzkumného šetření, týkajícího se vedení ošetrovatelské dokumentace na interní JIP. Pomocí obsahové analýzy uzavřené dokumentace pacientů hospitalizovaných na tomto oddělení bude provedena aktualizace plánu ošetrovatelské péče. Výsledky tohoto šetření budou použity pro mou závěrečnou bakalářskou práci k ukončení studia na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, obor ošetrovatelství, kombinovaná forma. Bakalářská práce je vedena Mgr. Zdeňkou Mikšovou, PhD.

Děkuji za kladné vyřízení žádosti.

.....
Pavla Krumpochová
St. sestra interní JIP

Souhlasím s provedením výzkumného šetření
Ve Valašském Meziříčí 20.1.2011

.....
Jana Pelikánová
Hlavní sestra NVM

Kontrolní list interního auditu

Cíl: Audit ošetrovatelské dokumentace (Perioperační ošetrovatelský záznam)

Oddělení: Interní JIP

Datum auditu: 1. února 2011

Hospitalizace od 1. listopadu do 31. prosince 2010


Auditor (jmenovka a podpis):

Krumpočková Pavla

Kontrolní kritéria		shoda	částečná	neshoda	nehodnoceno	Poznámka
		2 body	shoda 1 bod	0 bodů	N	
		2 body	1 bod	0 b	N	
1.	Pořadové číslo dokumentace (1 až 37)					
2.	Věk pacienta					
3.	Pohlaví pacienta					
4.	Délka hospitalizace na JIP					
5.	Hlavní medicínská diagnóza					
6.	Odkud byl pacient přijatý?					
7.	Je zaznamenán čas fyzického přijetí na lůžko?					
8.	Je pacient seznámen s Kodexem práv?					
9.	Je ošetrovatelská anamnéza zpracována do 12 hodin od přijetí?					
10. a	Je stanoven stupeň Rizika pádu při přijetí?					
10. b	Je stanoven stupeň Rizika pádu při propuštění?					
11. a	Je stanoveno nutriční skóre při přijetí?					
11. b	Je stanoveno nutriční skóre při propuštění?					
12. a	Je stanoven Barthelův test všedních činností při přijetí ?					
12. b	Je stanoven Barthelův test všedních činností při propuštění ?					
13. a	Je stanoveno riziko vzniku dekubitů při přijetí ?					
13. b	Je stanoveno riziko vzniku dekubitů při propuštění ?					
14.	Je prováděno přehodnocení rizik?					

15.	Je prováděno hodnocení ošetrovatelské péče?						
16.	Je zaznamenána edukace pacienta?						
17.	Jsou záznamy v ošetrovatelské dokumentaci čitelné?						
18.	Jsou záznamy v ošetrovatelské dokumentaci s podpisem a identifikací?						
19.	Je vypracována ošetrovatelská překladová zpráva?						
20.	Je zaznamenán čas fyzického propuštění pacienta?						
21.	Kam byl pacient propuštěn?						
Celkem hodnoceno kritérií:		Celkové hodnocení v %:			Výborné 80% - 100%	Dobré 50% - 79%	Nedostateč. 0% - 49%
Maximální počet bodů = (Počet hodnocených kritérií x 2)							
Celkem dosažených bodů:		$\frac{\text{skutečný počet dosažených bodů}}{\text{maximální počet bodů}} \times 100$					

Pořadové číslo	Popis ošetrovatelské diagnózy	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	počet
1)	Porucha výživy											
2)	Zvýšený objem TT											
3)	Riziko deficitu TT											
4)	Poruchy vyprazd. Stolice											
5)	Poruchy vyprazd. Moče											
6)	Deficit sebeděče											
7)	Porušený spánek											
8)	Neefektivní tkáňová perfuze											
9)	Neefektivní dýchání											
10)	Dysfunkční odpojování UPV											
11)	Porušená výměna plynů											
12)	Deficitní znalost											
13)	Zhoršená verbální komunikace											
14)	Zhoršená pohyblivost											
15)	Porušená kožní, tkáňová integrita											
16)	Riziko pádu											
17)	Porucha smyslového vnímání											
18)	Zhoršená rodičovská role											
19)	Neefektivní kojení											
20)	Úzkost											
21)	Riziko infekce											
22)	Akutní bolest, chronická											
23)	Nauzea											
24)	Poruchy termoregulace											
25)	Nedodržení											
26)	Riziko zvýšeného krvácení											
Celkový počet												

datum	 Nemocnice Valasské Meziříčí <small>Člen skupiny AGEL</small>	UZ, SF, RF	Ošetrovatelský cíl: nemocný	Ošetrovatelský plán	Datum ukončení
Ošetrovatelská diagnóza					
1.	Nevyvážená výživa: ➤ -méně, než je potřeba org. 00002 ➤ -více, než je potřeba org. 00001 ➤ Porucha polykání 00103	○ ↓ tělesná hmotnost ○ Odpor k jídlu, bolest břicha ○ ↑ tělesná hmotnost ○ neschopnost přijmout nebo strávit potravu	▪ má vyrovnaný příjem potravy ▪ Je edukován o správné výživě ▪ Má zdravé stravovací návyky	• Zajisti edukaci NT • Přizpůsob č. diety a dobu požití potravy dle potřeb nemocného • Sleduj množství přijaté potravy • Aplikuj enterální nebo parenterální výživu • Sleduj BT • Kontroluj hmotnost	
2.	➤ Snížený objem tekutin v org. 00027 ➤ Riziko sníženého objemu tekutin v org. 00028 ➤ Zvýšený objem tekutin v org. 00026 ➤ Riziko nevyváženého objemu tekutin v organismu 00025 ➤ Riziko dysbalance elektrolytů 00195	○ ↓TK, MM, kožní turgor; suché sliznice, ↑TT, P ○ ↑příjem než výdej, ↑ČŽT, dušnost, neklid ○ Ascites, sepse, pankreatitida ○ Nevyrovnaná BT, průjem, zvracení, apl. Diuretik	▪ Má vyrovnanou BT ▪ Nemá projevy dehydratace nebo hyperhydratace ▪ Nemá arytmie z dysbalance elektrolytů	• Sleduj BT • Monitoruj FF – TK,P,SaO2,TT • Sleduj stav sliznice, turgor kůže, hustotu moči • Kontroluj hmotnost • Aplikuj tekutiny a elektrolyty i.v. podle ordinace lékaře	
3.	➤ Riziko aspirace (00039) ➤ Nauzea (00134)	○ Zavedená NGS, TCHS, ETK ○ Zhoršené polykání ○ Averse k jídlu ○ Zvracení	▪ Není v riziku aspirace ▪ Nemá nauzeu	• Uprav polohu pac. při podávání stravy • Prováděj šetrné odsávání • Podávej malé porce častěji • Uprav jídelníček dle stavu pac.	
4.	➤ Riziko nestabilní glykemie (00179) ➤ Riziko zhoršené funkce jater (00178)	○ Nedodržování léčebného režimu ○ Parenterální výživa ○ Pankreatitida ○ Abúzus návykových látek ○ Hepatotoxické látky ○ Virová hepatitida	▪ Má stabilní hodnoty glykemie ▪ Je edukován o dodržování léčebného režimu ▪ Není ohrožen selháním jater	• Sleduj hodnoty glykemie • Zajisti edukaci NT • Sleduj stav vědomí, pocení, příjem potravy • Sleduj BT, tvorbu ascitu	
5.	➤ Inkontinence moči • Funkční (00020) • Urgentní (00019) • Reflexní (00018) • Stresová (00017) • S přetékáním (00176) ➤ Retence moči (00023)	○ Nechtěný únik moči ○ Užívání diuretik ○ Poškození tkání ○ Oslabené svaly pánev. dna ○ Obstrukce močové trubice ○ ↓MM, dysurie ○ Reziduální moč	▪ Moči v pravidelných intervalech ▪ Je edukován o postupu léčby – zavedení PMK	• Sleduj BT • Sleduj barvu, vzhled a příměsi moči • Zajisti péči o PMK • Zajisti zvýšenou hygienickou péči	

6.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inkontinence stolice (00014) ➤ Průjem (00013) ➤ Zápcha (00011) ➤ Riziko zácpy (00015) ➤ Dysfunkční gastrointestinální motilita (00196) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Imobilita, ochablý sval.tonus ○ Infekce, abúzus léků ○ Nausea, bolest břicha ○ Dehydratace, apl. léků ○ Nepřítomná peristaltika střev 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Má fyziologické vyprazdňování ▪ Je edukován o dietních opatřeních 	<ul style="list-style-type: none"> • Sleduj frekvenci, barvu a příměsy stolice • Edukuj o dietních opatřeních • Zajisti dostatečnou hydrataci a pohyb pac. • Zajisti zvýšenou hygienickou péči • Podej Laxantiva – sleduj účinnost
7.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zhoršená pohyblivost <ul style="list-style-type: none"> • na lůžku (00091) • tělesná (00085) • na vozíku (00089) • Zhoršená chůze (00088) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ↓svalová síla, obezita, bolest ○ Třes, zpomalený pohyb, ztuhlost kloubů 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Má zajištěnou pomoc při polohování, vstávání ▪ Má zachovanou pohyblivost kloubů ▪ Má zajištěnou RHB 	<ul style="list-style-type: none"> • Zjisti funkční úroveň • Zajisti RHB fyzioterapeutem • Prováděj polohování, pomoc při posazování, vstávání.
8.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deficit sebeděže <ul style="list-style-type: none"> • při koupání (00108) • při oblékání (00109) • při stravování (00102) • při vyprazdňování (00110) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ slabost, únava, bolest ○ zhoršená pohyblivost ○ bezvědomí 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ má zajištěnu hygienu těla ▪ je oblečen, upraven ▪ má zajištěno stravování ▪ má fyz. vyprazdňování 	<ul style="list-style-type: none"> • zhodnot' funkční úroveň pac. • zajisti jeho aktivizaci a pomoc • zajisti komplexní péči o pac. v bezvědomí
9.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nespavost (00095) ➤ Únava – (00093) ➤ Intolerance aktivity (00092) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nedostatečná regenerace spánkem ○ Deprese, úzkost, nezájem o okolí ○ Celková slabost, dušnost, arytmie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spí nejméně 6 hodin denně, po probuzení se cítí odpočatý ▪ Necítí únavu, zajímá se o okolí ▪ Má dostatek energie k denní činnosti 	<ul style="list-style-type: none"> • Odstraň příčinu nespavosti • Podej Hypnotika dle ord. • Sleduj • TK, arytmie • Aktivizuj pac.
10.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Riziko krvácení (00206) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Léčba nízkomolekulárními hepariny LMWH ○ Vředová choroba GIT ○ Zhoršená funkce jater 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Je edukován o léčbě LMWH ▪ Není ohrožen rizikem krvácení 	<ul style="list-style-type: none"> • Proved' edukaci o léčbě LMWH • Sleduj krvácivé projevy
11.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Snížený srdeční výdej (00029) ➤ Riziko snížené srdeční tkáňové perfuze (00200) ➤ Riziko šoku (00205) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Změny SR, EKG, TK, dyspnoe, oligurie ○ Hypertenze, hypoxie, AKS, operace srdce ○ Hypotenze, hypovolemie, hypoxie, sepse 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nemá projevy ↓srdečního výdeje ▪ Není ohrožen rozvojem šoku 	<ul style="list-style-type: none"> • Sleduj SR, TK, P, SaO2, TT • Dej pac. do ortopnoické polohy • Zajisti jeho aktivizaci a pomoc při všech namáhavých úkonech • Aplikuj O2 dle ordinace

12.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Neefektivní periferní tkáňová perfuze (00204) ➤ Riziko neefektivní perfuze: <ul style="list-style-type: none"> • cerebrální tkáňové (00201) • gastrointestinální (00202) • renální (00203) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ↓TK na periférii – kladikace, bledost, otok ○ Stenóza karotid, AIM, FS ○ Onem. GIT, DM ○ Onem. ledvin 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Má fyziologickou tkáňovou perfuzi 	<ul style="list-style-type: none"> • Sleduj barvu, otok, TT, P na periférii • Sleduj projevy hypoxie mozku • Sleduj laboratorní hodnoty - ABR, JT, urea, krea, gl
13.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Porucha výměny plynů (00030) ➤ Neefektivní vzorec dýchání (00032) ➤ Neefektivní průchodnost dýchacích cest 00031 ➤ Zhoršená spontánní ventilace (00033) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ↓SaO₂, dyspnoe, ↑SR ○ Hypoxie, hyperkapnie ○ Neklid, zmatenost, somnolence 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Má obnovené fyziologické dýchání ▪ Má průchodné dýchací cesty ▪ Má fyziologické hodnoty ABR 	<ul style="list-style-type: none"> • Sleduj FF, SaO₂, ABR • Ulož pac. do zvýšené polohy • Aplikuj O₂ a inhalace dle ordinace lékaře • Sleduj barvu a množství spůta, dlp šetrně odsávej • Sleduj celkový stav, projevy neklidu • Zajišti dechovou RHB fyzioterapeutem
14.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Negativní reakce organismu na odpojení od ventilátoru (00034) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Neklid, ↑dechová frekvence, cyanóza 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neudává potíže při odpojování z ventilátoru 	<ul style="list-style-type: none"> • Vysvětli pac. důvod a postup odpojování z UPV • Zajišti dechovou RHB fyzioterapeutem • Sleduj hodnoty ABR, negativní reakce pac.
15.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Narušené smyslové vnímání (00122) ➤ Akutní zmatenost (00128) ➤ Chronická zmatenost (00129) ➤ Zhoršená verbální komunikace (00051) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Narušená komunikace, Dezorientace ○ Halucinace, zvýšený neklid ○ Změny osobnosti ○ Obtížné vyjadřování 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rozumí požadavkům personálu ▪ Má kvalitně vedený záznam o imobilizaci ▪ Je orientován místem, časem, osobou 	<ul style="list-style-type: none"> • Zjisti důvody změny chování • Komunikuj srozumitelně pro pac. • Použij zábrany pro bezpečnost pac. • Zaveď imobilizaci, záznam, pravidelnou kontrolu pac.
16.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zhoršená odolnost jedince (00210) ➤ Zanedbávání sebe sama (00193) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nízká sebeúcta, sociální izolace ○ Neodpovídající osobní hygiena 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Má zvýšený zájem o své zdraví ▪ Dodržuje hygienické návyky 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouč pac. o léčebném režimu • Zajišti konzilium psychiatra • Trvej na dodržování zákl. hygienických návyků
17.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Riziko oslabení lidské důstojnosti (00174) ➤ Riziko bezmocnosti (00152) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vměšování se do soukromí ○ Vnímaná dehumanizace medicíny ○ Nemoc, umírání 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nepocituje ztrátu úcty ani bezmoci 	<ul style="list-style-type: none"> • Zajišti klidné prostředí • Omez rušivé faktory okolí • Vysvětli pac. důvod a postup u prováděných výkonů • Vyžádej si souhlas pac. s výkony

18.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Strach (00148) ➤ Úzkost (00146) ➤ Úzkost ze smrti (00147) ➤ Stresové přetížení (00177) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vegetativní projevy – neklid, třes rukou ○ Obava z výkonu, bolesti ○ Ohrožení nemoci, smrti ○ Nadměrný stres z chron. terminálního onemocnění 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Má snížený strach, úzkost na únosnou míru ▪ Je poučen o výkonu a plně spolupracuje 	<ul style="list-style-type: none"> • Zhodnot' míru úzkosti pac. • Vysvětlí pac. všechny postupy • Zajisti kontakt s příbuznými
19.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Riziko pádů (00155) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pád v anamnéze, věk > 65let ○ Porucha vědomí, zmatenost ○ Potíže se zrakem, sluchem, chůzí 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jsou odstraněny rizikové faktory ▪ Nedojde k pádu 	<ul style="list-style-type: none"> • Zhodnot' riziko pádů • Uprav prostředí okolo lůžka • Pouč pac. o vhodné obuvi, pomalém vstávání, signalizačním zařízení, asistenci sestry
20.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Riziko infekce (00004) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Invazivní vstupy ○ Destrukce tkání ○ Chron. Onemocnění 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nemá projevy infekce ▪ Chápe rizikové faktory vzniku infekce 	<ul style="list-style-type: none"> • Sleduj projevy infekce • Dodržuj aseptické postupy • Sleduj stupnici – PŽK (Maddon)
21.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Narušená integrita kůže (00046) ➤ Narušená integrita tkáně (00044) ➤ Riziko vaskulárního traumatu (00213) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Narušení kožního povrchu ○ Poškozená tkáň ○ Aplikace dráždivého roztoku do PŽK 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Má zhojenou ránu per primam ▪ Je edukován o ošetřování rány ▪ Není ohrožen poškozením žíly 	<ul style="list-style-type: none"> • Proved' popis poškozené tkáně • Prováděj aseptické převazy • Zajisti převazový tým • Aktivně zapoj pac. nebo příbuzné do převazů chron. Rány • Kontroluj délku a vzhled zavedené PŽK.
22.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Riziko poškození (00035) ➤ Riziko sebepoškození (00139) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ NN, oslabená imunita ○ Abúzus drog ○ Pocit ohrožení, deprese 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Není ohrožen poškozením org. ▪ Nemá potřebu sebepoškození 	<ul style="list-style-type: none"> • Dodržuj zásady barierového přístupu k pac. • Zajisti konzilium psychiatra • Dodržuj zvýšený dohled nad pac.
23.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hypertermie (00007) ➤ Hypotermie (00006) ➤ Neefektivní termoregulace (00008) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ TT >37,0 °C, křeče, tachykardie, tachypnoe, zarudlost ○ TT <36,0 °C, zimnice, třesavka, bledost 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Má fyziologické hodnoty TT ▪ Je dostatečně hydratován 	<ul style="list-style-type: none"> • Sleduj FF, stav vědomí, barvu kůže a sliznic • Apl. léky dle ordinace lékaře • Prováděj fyzikální chlazení, zahřívání dle stavu pac. • Podávej dostatek tekutin
24.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Akutní bolest (00132) ➤ Chronická bolest (00133) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sdělení bolesti ○ Vyhledávání úlevové polohy ○ Neklid, sténání, podrážděnost 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Udává snížení až odstranění bolesti ▪ Je schopen konat běžné aktivity 	<ul style="list-style-type: none"> • Vysvětlí příčiny bolesti • Zhodnot' intenzitu dle VAS, FLACC • Apl. analgetika dle ordinace